

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 novembre 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Métral, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, Me Karim Hichri, avocat, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 43 LPGA ; art. 28 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, mère de deux enfants, a exercé l'activité d'accueillante en milieu familial, à plein temps, auprès du Réseau I. _____ depuis le 1^{er} avril 2010.

Elle a été victime d'une décompensation acidocétosique le 28 mars 2014, dans le contexte d'un diabète de type 1, diagnostiqué à la suite de son hospitalisation au sein de l'Hôpital Y. _____ et de la Clinique J. _____. En incapacité totale de travail depuis lors, elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par formulaire complété le 27 novembre 2014, parvenu à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 1^{er} décembre 2014.

L'OAI a recueilli des rapports des médecins traitants de l'assurée et de son employeur, ainsi que le dossier constitué par l'assureur perte de gain en cas de maladie, O. _____ SA.

Le Réseau I. _____ a indiqué, par rapport complété le 23 décembre 2014, que l'assurée réalisait un revenu annuel de 40'800 fr. à plein temps depuis mai 2014.

Sur le plan médical, par rapport du 28 février 2015, le Dr C. _____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie auprès de la Clinique J. _____, a indiqué que sa patiente souffrait d'un diabète de type 1 instable, responsable d'une incapacité totale de travail à compter de mars 2014. Elle présentait un syndrome cardinal avec polyurie, polydipsie et perte de poids. Des troubles mnésiques et de la concentration étaient également observés. Le pronostic était difficile à déterminer en dépit de l'insulinothérapie, vu l'instabilité du diabète et une situation psychosociale difficile. Le Dr U. _____, spécialiste en médecine interne générale, a rapporté, le 6 mars 2015, en sus du diabète de type I, un état dépressif apparu avant 2014 dans un contexte existentiel difficile. Il renvoyait au surplus à l'appréciation du Dr C. _____.

Quant au dossier de O. _____ SA, il contenait une évaluation neuropsychologique, réalisée le 2 février 2015 au sein de la Clinique D. _____ par le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G. _____, neuropsychologue. A l'issue du rapport rédigé le 9 février 2015, il était retenu que l'assurée présentait un déficit cognitif modéré, touchant principalement la sphère attentionnelle, avec un ralentissement et des difficultés d'attention sélective, ainsi que la sphère mnésique. L'étiologie n'était pas claire, de sorte que des investigations complémentaires étaient préconisées.

O. _____ SA a en conséquence confié un mandat d'expertise neurologique au Dr L. _____, spécialiste en neurologie auprès de la Clinique D. _____. Ce dernier a établi son rapport le 16 avril 2015, retenant les diagnostics de diabète de type I et de probable encéphalopathie hypoglycémique de nature neuroglycopénique. Il a fait part de son évaluation en ces termes :

« **1. SYNTHÈSE**

A. Critères diagnostiques et paracliniques principaux

L'anamnèse obtenue auprès de Madame B. _____ est caractéristique d'une destruction progressive des îlots de Langerhans, remontant à de nombreuses années avec, pour conséquences, de nombreux malaises avec syncopes, un amaigrissement progressif, inexpliqué au long de plusieurs années, une tendance à la polydipsie et à la polyurie, jusqu'à une décompensation explosive, sur coma acidocétosique, caractéristique. Selon toute vraisemblance, le diabète de type I se développait donc à bas bruit, avant d'être découvert en mars 2014 du fait de la décompensation acidocétosique. Le diagnostic de diabète de type I a été clairement confirmé par les investigations biochimiques et la mise en évidence des facteurs auto-immunes.

Sous l'effet d'un traitement spécifique par insuline, les écarts cliniques se sont réduits sans disparaître, en relation avec les variations, difficiles à contenir, des glycémies, d'où la notion d'un diabète difficile à équilibrer.

Du point de vue neurologique, une altération des fonctions cognitives traduit la succession probable, au fil des années, de phases hypoglycémiques ayant fini par atteindre la fonction neuronale dans le cadre d'un syndrome neuroglycopénique, altérant de manière prévalente le cortex cérébral, et dans une moindre mesure, les cellules constitutives des noyaux gris centraux. Ce syndrome neuroglycopénique correspond à une probable encéphalopathie hypoglycémique. Outre le déficit cognitif, l'examen clinique neurologique réalisé ce jour est normal, à l'exception d'une

possible discrète atteinte sensitive du nerf fémoro-cutané gauche, de type méralgie paresthétique.

D'autres symptômes sont apparus, d'après l'anamnèse et le dossier à disposition, notamment des troubles d'ordre visuel ou encore des symptômes d'angor, lesquels sont décrits dans la littérature comme symptômes d'accompagnement possibles observés dans l'évolution d'un diabète de type I.

Plusieurs symptômes restent difficilement explicables, en particulier les plaintes dysmnésiques spectaculaires, et s'ils pourraient (sic) correspondre à des états comateux et confusionnels, directement expliqués par les fluctuations glycémiques, la participation d'une autre étiologie ne peut être exclue.

Il en va de même pour les mouvements anormaux au cours du sommeil qui ont été relatés dans le dossier à disposition, pouvant ici aussi entrer dans le cadre de l'évolution du diabète de type I, dont la cause exacte et définitive demeure indéterminée. Néanmoins, à l'heure actuelle, ceux-ci semblent s'être éteints, et le sommeil est rapporté comme globalement de bonne qualité. L'asthénie est d'ailleurs modérée et n'est plus au premier plan.

B. Evolution actuelle, interactions et évolution prévisible

Le diabète de type I, dont le traitement est complexe, nécessite aussi bien la compétence du diabétologue que la participation active de la patiente. Il est actuellement en stabilisation difficile sous traitement, des optimisations étant toujours en cours, avec l'évitement absolu de tout risque hypoglycémique, puisque la survenue de phases hypoglycémiques sévères pourrait aggraver le déficit cognitif observé, actuellement à un stade encore modéré. Avec la poursuite du suivi glycémique et son optimisation, la situation devrait rester stable à moyen terme sur le plan des conséquences neurologiques du diabète de type I. [...]

3. LIMITATIONS ET INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI

Limitations somatiques

Il n'existe aucune limitation somatique. Sur le plan cognitif, aucune limitation stricte ne peut être retenue, étant rappelé que la nature des fonctions cognitives altérées n'est pas susceptible d'impacter significativement une activité équivalente à l'emploi habituel de maman de jour, et que le déficit cognitif reste modéré.

En revanche, une limitation peut être discutée pour le travail en totale autonomie auprès des enfants, dans la mesure où le risque d'irruption soit d'une hypoglycémie, soit des manifestations conduisant à une récurrence d'acidocétose métabolique ne doit pas être négligé. La présence d'une tierce personne dans le but de détecter toute imminence de nouveaux malaises dans le cadre soit d'une crise hypoglycémique, soit de l'installation d'une nouvelle décompensation acidocétosique, est donc indiquée.

Incapacité de travail, relevant des indemnités journalières en cas de maladie

Dans la situation actuelle, l'expertisée devrait, dans l'exercice de son activité d'accueil d'enfants, être provisoirement accompagnée de la présence d'un tiers, adulte, afin de prévenir la survenue d'une crise hypoglycémique ou d'une récurrence d'acidocétose métabolique, et de sécuriser la poursuite de l'activité. Ainsi, la recherche d'une activité équivalente au dernier emploi, mais dans un cadre aménagé, permettant la présence d'une tierce personne adulte, par

exemple dans une structure d'accueil de jour des enfants (type crèche ou garderie), est à privilégier.

Etant rappelé que l'assurée bénéficie de l'accompagnement d'une assistante sociale, en cas de difficultés dans les recherches d'un emploi dans un tel cadre, l'intervention d'un case manager afin de coordonner les recherches pourrait s'avérer utile.

En tout état de cause, avec un tel aménagement de l'activité, au jour de la présente expertise, soit le 19 mars 2015, l'incapacité de travail est de 0 % horaire sans diminution de rendement.

4. LIMITATIONS ET INCAPACITE DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTE

Limitations somatiques

- Travail en hauteur, en préventif, compte tenu des épisodes de mouvements involontaires d'origine indéterminée.
- Conduite automobile, pour les mêmes raisons.[...] »

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a suggéré, le 4 juin 2015, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique avec un nouvel examen neuropsychologique, en sus d'une mesure de réhabilitation socioprofessionnelle d'observation.

Le 17 juin 2015, l'OAI a délivré un mandat d'expertise psychiatrique à l'Institution M. _____ et, par communication du 26 juin 2015, diligenté une mesure d'observation et de remobilisation auprès du Centre [...] de H. _____, à partir du 6 juillet 2015.

Par rapport du 30 octobre 2015, le centre précité a communiqué les résultats de son observation professionnelle de l'assurée en atelier artisanat et en cuisine. Il a notamment relevé que l'intégration dans le milieu économique normal n'apparaissait pas envisageable, l'assurée nécessitant de l'aide pour être soutenue dans son quotidien. Ses capacités cognitives, en particulier mnésiques, demeuraient altérées, de même que sa capacité de concentration. Elle n'était pas autonome en dépit de ses facultés d'adaptation. Son temps de présence avait pu être augmenté de 2 à 3 heures par jour pendant au moins 4 jours par semaine dans le courant de la mesure.

L'assurée a été mise sous curatelle par décision de la Justice de paix du district [...] du 23 novembre 2015.

Le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin responsable au sein de l'Institution M._____, a communiqué son rapport le 27 novembre 2015, après avoir fait procéder à une évaluation neuropsychologique de l'assurée, réalisée les 26 et 31 août 2015. Il a retenu le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1) avec épisode dépressif moyen (F32.1) et relaté les constats cliniques comme suit :

« [...] Au niveau psychique, femme de 40 ans faisant plus que son âge, à la tenue et à l'hygiène correcte. Elle se plaint toujours de troubles de la concentration, son discours est cohérent et informatif. Le cours de la pensée est sans particularité. Elle est orientée dans l'espace et le temps ainsi que dans la situation et son choix. L'humeur est dépressive avec une thymie triste. Elle présente des idées noires (elle dit ne pas y arriver, ne pas être capable de réaliser des choses par rapport à sa santé somatique), pas d'idée suicidaire et pas de signes de la lignée psychotique. [...]

[L']examen neuropsychologique et logopédique met en évidence :

- **Des troubles attentionnels modérés** qui s'illustrent sur le plan formel par des difficultés d'attention sélective et soutenue, ainsi que par une discrète baisse du processus d'alerte et de l'attention divisée. Cliniquement, nous relevons également quelques décrochages et erreurs attentionnels ainsi que des aberrances dans l'exécution de certaines épreuves.
- **Un ralentissement cognitif** observé cliniquement.
- **Un trouble de la mémoire antérograde verbale modéré** prédominant au niveau de l'encodage de l'information, associé à une forte tendance aux intrusions (par ailleurs non corrigibles, ce qui pourrait être indicatif d'un faible contrôle exécutif), avec cliniquement une perte conséquente de l'information sur le long terme (après 5 jours). Des difficultés sont également relevées cliniquement (difficulté à intégrer les consignes ou oubli partiel de celles-ci en cours de tâche, difficulté à évoquer le contenu de la séance précédente). La mémoire autobiographique épisodique n'est par ailleurs pas indemne.
- **Un dysfonctionnement exécutif modéré** caractérisé par des difficultés de planification gestuelle et graphique, de flexibilité mentale, de mémoire de travail verbal et d'inhibition.
- **Sur le plan langagier**, un discret manque du mot en dénomination orale (associé à des paraphasies tant phonémiques que verbales formelles ou sémantiques) ainsi que des difficultés en dénomination sous contrainte temporelle. Au niveau du langage écrit, nous relevons des difficultés d'orthographe probablement présentes depuis l'enfance (erreurs en grande partie phonologiquement plausibles et indicatives d'une atteinte principalement de la voie lexicale, la voie phonologique paraissant toutefois également fragile). Ces difficultés paraissent évocatrices d'un profil de dysorthographe.

- **Des difficultés de calcul mental** éventuellement à mettre en lien avec le déficit en mémoire de travail précité.
- **Une fatigue d'intensité sévère avec faible réponse au repos** objectivé par un questionnaire d'auto-évaluation.
- **Des signes significatifs de la lignée anxio-dépressive** mis en évidence par une échelle spécifique.

L'orientation, la compréhension écrite, les praxies gestuelles et constructives, la mémoire immédiate verbale et visuelle, la mémoire antérograde visuelle, l'incitation verbale et visuelle ainsi que le raisonnement sur données verbales, sont globalement conservés compte tenu de l'âge et du niveau socio-éducatif de la patiente. Notons que des épreuves sensibles aux éléments de surcharge ne sont pas significatives et suggèrent une implication et une motivation satisfaisantes de la part de la patiente. De plus, nous ne relevons pas d'incohérences particulières dans les tests administrés. En comparaison de l'examen neuropsychologique réalisé en février 2015, nous relevons une amélioration sur le plan mnésique (mémoire immédiate et antérograde verbale), attentionnel (principalement au niveau de la vitesse de traitement et des temps de réaction), et exécutif (mémoire de travail, inhibition et flexibilité mentale). Les résultats obtenus sont par ailleurs cohérents comparativement au précédent examen (qualitativement, nous relevons globalement le même type de difficultés).

Le tableau neuropsychologique met donc en évidence une atteinte modérée des fonctions cognitives (les observations sur le plan clinique contribuant à accentuer l'intensité des difficultés objectivées) touchant principalement la sphère attentionnelle, mnésique et exécutive.

Ce tableau est évocateur d'un dysfonctionnement fronto-sous-cortical dont l'étiologie demeure pour l'instant incertaine. En effet, les difficultés cognitives mises en évidence ne peuvent pas expliquer à elles seules l'ensemble des plaintes de la patiente en termes de symptomatologie, d'ampleur et d'intensité. Le diabète de type I récemment diagnostiqué chez la patiente pourrait être à l'origine de troubles cognitifs (principalement troubles attentionnels, ralentissement cognitif, difficultés de flexibilité mentale et au niveau de la perception visuelle). Cependant, le tableau comporte certaines incongruences relatives à cette hypothèse étiologique : des troubles cognitifs (et notamment mnésiques) au quotidien paraissant disproportionnés, une apparition relativement soudaine des difficultés, absence de lésions pouvant communément être associées au diabète documentées à l'IRM [réf. : imagerie par résonance magnétique].

Une deuxième hypothèse étiologique repose sur la présence d'épisodes évocateurs d'éléments comitiaux, qui pourraient éventuellement expliquer une partie des plaintes de la patiente. L'EEG [réf. : électroencéphalogramme] n'a cependant pas montré de signe irritatif mais était en revanche compatible avec des problèmes métaboliques. Dans ce contexte, d'ultérieures investigations (EEG de sommeil prévu en septembre selon les dires de la patiente) pourraient éventuellement permettre de statuer sur cette hypothèse.

Enfin, l'anamnèse de la patiente révèle également l'existence d'un contexte psycho-social difficile depuis septembre 2013 environ, ce

qui pourrait éventuellement orienter nos hypothèses vers une origine non purement organique des troubles. [...] »

Le Dr N._____ a considéré que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible, à l'inverse d'une activité adaptée, envisageable à 50 %.

Le SMR a pris connaissance du rapport susmentionné du 27 novembre 2015 et estimé, par avis du 25 février 2016, que ce document ne remplissait pas les critères requis pour se voir accorder une valeur probante, faute d'expertise psychiatrique réalisée par un spécialiste du domaine. Une évaluation psychiatrique s'imposait, laquelle devrait néanmoins tenir compte du bilan neuropsychologique réalisé par l'Institution M._____.

L'OAI a par conséquent confié un mandat d'expertise psychiatrique au Prof. S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par communication du 24 mars 2016.

En date du 29 avril 2016, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, a informé l'OAI de sa prise en charge thérapeutique. Il a adressé un tirage du rapport consécutif à une hospitalisation de l'assurée au sein de l'Hôpital Y._____ du 14 au 18 mars 2016, où une décompensation diabétique acidocétosique, accompagnée notamment d'une insuffisance rénale aiguë, d'une hyperkaliémie, d'une hypophosphatémie, d'une hyponatrémie, d'angor instable et de condensations parenchymateuses pulmonaires, avait été traitée. Un rapport du Dr W._____, spécialiste en neurologie, du 11 avril 2016 faisait état des investigations en cours (EEG de privation de sommeil et IRM cérébrale) en vue d'expliquer les épisodes d'absence affectant l'assurée. Ce médecin a indiqué, le 17 mai 2016, que l'IRM cérébrale s'était avérée sans particularité et l'EEG sans argument en faveur d'une épilepsie.

Le Dr V._____ a subséquemment fourni à l'OAI un exemplaire du rapport d'examen neuropsychologique rédigé le 28 juin

2016 par Q._____ et Z._____, psychologues auprès de la Clinique J._____. Ces dernières ont communiqué les conclusions suivantes :

« L'examen neuropsychologique de cette patiente de 41 ans, collaborante et adéquate, difficilement orientée sur le plan temporel, très affectée par sa situation médicale et ses troubles cognitifs, légèrement fatigable et légèrement ralentie, met en évidence :

- des troubles mnésiques sévères touchant la mémoire épisodique (difficultés de stockage et de récupération, présence de nombreuses intrusions) et la mémoire de travail, ainsi que des difficultés de mémoire sémantique (évocation de connaissances autobiographiques partielle, oubli de connaissances personnelles telles que son numéro de téléphone, fluence verbale sémantique abaissée) ;
- un important dysfonctionnement exécutif, caractérisé par une atteinte des capacités de programmation, d'inhibition et de flexibilité mentale ;
- des difficultés d'attention divisée (allongement des temps de réaction, nombre excessif d'erreurs et d'omissions) ;
- des troubles du calcul, plus marqués à l'oral qu'à l'écrit ;
- des troubles langagiers caractérisés, à l'oral, par des difficultés d'accès lexical (manque du mot modéré en dénomination, manque du nom propre) et, à l'écrit, par une dysorthographe à l'écriture sous dictée et des paralexies visuelles à la lecture de mots (probablement en lien avec la dyslexie de la patiente).

Les fonctions practo-gnosiques sont globalement préservées.

Ce tableau témoigne d'une atteinte cognitive sévère, à prédominance mnésique, exécutive et attentionnelle. En l'absence d'évidence pour une autre étiologie (IRM cérébrales et EEG effectués en 2014 et 2016 dans les normes), la symptomatologie évoque la possibilité d'un trouble fonctionnel chez cette patiente au parcours de vie difficile et présentant des traits anxio-dépressifs manifestes.

Les résultats ont été discutés avec la patiente en l'incitant à reprendre un suivi psychothérapeutique et/ou médicamenteux, afin de parvenir à mieux gérer ses angoisses (bien qu'elle s'y montre peu réceptive). Quelques stratégies à mettre en place dans la vie quotidienne lui ont également été proposées (rédiger des listes de tâches à effectuer par degré de priorité, éviter les situations de double tâche, noter les informations importantes toujours au même endroit...). [...] »

Le Prof. S._____, associé à la psychologue T._____, a rédigé son rapport d'expertise psychiatrique le 13 juillet 2016, après avoir rencontré l'assurée à deux reprises et s'être entretenu avec le Dr V._____. Il a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F32.01), et de trouble cognitif modéré lié à une maladie somatique (F06.7) depuis le début 2015. Il a précisé que les difficultés cognitives en lien avec la problématique

somatique et la perte de l'emploi se répercutaient sur l'humeur et engendraient le trouble dépressif récurrent, de sévérité légère en l'état. Il a relaté ses constats cliniques comme suit :

« [...] L'expertisée se présente à l'heure aux rendez-vous, accompagnée par une voisine. Elle est de présentation correcte et établit un contact poli et engagé dans l'entretien répondant de son mieux à toutes les questions qui lui sont posées. Elle ne présente pas de signe de consommation de substances psychoactives. Elle est orientée dans les quatre modes et ne présente pas de troubles de la vigilance pendant l'entretien. Le mémoire autobiographique est de qualité médiocre. Une reconstruction chronologique de l'histoire de vie de l'expertisée a été possible en utilisant des points de repères temporels dont l'expertisée était certaine. Des difficultés attentionnelles et de concentration (demande de répéter la question, perd le fil de la discussion) sont apparues en lien avec une fatigue qui s'est manifestée en fin d'entretien. Le bilan neuropsychologique effectué le 23.06.2016 met en évidence des troubles cognitifs compatibles avec nos observations sur le plan clinique. A distance de deux semaines, un tel bilan n'a pas été répété.

D'un point de vue formel, le discours est de bonne qualité malgré le manque du mot occasionnel, l'idéation satisfaisante. Nous ne mettons pas en évidence des troubles du cours ou du contenu de la pensée (idées délirantes ou obsédantes) ni d'autres éléments productifs de la lignée psychotique. Le récit est centré sur le souhait de pouvoir retrouver une qualité de vie correcte et un emploi malgré les difficultés dont l'expertisée est consciente. Sa perception est fine tant sur le plan des obstacles à franchir mais aussi sur le plan de son histoire de vie (relations porteuses de souffrance).

La thymie est légèrement triste avec par moment les larmes aux yeux en lien avec le souvenir de la qualité de vie avant le début de la maladie. Baisse de l'élan vital avec fatigabilité accrue et hypersomnie. Absence de sentiment de culpabilité ou d'indignité. Sentiment de dévalorisation en lien avec la perte de son identité professionnelle. Pas d'idées de mort ou d'idéation suicidaire mis en évidence. L'anxiété est essentiellement situationnelle sans argument quelconque en faveur d'un trouble anxieux. On ne relève notamment pas de troubles somatiques du registre anxieux, d'hypervigilance ou d'appréhension anxieuse avec anticipation négative.

Au niveau de la personnalité, on retrouve un locus de contrôle interne avec difficulté à gérer l'incertitude de sa situation actuelle. Le Moi a de bonnes capacités de résilience mais se trouve exposé à des facteurs de stress importants (progression du diabète, handicaps peu habituels à l'âge de l'intéressée, absence de soutien affectif). Absence d'activation des défenses archaïques. Pas de troubles de la gestion des pulsions agressives. Absence d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité. »

L'expert a communiqué son appréciation du cas notamment en ces termes :

« [...] Une réadaptation est nécessaire pour renforcer l'estime de soi de l'expertisée. Celle-ci a toujours investi la sphère professionnelle et vit actuellement dans une précarité financière mais aussi sociale suite à la perte de ce repère. Le type de réadaptation sera largement dépendant de l'évolution des troubles cognitifs et des complications de son diabète. Sur un plan strictement psychiatrique et tenant compte des limitations cognitives (troubles de l'attention et des fonctions exécutives), la capacité de travail peut être de 50 % dans une activité adaptée n'exigeant pas une activation mnésique importante. A contrario, une reprise d'activité en tant que nourrice peut être raisonnablement exclue.

[...]

Il s'agit d'une situation clinique peu habituelle en expertise psychiatrique. Sans antécédents psychiatriques notables, avec un parcours d'enfance et d'adolescence sans particularités, l'expertisée a connu les premières tensions importantes sur un plan affectif après la naissance de sa fille en 2005. Toutefois, et malgré les relations conflictuelles avec le père de celle-ci, elle a pour l'essentiel géré sa vie sans recours aux soins psychiatriques jusqu'à l'apparition d'un diabète sévère entraînant rapidement une série de déficits cognitifs mais également sensoriels et une fatigabilité accrue. L'expertisée décrit une véritable cassure à partir de ce moment qui a été confirmée pour l'essentiel par les deux expertises effectuées préalablement. Toutefois et à la différence de ces dernières, nous ne mettons plus en évidence un trouble anxieux, son état dépressif étant actuellement léger. Sur un plan affectif et de l'aveu même de l'expertisée qui montre une perception adéquate de sa situation, la capacité de travail est préservée.

Il en va autrement pour les troubles cognitifs qui touchent deux domaines essentiels dans n'importe quelle profession (attention, fonction exécutives) mais aussi la mémoire épisodique et sémantique. Ce type de troubles a été souvent décrit dans l'évolution d'un diabète de type 1 insulino-dépendant du jeune adulte [...] et représente une limitation fonctionnelle certaine au niveau de la réadaptation future. Les troubles mnésiques doivent être contournés par le travail d'orientation dans le champ de la réadaptation. En revanche, les troubles attentionnels et exécutifs (fluctuants comme démontré dans les différentes évaluations) associés à une fatigabilité accrue rendent irréaliste une activité professionnelle en milieu adapté de plus de 50 %. »

L'expert a en définitive estimé la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, « avec suivi psychiatrique, de type psychothérapie interpersonnelle ».

Sur recommandation du SMR du 15 août 2016, l'OAI a diligencé une mesure de réinsertion sous forme d'un entraînement à l'endurance

auprès du Centre [...] de H. _____ à compter du 23 janvier 2017, selon communication du 30 janvier 2017.

Il a en parallèle sollicité des précisions auprès du Prof. S. _____ en le questionnant ainsi le 1^{er} février 2017 :

« [...] Vous décrivez une assurée qui ne présente pas d'antécédents psychiatriques notables, avec un parcours d'enfance et d'adolescence sans particularités, et qui, malgré les difficultés conjugales rencontrées, a su gérer sa vie sans recours aux soins psychiatriques jusqu'à l'apparition du diabète ; actuellement, l'assurée ne recourt toujours pas à une prise en charge psychiatrique et, malgré une prise en charge médicale conséquente, ne prend pas de traitement psychotrope. Par conséquent, sur quels critères diagnostiques (CIM-10) retenez-vous la présence d'un trouble dépressif récurrent ?

D'autre part, vous estimez que les difficultés cognitives en lien avec la problématique somatique et la perte de son emploi se répercutent sur son humeur, engendrant un trouble dépressif récurrent de sévérité légère actuellement. Compte tenu du lien que vous faites entre les répercussions de l'atteinte somatique et de la perte de l'emploi sur l'humeur de l'assurée, ne se trouve-t-on pas plutôt dans le cadre d'un trouble de l'adaptation ?

Une expertise neurologique et neuropsychologique a été réalisée à la Clinique D. _____ en février-mars 2015. Au terme de son expertise neurologique, et étant donné les troubles neuropsychologiques constatés ainsi que le diabète, le Dr L. _____, spécialiste FMH en neurologie, estimait qu'une activité équivalente à celle que l'assurée exerçait auparavant était exigible à 100 %, mais dans un cadre aménagé (c'est-à-dire dans une structure permettant la présence d'une tierce personne, comme une crèche ou une garderie). Au terme de votre expertise, tenant compte des limitations fonctionnelles cognitives, vous estimez que la CT [réd. : capacité de travail] de l'assurée dans une activité adaptée est d'au maximum 50 %. Pour quelles raisons médicales et objectives vous écarterez-vous de l'appréciation de l'exigibilité faite par le Dr L. _____, sachant que l'assurée présente à ce jour une symptomatologie dépressive légère et que sur le plan affectif, vous décrivez une capacité de travail préservée (voir p. 11) ?

Finalement, à plusieurs reprises dans le dossier, devant l'absence d'explications organiques à l'ensemble des plaintes de l'assurée et compte tenu de certaines incohérences, une majoration des symptômes a été évoquée, de même que la possibilité d'un trouble fonctionnel. Le dernier bilan neuropsychologique réalisé à la Clinique J. _____ en juin 2016 décrit notamment « En l'absence d'évidence pour une autre étiologie (IRM cérébrales et EEG effectués en 2014 et 2016 dans les normes), la symptomatologie évoque la possibilité d'un trouble fonctionnel chez cette patiente au parcours de vie difficile et présentant des traits anxio-dépressifs manifestes ». Nous vous remercions de vous prononcer sur la présence ou non d'une majoration de symptômes et celle d'un trouble fonctionnel en

fonction des critères diagnostiques reconnus, ainsi que, en présence d'un trouble fonctionnel, d'analyser sa gravité et ses répercussions sur la capacité de travail de l'assurée en fonction des critères de la jurisprudence en la matière. »

L'expert précité s'est exprimé de la manière suivante par complément du 6 février 2017 :

« Il est exact que l'expertisée n'a pas d'antécédents psychiatriques notables avant 2013. Il convient toutefois de noter que ses premiers contacts avec la psychiatrie datent de 2013 (avant la découverte de son diabète) dans le cadre d'une relation de couple très conflictuelle. Sa thymie s'est péjorée clairement après la confrontation avec l'agressivité de son diabète qui a déjà des conséquences cognitives et somatiques importantes. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent (actuellement d'intensité légère) a été posé sur la base de l'humeur triste, de la baisse de l'élan vital avec hypersomnie, du sentiment de dévalorisation prédominant, et de la diminution des sources de plaisir avec retrait social. Ces symptômes per se peuvent également se retrouver dans le cadre d'un trouble de l'adaptation. Toutefois, ce diagnostic correspond à des réactions dépressives ou anxieuses situationnelles de courte durée (usuellement moins de 6 mois), caractérisées davantage par la perte de poids, et l'insomnie [...]. Même d'après la description du DSM-5, le trouble de l'adaptation reste une entité floue, dans sa distinction des réactions de stress usuelles en l'absence de critères suffisamment robustes sur le plan clinique (le trouble dépressif est défini par un nombre de symptômes tandis que le trouble de l'adaptation par l'évolution longitudinale de certains symptômes dans le temps). Dans le cas d'espèce, l'expertisée développe une réelle atteinte sur le plan narcissique à cause de la remise en question d'un mode de fonctionnement basé sur l'autonomie et la prise de décisions. En effet, le fait qu'elle ne consulte pas et ne prend pas de traitement médicamenteux ne peut pas être considéré comme un argument contre un trouble dépressif (il s'agirait d'une inversion de causalité de la même manière qu'une personne qui refuse les antibiotiques peut souffrir de pneumonie). De par son caractère peu enclin aux plaintes et à la reconnaissance de sa souffrance, elle a tendance à banaliser ses affects au lieu d'exagérer ses symptômes.

L'invalidité de l'expertisée dépend sur un plan psychiatrique du bilan de ses aptitudes cognitives. Le dernier bilan à disposition et notre observation clinique montrent une péjoration nette par rapport aux résultats obtenus à la Clinique D. _____ il y a deux ans. Une atteinte sévère à prédominance mnésique, exécutive et attentionnelle a été mise en évidence qui diminue de facto les capacités de travail dans une activité adaptée. Il est à noter que le Dr. L. _____ (que je connais très bien) est un spécialiste du sommeil dans le champ de la neurologie. Si des doutes persistent quant à l'évaluation neuropsychologique du mois de juin 2016, il convient de répéter au courant de l'été 2017 le bilan neuropsychologique par un spécialiste du domaine.

L'observation clinique ne soutient absolument pas une majoration de symptômes de la part de l'expertisée. Ceci irait totalement à

l'encontre de ses valeurs de référence telles qu'elles sont observées tout au long de sa vie adulte. S'agissant du terme « trouble fonctionnel », il est exact que le diabète insulino-dépendant du jeune adulte est associé à des troubles cognitifs parfois importants sans altération structurelle patente possiblement en lien avec des atteintes microvasculaires ou métaboliques. Ces atteintes sont bien décrites dans la littérature [...] et ne représentent pas des entités fonctionnelles étant donné qu'elles surviennent en dehors d'une pathologie psychiatrique. »

Par avis du 20 mars 2017, le SMR s'est rallié à l'appréciation du Prof. S. _____ et retenu l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 50 %. Au titre des limitations fonctionnelles, il convenait d'éviter le travail en totale autonomie ou à responsabilités, le travail en hauteur et la conduite automobile, ainsi que tout emploi exigeant une activation mnésique importante.

L'OAI a mis un terme à la mesure de réinsertion le 28 avril 2017, l'assurée n'ayant pas pu augmenter son temps de travail à plus de 2 heures par jour, en raison de ses problèmes de santé et de ses difficultés psychosociales.

Par rapport du 23 mai 2017, le Dr V. _____ a relaté que sa patiente était intolérante à l'effort physique et intellectuel et souffrait de troubles de la concentration lors des épisodes d'hypo/hyperglycémies. Elle était, à son avis, incapable d'exercer une activité lucrative, même adaptée, depuis sa prise en charge en février 2016. Une amélioration partielle était envisageable dans un délai de 3 à 5 ans, en cas de stabilisation du diabète, pour autant que la psychothérapie (mise en place à l'Hôpital Y. _____) soit efficace. Il mentionnait des séquelles du fond d'œil en cours d'investigation. Était notamment joint à cet égard un rapport du 21 avril 2016 du Dr P. _____, spécialiste en ophtalmologie, lequel concluait à l'absence de signe biomicroscopique de rétinopathie diabétique, mais à des troubles visuels à mettre en relation avec les variations glycémiques.

Le SMR a communiqué son rapport final le 17 octobre 2017, retenant une capacité de travail de 50 % dans une activité sans travail en totale autonomie et sans responsabilités, sans travail en hauteur, ni

conduite automobile, sans horaires irréguliers et sans activation mnésique importante, ainsi que tenant compte des difficultés attentionnelles et exécutives et d'une fatigabilité accrue.

Le service de réadaptation de l'OAI a établi un rapport le 20 février 2018, relevant l'échec de la mesure de réinsertion diligentée auprès de H._____ en raison de la situation sociale précaire de l'assurée. Se fondant sur l'exigibilité déterminée par le SMR, il a mis en évidence un degré d'invalidité de 43,27 % par comparaison des revenus.

Par communication du 17 mai 2018, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une aide au placement. Il a rendu un projet de décision le 9 juillet 2018, informant l'assurée de ses intentions de lui allouer un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2015 sur la base d'un degré d'invalidité de 43 %. La décision correspondante a été expédiée le 10 avril 2019, s'agissant des prestations futures. Il était précisé qu'une décision portant sur la période du 1^{er} juin 2015 au 30 avril 2019 serait rendue ultérieurement.

B. B._____ a déféré la décision du 10 avril 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 10 mai 2019, concluant à son annulation et implicitement au renvoi de la cause à l'OAI. Elle a en premier lieu fait valoir des griefs d'ordre formel, à savoir que la décision querellée ne tenait pas compte d'une contestation formulée par sa curatrice à l'encontre du projet de décision du 9 juillet 2018 et que la décision du 10 avril 2019 n'avait pas été notifiée à sa curatrice. En second lieu, sur le fond, elle a reproché à l'OAI de n'avoir pas pris la mesure de l'aggravation de son état de santé, survenue en mars 2016, et de ses conséquences en termes de capacité de travail. En particulier, les troubles neuropsychologiques avaient, à son avis, été sous-estimés, tandis que l'opinion de son psychiatre traitant, le Dr R._____, médecin assistant auprès du Secteur psychiatrique [...] du Département de psychiatrie du Centre hospitalier X._____, n'avait pas été recueillie. L'instruction de son cas lui apparaissait dès lors incomplète.

A la suite de sa requête du 14 juin 2019, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision de la magistrate instructrice du 25 juin 2019. Elle a ainsi été exonérée du paiement de frais judiciaires et d'avance de frais. Me Karim Hichri, avocat auprès de Inclusion Handicap, a été désigné en qualité d'avocat d'office avec effet au 14 juin 2019.

Le 12 juillet 2019, B. _____, désormais assistée de Me Hichri, a fait parvenir à la Cour de céans de nouvelles pièces médicales, soit un rapport _____ du Dr V. _____ du 5 juillet 2019, accompagné de deux rapports du Dr P. _____, datés des 19 juin 2018 et 9 juillet 2018, ainsi que d'un rapport d'évaluation neuropsychologique du 20 mai 2019, réalisée par Mme Z. _____, pour le compte de la Clinique J. _____. Le Dr P. _____ relatait une acuité visuelle variable selon ses deux examens. Il concluait à l'absence de signe biomicroscopique de rétinopathie diabétique, à une légère angiosclérose rétinienne sous forme d'une altération isolée du reflet artériolaire et à des troubles visuels à mettre en relation avec les variations glycémiques. Il préconisait un contrôle ophtalmologique à un an. Sur le plan neuropsychologique, le rapport de bilan du 20 mai 2019 a conclu sur les éléments suivants :

« [...] Le bilan d'évaluation neuropsychologique de cette patiente de 44 ans, collaborante et adéquate, difficilement orientée sur le plan temporel, présentant une symptomatologie anxio-dépressive manifeste, toujours très affectée par sa situation médicale et ses troubles cognitifs, légèrement fatigable et légèrement ralentie, met en évidence la persistance :

- **de troubles mnésiques sévères** touchant la mémoire épisodique (performances fluctuantes avec des difficultés de stockage et de récupération de l'information, ainsi que de nombreuses intrusions) ;
- **d'importants troubles attentionnels**, se manifestant par des fluctuations attentionnelles en cours d'examen, un ralentissement de la vitesse de traitement et des troubles sévères de l'attention divisée ;
- **d'un dysfonctionnement exécutif modéré à sévère**, caractérisé par des troubles d'inhibition, de flexibilité mentale et de raisonnement, ainsi qu'une incitation verbale et non verbale globalement limite. Notons en revanche une légère amélioration des capacités de programmation aujourd'hui limites ;

- **de performances limites en mémoire immédiate/mémoire de travail** (avec toutefois moins de perte de fil relevées cliniquement que lors du dernier bilan) ;
- **de troubles du calcul**, plus marqués à l'oral qu'à l'écrit ;
- **de troubles langagiers** caractérisés, à l'oral, par des difficultés d'accès lexical (manque du mot modéré en dénomination, manque du nom propre) et, à l'écrit, par une dysorthographe à l'écriture sous dictée (à relativiser compte tenu des antécédents de dyslexie).

En revanche, on ne relève aujourd'hui plus de troubles sémantiques évidents dans les différentes épreuves administrées (une évaluation formelle de ces aspects n'ayant toutefois pas été effectuée cette fois-ci). Les fonctions practo-gnosiques restent par ailleurs globalement préservées.

Ce tableau, relativement stable par rapport à 2016 en dépit de quelques fluctuations non significatives, atteste de la persistance d'une atteinte cognitive sévère, à prédominance mnésique, exécutive et attentionnelle. Le profil observé reste évocateur d'un probable trouble fonctionnel chez cette patiente présentant une symptomatologie anxio-dépressive sévère avec troubles associés (TOC [réd. : trouble obsessionnel compulsif], phobie sociale).

Dans ce contexte, la poursuite d'une prise en charge psychothérapeutique (suivi psychiatrique auprès du Dr R._____, visite d'un infirmier en psychiatrie 1 fois/semaine) paraît indispensable.

Par ailleurs, la sévérité des troubles cognitifs (sans nette évolution par rapport à 2016) me semble actuellement un frein à toute reprise professionnelle. [...] »

Le Dr V._____ relevait, pour sa part, que la prise en compte d'une capacité de travail à 50 % en milieu adapté semblait irréalisable, le cumul du problème psychiatrique, des troubles cognitifs sévères et des troubles de la vue rendant la présence au lieu de travail et le rendement de l'assurée très aléatoires. La capacité de travail était, à son avis, au maximum de 20-25 % « au moins pour les prochains 5 ans ».

Par pli du 23 juillet 2019, l'assurée a adressé à la Cour de céans un rapport du Département de psychiatrie du Centre hospitalier X._____, daté du 19 juillet 2019 et signé par le Dr R._____, ainsi que la Dre A._____, cheffe de clinique, à l'issue duquel étaient évoqués les diagnostics d'état de stress post-traumatique chronique (F43.1) et de trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs au premier plan (F42.1). Les médecins précités ont notamment exposé ce qui suit :

« [...] Le diagnostic de stress post traumatique repose sur des éléments de l'histoire de vie décrite par la patiente, et sur la base de la symptomatologie psychique présente actuellement.

Madame B. _____ raconte que durant toute son enfance et jusqu'à ses 17 ans, elle a subi des violences physiques de la part de sa mère. Il s'agissait de violences quotidiennes, sans raison apparente, sous forme de coups avec différents types d'instruments et d'objets parfois contondants. Par la suite, elle a eu à revivre de la violence, mais de nature sexuelle cette fois-ci. En effet, selon Madame B. _____, des rapports sexuels non consentis et des « jeux sexuels » violents et sous contrainte ont eu lieu lorsqu'elle était en couple avec son ex-conjoint de 2003 à 2013. Elle décrit également de la violence psychologique (notamment sous forme d'humiliation et de menaces sur ses enfants) de la part de cette même personne. L'histoire de vie de Madame B. _____ révèle donc des traumatismes multiples et répétés qui entraînent une symptomatologie assez typique de PTSD : La patiente décrit des reviviscences sous forme de flash-back (notamment olfactif) et de cauchemars, ce qui entraîne d'importants troubles du sommeil. Elle dit ne ressentir aucune émotion et cet état d'émoussement (voir d'abrasement) affectif est associé à une insensibilité à l'environnement. Elle dit parfois se sentir « hors de son corps », se sentir « étrangère dans son propre corps », et ne pas supporter de se regarder dans le miroir, ne se reconnaissant pas ou ayant l'impression d'y voir sa mère. Un score de 34 à l'EED (Échelle Expérience Dissociative) confirme que des éléments dissociatifs sont bien présents, et ils pourraient expliquer en partie (car les troubles cognitifs lié à son diabète type 1 sont également à prendre considération) certaines « absences » dont peut se plaindre la patiente (elle raconte, par exemple, lui être arrivée de se retrouver dans un lieu dont elle ne se rappelle pas comment y avoir été ni ce qu'elle devait y faire). Par ailleurs, une crainte de sortir de chez elle et de recroiser son ex-compagnon la confine à la maison. Elle évite les endroits où elle serait susceptible de le croiser. Un fond anxieux chronique est présent, pouvant entraîner des attaques de panique, et il est associé à un état d'hyper vigilance (surtout la nuit), aggravant l'insomnie. Une anhédonie franche est décrite par Madame et est associée à une perte d'espoir en l'avenir. Ce sont ses enfants qui la maintiennent en vie, a-t-elle dit plusieurs fois en entretien. Selon Madame, cet état psychique évolue depuis plusieurs années et est apparu à la suite des violences subies lorsqu'elle était en couple avec son précédent conjoint.

Le diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif repose sur les comportements compulsifs de lavage dont souffre la patiente à l'heure actuelle. Elle décrit se laver les mains environ 25 fois par jour et les parties génitales une dizaine de fois par jour (entraînant des irritations allant jusqu'au saignement). Elle lave et range sa maison toute la journée, c'est sa principale activité quotidienne. Ces compulsions de lavage pourraient être mises en lien avec son histoire de violences sexuelles. Selon la patiente, ces comportements l'aideraient à contrôler légèrement ses angoisses. Elle dit se sentir sale constamment, et ne plus supporter cette « enveloppe de chair » qui ne sera jamais suffisamment propre. L'intensité de ces comportements compulsifs (qu'elle ne jugeait pas comme anormaux lors du début du suivi) justifie l'ajout d'un diagnostic supplémentaire et séparé au diagnostic de stress post traumatique.

[...]

Compte tenu de ce qui précède, nous estimons qu'une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée est impossible en l'état actuel des choses. Les répercussions des diagnostics, dont la symptomatologie est intense et très sensible aux facteurs stressants extérieurs (comme par exemple les difficultés sociales qui sont importantes en ce moment), empêchent la patiente de pouvoir mener à bien une activité professionnelle adaptée et ce, même si elle est réduite. Cependant, une prise en charge psychiatrique au long court pourrait faire évoluer la situation. Une amélioration est déjà perceptible depuis le début du suivi psychiatrique. [...] »

L'OAI a répondu au recours le 15 août 2019 et proposé son rejet, en se référant pour l'essentiel à un avis du SMR du 5 août 2019, joint en annexe. Ce service s'est exprimé en ces termes sur les pièces médicales produites par l'assurée au stade de la procédure judiciaire :

« [...] Nous sommes quelque peu étonnés des diagnostics nouvellement retenus par le Dr R._____. Le passé difficile de cette assurée nous est connu, puisque décrit dans les différents rapports médicaux au dossier, et en particulier dans les expertises psychiatriques de 2015 et 2016. Nombreux symptômes décrits par le Dr R._____ se retrouvent dans les expertises et rapports médicaux au dossier : de l'anamnèse faite lors de l'expertise Clinique D._____, on relève notamment des épisodes d'absence, des troubles mnésiques, des troubles du sommeil avec une assurée qui dit dormir 2h/nuit, une asthénie, des difficultés à tolérer la foule pouvant générer des angoisses, des difficultés d'orientation temporelle et spatiale ; de l'expertise du Prof. S._____ de 2016, on note la nécessité d'une aide du CMS ou d'une amie pour les déplacements, une anxiété situationnelle ; de l'examen neuropsychologique de 2016, des pertes de mémoire, des absences, des périodes de désorientation topographique, d'importantes angoisses l'empêchant de sortir de chez elle, entre autres. Aucune des expertises au dossier n'a cependant retenu la présence d'un trouble anxieux ou d'un état de stress post-traumatique. Le Prof. S._____ décrivait, à la p. 8 du rapport d'expertise du 13.07.2016, « L'anxiété est essentiellement situationnelle sans argument quelconque en faveur d'un trouble anxieux. On ne relève notamment pas de troubles somatiques du registre anxieux, d'hypervigilance ou d'appréhension anxieuse avec anticipation négative. »

Par ailleurs, un état de stress post-traumatique, selon la CIM-10, « constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. ... La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois (mais il est rare qu'elle dépasse six mois). L'évolution est fluctuante mais elle se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité (F62.0) ».

Les éléments traumatisants évoqués par le Dr R. _____ datent de plusieurs années, et n'ont pas empêché l'assurée de travailler à plein temps jusqu'en 2014, date à laquelle elle a été mise en IT [réd. : incapacité de travail] pour raisons somatiques (décompensation diabétique). Dès lors, un diagnostic d'état de stress post-traumatique incapacitant est, aujourd'hui, difficilement plausible.

Quant au diagnostic de TOC, le psychiatre se fonde sur les déclarations, subjectives, de l'assurée qui décrit se laver les mains environ 25 fois par jour et les parties génitales une dizaine de fois par jour entraînant des irritations allant jusqu'au saignement, laver et ranger la maison toute la journée, ceci étant sa principale activité quotidienne. Ces comportements compulsifs n'ont jamais été décrits lors des précédentes expertises. S'agit-il d'éléments nouveaux ?

Finalement, le Dr R. _____ estime que les répercussions des diagnostics, dont la symptomatologie est intense et très sensible aux facteurs de stress extérieurs (« comme par exemple les difficultés sociales qui sont importantes en ce moment ») empêchent l'assurée de pouvoir mener à bien une activité professionnelle adaptée même avec une CT réduite. Une prise en charge psychiatrique au long court pourrait, selon lui, améliorer la situation, et le Dr R. _____ constate même déjà une amélioration depuis le début de la prise en charge. Rappelons aussi que l'assurée refuse toute médication antidépressive selon le bilan neuropsychologique fait à la Clinique J. _____ et ceci était déjà décrit en 2016.

Par conséquent, après une lecture attentive des nouveaux rapports médicaux versés au dossier dans le cadre du recours de l'assurée contre la décision d'octroi d'un quart de rente, nous pouvons dire que, sur le plan somatique et cognitifs, il n'y a pas d'éléments médicaux qui n'étaient pas connus ou susceptibles de modifier les conclusions du SMR faites en 2017. Sur le plan psychiatrique, l'assurée est maintenant prise en charge, refusant toutefois la médication psychotrope. Le psychiatre traitant retient de nouveaux diagnostics, cependant le diagnostic d'état de stress post-traumatique est aujourd'hui difficilement plausible. Quant aux comportements compulsifs, bien que nous ne les mettions pas en doute, nous mettons cependant en doute leur intensité (l'assurée ne jugeait pas anormaux ses comportements compulsifs lors du début du suivi, elle décrit des lavages jusqu'à 10 fois/jour lors de l'examen neuropsychologique du 20.05.2019 versus 25 dans le RM [réd. : rapport médical] du Dr R. _____), et leur influence sur la CT de l'assurée. La prise en charge n'apparaît pas non plus optimale puisque l'assurée refuse de prendre une médication antidépressive, qui pour certaines ont montré une efficacité dans les troubles obsessionnels-compulsifs. Dès lors, les nouveaux éléments médicaux versés au dossier ne justifient pas de remettre en question les conclusions du rapport d'examen SMR d'octobre 2017 sur lesquelles s'est fondée la décision d'octroi de rente du 10.04.2019.

En revanche, il se peut que les comportements compulsifs de lavage et de rangements soient des éléments nouveaux, cependant, ils ne justifient pas pour autant une réduction de la CT supplémentaire dans une activité adaptée. »

Par réplique du 28 octobre 2019, l'assuré a indiqué maintenir ses conclusions. Elle a produit un rapport du Dr V. _____ du 1^{er} octobre 2019, lequel insistait sur les répercussions de la vision fluctuante sujette à d'importantes variations selon la glycémie.

L'OAI a dupliqué le 2 décembre 2019 et maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

En date du 28 janvier 2020, l'assurée a communiqué à la Cour de céans un tirage du rapport établi le 15 janvier 2020 par le Dr C. _____. Ce dernier a relaté le bilan suivant :

« [...] Concernant son diabète, elle a bénéficié, tout au long de l'évolution de sa maladie, d'un suivi interdisciplinaire par une diététicienne, une infirmière spécialiste en diabétologie et une podologue pour le soin des pieds. Compte tenu du mauvais contrôle glycémique, à plusieurs reprises son insulinothérapie a été modifiée par de multiples schémas insuliniques qui se sont souvent soldés par des échecs. Dans ce contexte, un traitement à l'aide d'une pompe de débit continu d'insuline a été instauré. Avec ce traitement, son diabète était un peu moins déséquilibré, comme en témoignait la valeur de l'hémoglobine glycosylée réalisée en décembre 2019, à 8 %. Madame B. _____ fait de son mieux pour améliorer le contrôle de son diabète, elle a mis en place un programme d'activité physique régulière sous forme de marche, avec au moins 10'000 pas/jour. Malheureusement, elle a présenté une fracture du plateau tibial, raison pour laquelle ce type d'activité a dû être stoppé. Au début de cette année, et sans facteur déclenchant identifiable, elle a dû être hospitalisée en urgence à l'Hôpital Y. _____ suite à une cétoacidose hyperglycémique. Dans ce contexte son traitement de pompe d'insuline a été stoppé et Madame B. _____ a été mise une fois de plus au bénéfice d'un traitement par insulinothérapie basale bolus. Sur le plan des complications secondaires du diabète, à l'examen de fond d'œil réalisé courant 2019, il n'y avait pas de signe en faveur d'une rétinopathie diabétique, et l'examen néphrologique ne montrait pas non plus une excrétion pathologique de la microalbuminurie. Il subsiste une polyneuropathie des membres inférieurs, pour laquelle elle bénéficie d'un suivi régulier. [...] »

Prenant position sur ce document le 25 février 2020, l'OAI a relevé que la cétoacidose, ayant entraîné l'hospitalisation de l'assurée au début 2020, constituait un fait nouveau postérieur à la décision querellée. Il renvoyait au surplus à un nouvel avis du SMR, daté du même jour, lequel relevait _____ que _____ pour _____ l'essentiel _____ le Dr C. _____ avait rapporté des éléments connus de l'administration lors

de l'émission de la décision entreprise, à l'exception du nouvel épisode acétocétosique survenu en 2020.

La magistrate instructrice a invité Me Hichri, le 7 juillet 2020, à adresser la liste des opérations déployées pour la défense des intérêts de l'assurée dans un délai échéant le 21 juillet 2020. Me Hichri ne s'est pas manifesté à cet égard.

Par écriture du 14 août 2020, l'assurée a retranscrit, à l'attention de la Cour de céans, un courriel du 10 août 2020 du Dr C._____, lequel signalait la survenue d'une nouvelle décompensation hyperglycémique cétosique le 24 juillet 2020. Les répercussions de cette crise avaient pu être corrigées en ambulatoire. La prise en charge du diabète de type I demeurait donc toujours difficile. Selon l'assurée, le Dr C._____ faisait ainsi état d'une situation délétère permanente sans évolution favorable avec un risque d'hospitalisation en urgence propre à se répéter dans le futur. En l'absence de fait réellement nouveau, l'assurée craignait que le SMR ne nie l'existence d'un motif de révision en cas de demande de révision de sa part.

L'OAI s'est exprimé le 8 septembre 2020, rappelant qu'il appartenait à l'assurée de fournir des rapports médicaux complets, un extrait de courriel sorti de son contexte s'avérant insuffisant. Au surplus, il a renvoyé à l'avis du SMR du 25 février 2020 et souligné que ce dernier avait expressément envisagé la survenance d'un motif de révision postérieurement à la décision du 10 avril 2019. Au demeurant, la présente procédure concernait uniquement les faits survenus jusqu'à cette dernière date.

L'assurée a transmis un tirage de l'intégralité du courriel du Dr C._____ susmentionné le 23 septembre 2020 et maintenu les termes de sa détermination du 14 août 2020.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 11 mai 2019 contre la décision de l'intimé du 10 avril 2019 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4, let. a, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Formulant des griefs préalables de nature formelle, la recourante reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue. Premièrement, elle relève que l'intimé n'a pas pris position sur la contestation qui aurait été formulée par sa curatrice dans le courant 2018 au stade de la procédure d'audition. Deuxièmement, la recourante fait valoir n'avoir eu connaissance de la décision entreprise qu'à la suite d'une demande de renseignements quant à l'état de son dossier formulée par son médecin traitant. La décision en question ne serait jamais parvenue à sa curatrice.

a) Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. A lui seul, l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) ne confère toutefois pas le droit d'être entendu oralement, ni celui d'obtenir l'audition de témoins. La jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références).

b) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

c) S'agissant de la forme de la décision, l'art. 49 al. 1 LPGA précise que l'assureur doit rendre par écrit les décisions portant sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'assuré n'est pas d'accord. Selon l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

L'assureur est en revanche libre de choisir la voie par laquelle il entend communiquer sa décision, du moment que l'assuré est en mesure d'en prendre connaissance. L'assureur n'est en particulier pas tenu d'utiliser la voie du courrier recommandé ; un envoi sous pli simple suffit (ATF 142 III 599 consid. 2.4.1). S'agissant d'un acte soumis à réception, la décision est considérée comme valablement notifiée au moment où elle entre dans la sphère de puissance de l'assuré et que ce dernier est en mesure d'en prendre connaissance (cf. Valérie Défago Gaudin, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 40 ad art. 49 LPGA).

d) En l'espèce, le dossier produit par l'intimé auprès de la Cour de céans ne contient pas de contestation formulée par la curatrice de la recourante au cours de la procédure d'audition. La recourante n'en a au demeurant pas fourni un tirage, de sorte qu'en l'état cette dernière n'a pas rendu vraisemblable que la contestation aurait effectivement été adressée à l'intimé.

Sans pouvoir se prononcer avec certitude sur une violation effective du droit d'être entendue de la recourante, on peut constater néanmoins qu'elle a été en mesure de faire valoir ses arguments auprès de la Cour de céans, dotée d'un plein pouvoir d'examen. Dès lors, une violation éventuelle du droit d'être entendue pourrait de toute façon être considérée comme exceptionnellement réparée.

e) Quant à la communication de la décision querellée, ainsi qu'il a été rappelé supra, l'art. 49 LPGA n'impose pas la voie du courrier recommandé pour notifier valablement une décision. On constate que la décision querellée a vraisemblablement été expédiée en courrier normal et qu'elle porte de facto l'adresse de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles. Au demeurant, la recourante a été en mesure de prendre connaissance de la décision entreprise et de l'attaquer par la voie d'un recours en temps utile auprès de la Cour de céans. Les griefs de la recourante en lien avec la notification de ladite décision peuvent donc être écartés.

3. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85^{bis} RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si un recours n'est déposé que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

c) In casu, la décision rendue le 10 avril 2019 n'a trait qu'aux prestations courantes allouées à la recourante. Cela étant, l'intimé a expressément annoncé l'émission d'une décision subséquente relative aux arrérages des prestations, octroyées à partir du 1^{er} juin 2015. Partant, l'objet de la contestation portée devant la Cour de céans englobe l'intégralité de la période s'étendant du 1^{er} juin 2015 au 10 avril 2019. Dite cour est donc habilitée à se prononcer sur le droit à la rente de la recourante dès le 1^{er} juin 2015, singulièrement sur le degré d'invalidité déterminé par l'intimé dès cette date.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de

l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

5. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) En vertu de la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

7. En l'occurrence, il est établi que la recourante souffre d'un diabète de type I, diagnostiqué en mars 2014 suite à une décompensation acédocytosique, lequel a notamment entraîné des troubles cognitifs et un trouble dépressif. Sa situation médicale a fait l'objet d'investigations approfondies sur les plans neurologique, psychiatrique et neuropsychologique. Elle est également suivie régulièrement sur le plan ophtalmologique.

8. a) Le registre neurologique a été analysé par le biais d'une expertise confiée au Dr L. _____ pour le compte de la Clinique D. _____. Selon son rapport du 16 avril 2015, cet expert a conclu à un diabète de type I, associé à une probable encéphalopathie hypoglycémique, lequel demeurerait, malgré son instabilité, sans incidence en termes de capacité de travail. Cette conclusion valait également pour l'exercice de l'activité habituelle de maman de jour, à la condition toutefois que cette activité soit déployée en présence d'un tiers susceptible de pallier aux conséquences d'une potentielle crise hypoglycémique. Dans le cadre de cette _____ appréciation, _____ le Dr L. _____ a tenu compte des observations ressortant de l'évaluation

neuropsychologique effectuée au sein de la Clinique D._____ par le Dr F._____ et la neuropsychologue G._____ le 2 février 2015.

b) Du point de vue formel, on rappellera que le Tribunal fédéral a estimé que la qualité d'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvait pas être considérée comme suffisamment garantie au sein du « département expertise » de la Clinique D._____. Cette conclusion s'imposait suite à l'arrêté du 25 juin 2015 de l'autorité cantonale compétente de retirer l'autorisation d'exploiter à dite clinique pour une durée de trois mois, lequel a été confirmé par le Tribunal fédéral (cf. ATF 144 V 258). Cela valait également pour les résultats objectifs d'un examen somatique (cf. par exemple : TF 9C_82/2019 du 8 août 2019 consid. 4). Dès lors, quand bien même on peut observer que le rapport d'expertise rédigé par le Dr L._____ le 16 avril 2015 apparaît exhaustif et convaincant, il ne saurait fonder l'évaluation du cas de la recourante.

c) Cela étant, sur le plan neurologique, la recourante a fait l'objet de plusieurs investigations, telles qu'IRM cérébrale et EEG, tant antérieurement que postérieurement à l'expertise du Dr L._____. Elle s'est soumise à ce type d'examens en 2014 au sein de la Clinique J._____ (cf. rapport du 8 août 2014), ainsi que dans le cadre du bilan réalisé en avril 2016 par le Dr W._____ à la demande du Dr V._____ (cf. rapport du 11 avril 2016 du Dr W._____ au Dr V._____). Le Dr W._____ a expressément souligné que l'IRM cérébrale s'était « avérée sans particularité » et que l'examen EEG n'avait « pas démontré d'argument pour une épilepsie ». Il concluait plutôt à de possibles troubles cognitifs fonctionnels (cf. rapport de ce praticien du 17 mai 2016 au Dr V._____).

d) Compte tenu de ces éléments, on peut exclure, à l'instar de l'intimé, que la recourante souffre d'une pathologie neurologique susceptible de se répercuter durablement sur sa capacité de travail. Ce constat s'impose d'ailleurs d'autant plus que la recourante ne soulève aucun grief en lien avec l'aspect neurologique de son dossier et ne produit

aucune pièce nouvelle qui ferait état d'un élément nouveau ou ignoré de l'intimé.

9. a) Du point de vue ophtalmologique, la recourante est suivie par le Dr P._____, lequel a observé, le 21 avril 2016, une acuité visuelle de 0.6 à l'œil droit et de 0,7 à l'œil gauche, en présence de « milieux oculaires calmes et clairs », ainsi que d'une « morphologie papillaire, vasculaire et rétinienne dans la norme ». Il a conclu à l'absence de rétinopathie diabétique, les troubles visuels relatés par la recourante devant être mis en relation avec les variations glycémiques. Il a au demeurant rapporté une situation quasiment superposable en 2018 à la suite de son observation de contrôle, en dépit d'une « légère angiosclérose rétinienne sous forme d'une altération isolée du reflet artériolaire » (cf. rapports du Dr P._____ des 21 avril 2016 et 9 juillet 2018).

b) Vu les conclusions du spécialiste précité, quoiqu'en dise la recourante, respectivement son médecin généraliste traitant, on ne saurait considérer que sa situation ophtalmologique soit de nature à limiter sa capacité de travail ou à générer des restrictions fonctionnelles incompatibles avec l'exercice d'une activité lucrative.

10. La situation est autre sur le plan neuropsychologique, pour lequel les différentes évaluations conduites auprès de la recourante ont mis en évidence des troubles cognitifs dans un premier temps modérés, puis aggravés dans un second temps, au point d'être qualifiés de troubles cognitifs sévères.

a) On relève en effet que les évaluations effectuées auprès de l'Institution M._____ en août 2015 ont conclu à des déficits cognitifs modérés de la sphère attentionnelle et mnésique, accompagnés d'un ralentissement, ainsi que de difficultés exécutives et langagières discrètes. L'Institution M._____ relevait au demeurant une légère amélioration des troubles en présence de résultats cohérents eu égard au précédent examen (cf. rapport de l'Institution M._____ du 27 novembre

2015). A ce stade, on peut retenir que si les troubles constatés se répercutaient dans le cadre de la mesure d'observation mise en place par l'intimé auprès de H._____, ils n'atteignaient toutefois pas un degré suffisant pour justifier une restriction avérée de la capacité de travail dans une activité en adéquation avec l'état de santé de la recourante. On observe d'ailleurs que H._____ relatait l'augmentation du temps de travail de la recourante sur 4 jours par semaine. Il apparaissait cela étant que la recourante était tributaire d'une certaine pression, mise en exergue par H._____, en lien avec la gestion de son quotidien et de nombreux problèmes financiers (cf. rapport de H._____ du 30 octobre 2015 et rapport d'entretien du Service de réinsertion de l'intimé du 10 novembre 2015). Elle a d'ailleurs été mise sous curatelle de gestion peu après par décision du 23 novembre 2015.

b) La situation s'est en revanche largement dégradée à la suite de la seconde décompensation acidocétosique survenue en mars 2016. Il est établi depuis lors que les troubles cognitifs sont sévères sur les plans mnésique, exécutif et attentionnel, selon les observations consignées au sein de la Clinique J._____ (cf. rapport d'évaluation du 28 juin 2016). Ces éléments ont de surcroît été confirmés à l'occasion d'une nouvelle évaluation réalisée à la Clinique J._____ en mai 2019, laquelle rapportait un tableau « relativement stable par rapport à 2016 » (cf. rapport du 20 mai 2019).

c) Il apparaît dès lors établi que les troubles neuropsychologiques de la recourante ont évolué dans une mesure de nature à justifier une incapacité de travail. Dite incapacité a été chiffrée sous l'angle psychiatrique, compte tenu précisément de ces troubles neuropsychologiques, dans le cadre de l'expertise confiée au Prof. S._____ (cf. consid. 11 ci-dessous).

11. a) S'agissant de l'aspect psychique, on peut d'emblée écarter l'évaluation communiquée le 27 novembre 2015 par le Dr N._____ pour le compte de l'Institution M._____. Ainsi que l'a retenu l'intimé, respectivement le SMR dans un avis étayé du 25 février 2016, auquel on

peut se référer, le rapport correspondant ne remplit pas les réquisits minimaux pour se voir accorder quelque valeur probante. La jurisprudence a par ailleurs de longue date souligné que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). L'auteur de l'évaluation psychiatrique effectuée au sein de l'Institution M. _____ n'étant pas psychiatre, son appréciation ne saurait dès lors fonder l'appréciation du cas d'espèce.

b) Le Prof. S. _____ a investigué la situation de la requérante dans le cadre du mandat d'expertise délivré par l'intimé. Il a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique, et à un trouble cognitif modéré lié à une maladie somatique. Il a estimé la capacité de travail à 50 % au maximum en milieu adapté, les troubles cognitifs dominant le tableau clinique observé chez la requérante (cf. rapport de ce spécialiste du 13 juillet 2016, p. 8, 9 et 11).

Même si la jurisprudence relative à l'application d'une grille d'indicateurs pour l'évaluation de la capacité de travail n'avait pas encore été étendue aux troubles psychiques au moment où l'expertise a été réalisée (cf. TF 8C_841/2016 et 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 publiés in : ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418), on peut observer que le rapport du Prof. S. _____ tient compte des différents indicateurs. Il a ainsi pris en considération le degré de gravité des atteintes à la santé, a évoqué les possibles effets d'un suivi psychothérapeutique, en parallèle à la mise en œuvre d'une réadaptation destinée à renforcer l'estime de soi. Il a par ailleurs pris en considération l'évolution des troubles cognitifs constatés auprès de la requérante, singulièrement leur aggravation à compter de la décompensation acidocétosique de mars 2016. Il a exposé de manière claire la structure de la personnalité de la requérante, retenant l'absence de trouble de la personnalité, mais une difficulté à gérer l'incertitude de la situation en dépit de bonnes capacités de résilience. Son analyse s'est de surcroît basée sur la cohérence du tableau clinique présenté depuis la survenance des problèmes liés au diabète de type I. Il s'est également

référé aux précédentes évaluations versées au dossier. Les conclusions du Prof. S. _____ apparaissent donc congruentes et exhaustives.

c) Cela étant, on dispose désormais du rapport du Dr R. _____ du 19 juillet 2019, lequel a pris en charge la recourante par un suivi ambulatoire dans le courant de l'année 2018. Ce spécialiste mentionne les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs au premier plan (lavages répétés des mains et des parties génitales). Le premier diagnostic reposerait sur l'histoire de vie difficile de la recourante (violences physiques subies par sa mère, puis par son conjoint) et s'accompagnerait de reviviscences et de cauchemars, entraînant des troubles du sommeil. Le second diagnostic, s'exprimant par des compulsions de lavage qui aideraient la recourante à surmonter ses angoisses, serait lié à l'histoire des violences sexuelles subies. Si l'on peut certes s'étonner, à l'instar du SMR dans son avis du 5 août 2019, du diagnostic d'état de stress post-traumatique qui n'a jamais été évoqué précédemment et qui ne semble pas avoir entravé une activité lucrative jusqu'en 2014, on ignore tout de la survenance du trouble obsessionnel compulsif. Plus globalement, on peut observer que le Dr R. _____ ne précise aucunement ni la date de sa prise en charge, ni la date à laquelle les troubles évoqués seraient apparus, ni à partir de quand ils auraient eu des incidences sur la capacité de travail. A ce stade, faute d'instruction sur ce point, il n'est pas possible de déterminer si l'état de santé psychique de la recourante a effectivement connu une aggravation postérieurement à l'appréciation du Prof. S. _____, ni quelles en sont éventuellement les conséquences. Par ailleurs, on soulignera que tant le Prof. S. _____ que le Dr N. _____ ont évoqué une problématique psychiatrique remontant à l'année 2013 dans le contexte d'un conflit conjugal, pour laquelle la recourante aurait été prise en charge. On ne dispose d'aucune information à cet égard, en particulier en termes diagnostiques. On relèvera d'ailleurs que le Dr U. _____ avait également mentionné une telle problématique dans son rapport à l'intimé du 6 mars 2015. On ajoutera que le Dr V. _____ a fait état du suivi psychiatrique entamé auprès de l'Hôpital Y. _____ sous l'égide du Département de psychiatrie du Centre

hospitalier X. _____ aux termes de son rapport du 23 mai 2017, sans que l'intimé n'ait sollicité de renseignements à cet égard. Le dossier de l'intimé apparaît donc incomplet sur le plan psychiatrique, au point que la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher le présent litige.

12. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à

l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, ainsi qu'il a été remarqué sous consid. 11c ci-dessus, l'état de fait sur le plan psychique demeure incomplet. Font en effet défaut les informations concernant la prise en charge psychiatrique assumée au sein de l'Hôpital Y._____, singulièrement par le Dr R._____. L'intimé ne pouvait ignorer ces éléments mentionnés dans plusieurs rapports médicaux. De surcroît, le Dr R._____ avait sollicité le dossier de la recourante au stade de la procédure d'audition informant l'intimé de son mandat thérapeutique (cf. correspondance du Dr R._____ à l'intimé du 11 septembre 2018). Il appartenait à l'intimé, à ce moment-là au plus tard, de solliciter les renseignements utiles auprès de ce praticien. Faute à l'intimé d'avoir satisfait à son obligation d'instruction ressortant de l'art. 43 LPGA, il s'impose de lui renvoyer la cause.

d) Après actualisation de son dossier médical (eu égard notamment à la prise en charge psychiatrique assumée au sein de l'Hôpital Y._____, il incombera à l'intimé de mettre en œuvre un complément d'expertise psychiatrique de la recourante auprès du Prof. S._____, destiné à se prononcer sur les différents diagnostics retenus et leurs incidences. Le rapport d'expertise correspondant devra s'exprimer sur l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante, en analysant les différentes pièces au dossier et en se fondant sur les résultats des évaluations neuropsychologiques. Il s'agira ensuite pour l'expert de déterminer précisément les répercussions de la symptomatologie (y compris des troubles neuropsychologiques) sur la capacité de travail et d'exclure d'éventuels facteurs psychosociaux (situation financière p. ex.) de son appréciation. Par ailleurs, l'expert devra se conformer à la jurisprudence fédérale relative aux troubles psychiques, en fournissant une analyse des indicateurs pertinents et une évaluation circonstanciée des ressources fonctionnelles à disposition de la recourante.

13. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) La recourante, assistée d'un mandataire professionnel et obtenant gain de cause, peut prétendre des dépens, arrêtés à 1'800 fr., et mis à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri à compter du 14 juin 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a renoncé à déposer la liste détaillée de ses activités. Au vu toutefois du nombre et de la teneur des écritures de Me Hichri, on peut considérer un total de 8 heures déployées pour l'intégralité de son intervention. En définitive, il convient ainsi d'octroyer à l'intéressé un montant total de 1'628 fr. 40 (y inclus des débours de 5 % [72 fr.] et la TVA de 7,7 % [116 fr. 40]) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire. Cette rémunération est au demeurant couverte par les dépens octroyés à la recourante.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 10 avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Karim Hichri, conseil de B._____, arrêtée à 1'628 fr. 40 (mille six cent vingt-huit francs et quarante centimes), TVA et débours compris, est couverte par le montant des dépens alloués.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Inclusion Handicap, Me Karim Hichri, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :