

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mai 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Rondi, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

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

Art. 6 s., 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissante kosovare naturalisée suisse, B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mariée et mère de trois enfants (nés en [...], [...] et [...]). Elle n'a pas de diplôme reconnu en Suisse. D'octobre 2003 à janvier 2015, elle a travaillé comme cheffe d'équipe auprès de l'entreprise M._____ SA. Après une période de chômage, elle a œuvré, du 20 novembre 2017 au 31 juillet 2018, en tant qu'opératrice au service d'une entreprise de matériel médical par le biais de la société de placement A._____ SA ; dans l'exercice de cette activité à plein temps, le revenu mensuel de l'assurée était de 4'500 fr., servi treize fois l'an, soit un salaire annuel de 58'500 francs (4'500 fr. x 13 ; cf. questionnaire pour l'employeur du 30 janvier 2019).

b) En incapacité de travail, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes (mesures professionnelles / rente) le 21 novembre 2018, en raison de lombalgies (douleurs au dos de plus en plus fortes) consécutives à l'effort dans le cadre de l'exécution de son travail.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) s'est vu communiquer le dossier constitué par Q._____ Assurance SA, assureur perte de gain de l'employeur. Dans un rapport 23 juillet 2018 adressé au médecin-conseil de cette assurance, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué des lombosciatalgies à prééminence gauche sur discopathie L4-L5, L5-L1 avec déchirure annulaire postérieur existant depuis le mois de février 2018. En raison des douleurs intenses du bas du dos s'intensifiant depuis plusieurs semaines, avec des réflexes ostéotendineux symptomatiques mais sans troubles neurologiques, ce médecin a attesté d'une incapacité de travail totale de sa patiente depuis le 5 juin 2018. Selon le médecin traitant, une reprise du travail « éventuellement à 50 % » était envisageable à partir du mois de septembre 2018.

D'après le questionnaire 531bis du 14 janvier 2019, si l'assurée avait été en bonne santé, elle a indiqué qu'elle travaillerait dès le rétablissement comme employée d'usine (sans effort physique) à 100 %, par intérêt personnel.

Dans un rapport du 18 janvier 2019 à l'OAI, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics incapacitants de lombalgies sur trouble statique avec discopathie étagée L4-L5 et L5-S1, de dorsalgie avec syndrome de Maigne dysfonction thoraco-lombaire avec participation et irritation des nerfs cluni[aux] supérieurs des deux côtés, et d'état dépressif avec épisode d'anxiété généralisé associé à des crises de panique. Les limitations fonctionnelles concernaient surtout un travail en position debout et le port de charge dépassant cinq kilos. Le médecin traitant a évalué la capacité de travail de l'assurée comme nulle dans l'activité habituelle depuis le 5 juin 2018, mais de 25 % dans une activité adaptée aux restrictions listées.

Le 1^{er} février 2019, l'OAI a reçu un rapport du 25 octobre 2018 adressé au Dr Z. _____ par le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Au terme de ses consultations de l'assurée les 12 et 24 octobre 2018, ce médecin a indiqué que la physiothérapie (massages) n'avait pas été bénéfique, qu'il avait adressé l'intéressée auprès d'un ostéopathe pour travailler de manière manuelle sur les divers segments et qu'il avait enseigné la façon d'utiliser le rouleau myofascial (« Blackroll ») pour ses douleurs et avait mobilisé en douceur une dysfonction D6 gauche ainsi que la costo-transversaire d'accompagnement. Le Dr J. _____ avait en outre discuté avec la fille de l'assurée d'un traitement intensif de médecine physique balnéothérapie qu'elle pouvait éventuellement faire au Monténégro.

Le 26 mars 2019, l'OAI a enregistré au dossier la copie d'un rapport d'expertise du 15 février 2019 mise en œuvre par l'assurance perte de gain Q. _____ Assurance SA. Au terme de son examen de l'assurée le 13 février 2019, le Dr K. _____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques et de discopathies lombaires. Il retrouvait la présence de signes de non-

organicité de la douleur selon Waddell alliant exagération de la réponse verbale ainsi que la présence de quatre sur dix-huit points de fibromyalgie. Dans le cadre de son appréciation du cas, l'expert rhumatologue a indiqué que ni l'anamnèse, ni les examens radiologiques comme l'examen clinique ne permettaient d'expliquer la globalité des douleurs alléguées, leur intensité, leur localisation et leur retentissement sur le fonctionnement de l'assurée. L'examen clinique restait marqué par de nombreux signes de surcharges fonctionnelles témoignant d'un syndrome douloureux chronicisé. Du point de vue rhumatologique, l'expert a retenu une incapacité de travail de l'assurée de 100 % dans l'activité habituelle d'opératrice au vu de la description de ce poste de travail (« son travail est réalisé uniquement en position debout, à la chaîne, chargée d'emballer des marchandises entre 2 et 15 kg pour les placer sur des palettes pour l'expédition »). A l'inverse, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité légère excluant les ports de charge au-delà de dix kilos de manière ponctuelle et cinq kilos de manière régulière, les mouvements du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout une à deux fois par heure. Selon l'expert, les douleurs chroniques pouvaient être liées à une diminution du seuil de tolérance à la douleur dans le cadre d'une comorbidité psychologique associée.

Dans un rapport du 8 mai 2019 à l'OAI, le Dr Z._____ a confirmé la persistance des douleurs intenses du dos et de la colonne vertébrale surtout au bas du dos accompagnées d'une fatigue importante et d'une baisse du moral importante nécessitant un traitement psychiatrique pour un état dépressif. Les limitations fonctionnelles, à savoir l'impossibilité de tenir une position continue, debout ou assise, sans variation et le port de charge de plus de cinq kilos contre-indiqué, étaient incompatibles avec une capacité de travail résiduelle supérieure à 50 % dans une activité adaptée. L'assurée bénéficiait d'un traitement de physiothérapie et était suivie sur le plan psychiatrique auprès du Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

Dans un rapport du 19 juillet 2019 à l'OAI, le Dr E._____, suivant l'assurée depuis le 12 février 2019, a diagnostiqué, avec effet sur

la capacité de travail, une anxiété généralisée (F41.1) existant depuis plusieurs années. Ce médecin a indiqué qu'après l'inscription de l'assurée au chômage le 1^{er} juin 2019, son état de santé psychique s'était aggravé dans le courant de cette année-là. Sans décrire de limitations fonctionnelles, le Dr E._____ a retenu une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 1^{er} juillet 2019 dans toute activité sur le premier marché de l'emploi. En dernière page de son rapport, ce médecin a indiqué qu'une activité à temps partiel restait possible.

Dans un rapport du 6 novembre 2019 à l'OAI, le Dr E._____, consulté à une fréquence mensuelle, a confirmé l'incapacité de travail totale de l'assurée dans l'activité habituelle. Il a fait part d'une capacité de travail de sa patiente de 50 % dans une activité adaptée exigible dès la régression de l'état anxiodépressif en cours. Les limitations fonctionnelles étaient une tendance marquée à la fatigue, une baisse de la capacité de concentration et une anxiété latente.

Dans un rapport du 25 février 2020 à l'OAI, le Dr E._____ a fait part d'une évolution défavorable sur le plan psychiatrique avec divers problèmes somatiques (soit un problème cardiaque en sus de l'atteinte rhumatologique) justifiant une incapacité de travail totale de l'assurée dans toute activité depuis le mois de janvier 2019. Les limitations fonctionnelles consistaient en de la fatigabilité, une anxiété latente, des difficultés de concentration et une sensibilité accrue au stress.

Dans un avis médical du 1^{er} octobre 2020, la Dre N._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a validé les conclusions du rapport d'expertise rhumatologique du 15 février 2019 du Dr K._____, estimant qu'une capacité de travail totale était exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques (soit une activité légère excluant les ports de charge au-delà de dix kilos de manière ponctuelle et cinq kilos de manière régulière, les mouvements du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout une à deux fois par heure) depuis toujours. Sur le plan psychiatrique, le médecin-conseil était d'avis que le diagnostic d'anxiété

généralisée retenu par le psychiatre traitant expliquait difficilement l'incapacité de travail totale attestée dans toute activité. Il convenait de poursuivre l'instruction médicale en cours auprès des médecins traitants.

Le 30 septembre 2020, en réponse à un courrier du 22 septembre précédant de l'OAI, le Dr Z. _____ a confirmé l'incapacité de travail totale de l'assurée en toute activité au vu des limitations fonctionnelles liées à ses problèmes de dos et psychiques.

Le 30 septembre 2020, le Dr E. _____ a confirmé à l'OAI qu'il avait attesté d'une incapacité de travail totale de sa patiente depuis janvier 2019. Le psychiatre traitant a fait part d'un changement récent du traitement antidépresseur (remplacement du Saroten® par la venlafaxine).

Le 29 octobre 2020, l'OAI a reçu un rapport du 5 mars 2020 du Dr U. _____, spécialiste en cardiologie, consécutif à une consultation de l'assurée le jour précédent. Ce médecin n'a pas constaté d'arythmie lors d'un enregistrement rythmique du 31 janvier 2020. Le bilan par un Remmler du 3 mars 2020 a confirmé le diagnostic d'une hypertension artérielle de stade I avec des valeurs tensionnelles satisfaisantes. Sur la base d'un *dipping* nocturne insuffisant, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) était évoqué et un bilan pneumologique proposé.

Le 8 décembre 2020, l'OAI a enregistré au dossier un rapport du 22 juin 2020 adressé au Dr Z. _____, dans lequel le Dr I. _____, spécialiste en pneumologie, a diagnostiqué un syndrome d'apnée du sommeil de degré sévère positionnel (IAH [Indice d'Apnée Hypopnée] 48 en position dorsale, 10 en position non dorsale). L'assurée ne se voyant pas dormir avec un masque, elle souhaitait bénéficier d'une orthèse d'avancement mandibulaire.

Dans un avis médical du 7 janvier 2021, la Dre N. _____, du SMR, en présence de rapports médicaux peu détaillés, a suggéré une

expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie).

L'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) au T. _____ SA. Dans leur rapport du 9 juillet 2021, ces experts ont posé les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, de décompensation d'un trouble mixte de la personnalité à traits hystéro-phobiques (F61.0), de discopathies lombaires étagées et de lombalgies chroniques avec syndrome de dysbalance musculaire. Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué une fibromyalgie, des pieds plats pronateurs, un syndrome obstructif léger avec emphysème débutant d'origine tabagique, une appendicectomie (environ 1983), un status post traumatisme facial avec trois opérations au niveau du nez, une obésité modérée avec IMC [indice de masse corporelle] à 30,8 kg/m², avec déconditionnement physique, un syndrome d'apnée du sommeil de degré sévère positionnel, non appareillé, un micro-adénome hypophysaire de la partie droite de la glande avec augmentation de la prolactinémie lors d'un bilan sanguin de routine, et un nodule cortical suspect au tiers moyen du rein gauche. Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle d'opératrice depuis juin 2018 en raison des limitations fonctionnelles psychiatriques et rhumatologiques. Ils ont retenu une capacité de travail de l'assurée de 100 % dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles (travail en alternant les positions assise/debout et limitant le port de charges à dix kilos de manière ponctuelle et à cinq kilos de manière régulière, éviter toute activité demandant une position agenouillée ou accroupie prolongée, toute activité demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles ainsi que toute activité demandant une posture non ergonomique et surchargeant le rachis dans son ensemble), avec la proposition d'une reprise progressive sur neuf mois afin de renforcer au mieux les capacités de l'intéressée montrant une certaine fragilité et une faible estime de soi ; selon l'experte psychiatre, les limitations fonctionnelles portaient essentiellement sur le rapport de la personne assurée à l'effort et à ses besoins régressifs qui paraissaient prépondérants.

Par rapport du 9 août 2021, la Dre N. _____ s'est ralliée à l'appréciation des experts. Elle a toutefois souligné que la cohérence au niveau du handicap allégué lui paraissait limite compte tenu de l'absence de socle organique suffisant pour expliquer les plaintes et de l'absence même de critères pour retenir un trouble de la lignée somatoforme. Elle avait également l'impression d'un certain flou et d'un manque d'information sur les activités quotidiennes, flou qui ne pouvait pas être comblé par l'instruction médicale.

Le dossier a ensuite été transmis au service de réadaptation de l'OAI qui a indiqué que l'assurée pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans le domaine de l'industrie légère comme par exemple le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, dans le conditionnement, ou comme aide-administrative (scannage par exemple ; cf. document intitulé « Calcul du salaire exigible » du 17 novembre 2021). Aucune mesure professionnelle n'a été mise en place sous la réserve d'une aide au placement afin de soutenir l'assurée dans la recherche d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (document intitulé « REA - Rapport final » du 17 novembre 2021).

Par projet de décision du 17 janvier 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, dans la mesure où, à l'échéance du délai d'attente d'une année (soit le 6 juin 2019), elle présentait une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« travail en alternant les positions assise et debout sans posture non ergonomique et surchargeant le rachis dans son ensemble, port de charges limité à 10 Kg de manière ponctuelle et à 5 Kg de manière régulière, pas de position agenouillée ou accroupie prolongée, ni d'activité sur des échafaudages ou des échelles »). Après comparaison des revenus sans (59'321 fr. 65) et avec invalidité (49'565 fr. ; montant ressortant des données salariales de l'Office fédéral de la statistique [OFS] et tenant compte d'un abattement de 10 % pour les limitations fonctionnelles), le degré d'invalidité était de

16 %. Aucune mesure d'ordre professionnel n'était susceptible de réduire la perte de gain en question.

Le 2 mars 2022, le Dr E. _____ a adressé un rapport à l'OAI pour contester le projet de refus de rente. Il a relevé que le volet psychiatrique de l'expertise du T. _____ ne respectait pas les lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, insistant sur la nécessité de réaliser un bilan neuropsychologique afin d'objectiver les capacités cognitives résiduelles de l'assurée.

L'assurée elle-même a contesté le 11 mars 2022 le projet de décision, annonçant la production d'une expertise psychiatrique du Dr O. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, avec en parallèle deux rendez-vous fixés à la Clinique [...] pour un examen neuropsychologique.

Le 10 juin 2022, demandant la reprise de l'instruction du cas, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport d'expertise psychiatrique privée du 9 juin 2022 du Dr O. _____, complétée par un examen neuropsychologique du 24 mars 2022 du Dr D. _____, spécialiste en neurologie. L'expert privé a posé les diagnostics incapacitants de neurasthénie (état de fatigue chronique ; F48.0) depuis au moins 2019, d'agoraphobie (F40.0), de phobies multiples (avion, aiguilles ; F40.2) depuis de nombreuses années, impossible à préciser la date exacte d'apparition, de syndrome douloureux somatoforme persistant (fibromyalgie ; F45.4) depuis au moins 2019, de syndrome d'apnée du sommeil de degré sévère positionnel, non appareillé, d'hypovitaminose D depuis au moins octobre 2021, de tremblement essentiel des membres supérieurs (prédominant du côté droit) depuis au moins avril 2022, et de discopathies lombaires étagées et lombalgies chroniques avec syndrome de dysbalance musculaire depuis au moins 2018. Sans impact sur la capacité de travail, l'expert privé a posé les diagnostics de syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.25), de pieds plats pronateurs, de syndrome obstructif léger avec emphysème débutant d'origine tabagique, d'appendicectomie (environ 1983), de status post

traumatisme facial avec trois opérations au niveau du nez, d'obésité modérée avec IMC à 30.8 kg/m² avec déconditionnement physique, de micro-adénome hypophysaire de la partie droite de la glande avec augmentation de la prolactinémie lors d'un bilan sanguin de routine et de nodule cortical suspect au tiers moyen du rein gauche. Il a conclu à une capacité de travail nulle de l'assurée dans toute activité et de manière durable en raison des troubles somatiques et psychiatriques sévères et chroniques présentés. Au terme de son examen neuropsychologique, le Dr D._____ a relevé, chez l'assurée, rapidement plaintive et fatiguée avec des tremblements, un ralentissement idéomoteur et une fatigabilité (fléchissement de l'orientation spatio-temporelle, réduction de la fluence verbale, discrètes difficultés orthographiques, perturbation de la mémoire de travail verbale, trouble de la mémoire à court terme visuo-spatiale, dysfonction exécutive sur le plan cognitif [incitation, flexibilité, inhibition] et comportementale ainsi que perturbation attentionnelle [fatigue, fatigabilité et exploration visuo-spatiale]). Face aux éléments non valides posant la question d'une majoration des troubles, ce médecin a indiqué que le tableau et la description clinique des difficultés subjectives ressenties dans le quotidien (attaques de panique, insomnies, douleurs, tremblements et hallucinations) parlaient en faveur d'une symptomatologie psychiatrique pour laquelle il ne disposait pas de diagnostic. Il recommandait le maintien de la prise en charge sur le plan psychiatrique et psychothérapeutique, et suggérait un suivi par le CMS (infirmier en psychiatrie).

Aux termes d'un avis SMR du 20 juin 2022, la Dre N._____ a retenu que l'expertise psychiatrique privée précitée était lacunaire, non conforme aux exigences de qualité et pas convaincante. Elle n'apportait pas d'éléments nouveaux, ni ne suggérait une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du T._____, mais consistait en une appréciation différente d'un même état de fait de la situation donnée par ladite expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 21 juin 2022, l'OAI a confirmé son préavis de refus de mesures professionnelles et de rente du 17 janvier 2022. Était

joint un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision du 21 juin 2022.

B. Par acte du 23 août 2022 (timbre postal), B._____, représentée par Procap, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation ainsi qu'au constat de son droit aux prestations et subsidiairement, à son annulation et à la réalisation d'une expertise judiciaire qui se détermine sur les diagnostics invalidants et non invalidants ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité en conséquence et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle a reproché à l'office intimé de s'être basé sur les conclusions de l'expertise T._____ retenant une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Ce faisant, elle a contesté la valeur probante de cette expertise pluridisciplinaire. A son avis l'experte psychiatre avait diagnostiqué une maladie psychiatrique non reconnue par la médecine suisse, européenne et internationale, reprochant au SMR de justifier de manière arbitraire un diagnostic qui n'existait plus depuis des décennies. La recourante reprochait par ailleurs à l'expert rhumatologue d'avoir exclu à tort le caractère invalidant de la fibromyalgie, ainsi qu'avec l'experte en médecine interne de ne pas avoir suffisamment analysé la corrélation entre la fibromyalgie et l'obésité, la carence en vitamine D et les symptômes dépressifs. A ses yeux, le rapport d'expertise de psychiatrie privée du Dr O._____ devait prévaloir et, si tel n'était pas le cas, ce document justifiait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, subsidiairement le renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. Pour le reste, la recourante plaidait qu'une application cohérente de l'expertise aurait dû lui ouvrir le droit à des mesures professionnelles afin de préciser quelles activités adaptées étaient exigibles de sa part ; elle précisait que son activité habituelle se situait déjà dans l'industrie, et était donc déjà simple et répétitive, mais jugée inadéquate ; elle ajoutait en outre que les activités proposées par l'intimé ne tenaient pas compte des limitations psychiques. Sur le plan économique, elle contestait l'abattement retenu dans le calcul du revenu

hypothétique d'invalidé, demandant un abattement de 25 % pour tenir compte de l'ensemble des circonstances.

Dans sa réponse du 14 novembre 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. S'en référant à l'avis SMR du 20 juin 2022, l'office intimé a relevé que le caractère probant de l'expertise T._____ n'était pas remis en question par l'expertise psychiatrique privée du Dr O._____.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente de l'assurance-invalidité.

b) Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales

(LPGA ; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1^{er} janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1^{er} janvier 2022).

En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 21 juin 2022 fait suite à une demande de prestations déposée le 21 novembre 2018, de sorte que le droit éventuel au versement de la rente

existerait dès le courant 2019. Ainsi, la Cour doit tenir compte des règles en vigueur à ce moment-là et ne pas prendre en considération le nouveau droit.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement

être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

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 (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

c) Pour 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigée de la part de la personne assurée (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).

d) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 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 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

4. En l'occurrence, l'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité, au motif que si la recourante présente une incapacité de travail dans son activité habituelle d'opératrice de production depuis le 6 juin 2018, sa capacité de travail est de 100 % dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (« *travail en alternant les positions assise et debout sans posture non ergonomique et surchargeant le rachis dans son ensemble, port de charges limité à 10 kg de manière ponctuelle et à 5 kg de manière régulière, pas de position agenouillée ou accroupie prolongée, ni d'activité sur les échafaudages ou des échelles* ») ; après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, le degré d'invalidité est de 16 %. Selon le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI,

aucune mesure ne permettrait de réduire ce degré d'invalidité. Cette décision s'appuie sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du T. _____ du 9 juillet 2021.

De son côté, la recourante conteste l'appréciation de la répercussion des atteintes à la santé sur sa capacité de travail et l'expertise pluridisciplinaire précitée, sur le volet psychiatrique en particulier, en se fondant sur l'expertise divergente du Dr O. _____.

5. a) Dans l'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie), confiée au T. _____ par l'OAI courant 2021, les experts (à savoir les Drs W. _____, spécialiste en médecine interne générale, V. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et R. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie) ont évalué la capacité de travail de l'assurée comme nulle dans l'activité habituelle depuis le 8 juin 2018 et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues en raison des discopathies lombaires étagées et des lombalgies chroniques avec syndrome de dysbalance musculaire, mais sans restrictions relevant de la médecine interne. Sur le plan psychiatrique, il est retenu des limitations fonctionnelles qui portent essentiellement sur le rapport de la personne assurée à l'effort et à ses besoins régressifs qui apparaissent prépondérants.

Dans leur « évaluation médicale interdisciplinaire avec une explication/ motivation des diagnostics actuels », les experts du T. _____ ont émis les considérations suivantes (expertise, p. 5 s.) :

“Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée souligne dans l'anamnèse qu'elle est née fille après 2 autres filles mais qu'elle était différente de ses sœurs aînées qui s'intéressaient aux sorties et aux garçons alors qu'elle-même ne vivait que pour l'école et consacrait tout son temps à l'étude (comme si elle avait été la « fille de trop ? ») aux dépens du développement de ses capacités émotionnelles et relationnelles. L'investissement scolaire semble toutefois avoir été plutôt un surinvestissement et n'a pas permis à la personne assurée de véritables résultats à long terme probablement parce qu'il ne s'inscrivait pas dans un réseau psychique équilibré et mature (la personne assurée explique qu'elle n'a pas pu faire

d'études de médecine par manque de « relations ») et relevait plutôt d'une activité cérébrale défensive (ne pas être une fille dévalorisée) sans véritable plaisir associé à la réflexion et à l'apprentissage. Elle émigre à 25 ans après s'être mariée avec un compatriote qui vivait en Suisse. Elle élève ses 3 enfants et, à l'âge de 35 ans, elle commence à travailler en usine, notamment de 2003 à 2015 pour une entreprise qui lui confère des responsabilités et la reconnaît dans sa valeur. De son côté, la personne assurée s'y consacre corps et âme (elle souligne : [...]: 66 km) et ce même malgré le fait qu'elle y subit un accident du travail qui lui casse le nez et pour lequel elle doit être opérée 3 fois, en 2010, 2012 et 2015. Ce succès contraste avec le parcours professionnel du mari qui n'a obtenu un contrat à durée indéterminée que 2 mois avant la présente expertise et teinte les succès de la personne assurée d'une nuance de compétition homme-femme au sein du couple, la personne assurée se décrivant en quelque sorte comme la cheffe de famille par rapport à un mari plus âgé et plus vulnérable professionnellement. L'accident du travail dont le traitement se prolonge sur 5 ans, puis la fermeture de l'usine si investie par la personne assurée et enfin le début de la ménopause semblent avoir contribué à la mise en crise de cette dynamique de « performance » et à faire basculer la personne assurée dans un état régressif important qui justifierait que sa famille se mette à son service et supplée à tout le travail qu'elle faisait auparavant. Les propos de la personne assurée donnent l'impression que ce qu'elle « teste » est de savoir si cela va les pousser à la « désinvestir » (comme elle paraît avoir été peu investie comme fille venant après 2 premières sœurs) alors qu'elle met les hommes de sa famille dans une position « féminine », d'abord en gagnant mieux sa vie que son mari puis en obligeant, du fait de sa « maladie » les hommes de la maison à faire le ménage. Les questionnements de la personne assurée semblent bien tourner depuis toujours autour de la question du masculin et du féminin qui se définirait moins comme une qualité que comme une performance (référentiel phallique qui s'exprime sur le mode avoir/ne pas avoir ; faire/ne pas faire). Depuis 2016, la personne assurée s'est transformée dans le contraire de ce qu'elle était avant : elle se montre très dépendante là où auparavant elle était très autonome, elle ne fait rien alors qu'avant elle faisait tout, elle teste en lien avec ses proches alors qu'avant elle se rendait indispensable et cela semble avoir permis au mari de prendre davantage de place au sein de la famille puisque, depuis très peu de temps et juste avant la retraite, il peut revendiquer d'avoir obtenu un contrat à durée indéterminée. Toujours depuis cette date, la personne assurée a commencé à présenter toute une série de somatisations (vertiges, dorsalgies) et un état psychique de plus en plus perturbé, avec l'apparition d'affects dépressifs et l'acutisation de symptômes anxieux qui étaient présents, selon l'anamnèse, depuis toujours (attaques de panique transitoires en 2003, phobie de l'avion depuis 15 ans). Les fluctuations thymiques et l'anxiété sont partie intégrante du trouble et ne nécessitent pas de diagnostic séparé. D'autres éléments compatibles avec des symptômes de type hystéro-phobiques sont les effets secondaires ressentis avec quasiment tous les psychotropes prescrits et toujours à caractère de nausées et de vomissements (y compris en ce qui concerne la gouttière pour le syndrome d'apnée du sommeil) sauf avec le Brintellix qui doit rester à des doses de 5 mg (c'est-à-dire à dose non thérapeutique) car si la dose est augmentée la personne assurée a

des palpitations. Dès lors, les médecins ont peu de marge de manœuvre avec la personne assurée qui les châtre comme elle le fait avec les hommes de sa famille (tout en expliquant que sa psychologue femme, elle, est « magnifique » et comme elle pense l'avoir subi elle-même avec sa fracture du nez).

Chez la personne assurée, un syndrome somatoforme douloureux chronique est une éventualité à envisager mais il manque pour cela certaines caractéristiques : celle de la détresse (la personne assurée semble davantage intéressée à observer les transformations de la dynamique familiale à la suite de son forfait), le contenu psychique et la coloration sexuelle des symptômes (dialectique et rivalité homme/femme), l'absence des défenses alexythymiques caractéristiques de cette symptomatologie avec un investissement relationnel préservé qui permet à la personne assurée d'avoir pu cultiver de bons liens d'abord, dans le passé, avec son employeur et actuellement avec sa psychologue. Pour ces raisons, cette expertise ne retient pas le trouble somatoforme douloureux chronique et attribue les douleurs davantage à des manifestations d'ordre dissociatif et de conversion (dimension histrionique des défenses).

Du point de vue **rhumatologique**, il a été noté un syndrome lombo-vertébral chronique avec dysbalance musculaire et discopathies dégénératives selon l'IRM lombo-sacrée effectuée le 20.06.2018. Il n'y a cependant pas d'atteinte radiculaire constatée lors du présent examen. L'existence de ce syndrome lombo-vertébral a un impact sur la capacité de travail comme opératrice, mais est tout à fait compatible avec l'exercice d'une activité adaptée. Il a également été constaté une fibromyalgie floride, une kinésiophobie importante et 4 signes de répercussion sur la capacité de travail. L'obésité et le syndrome de dysbalance musculaire favorisent la symptomatologie douloureuse lombo-vertébrale. Les cervico-brachialgies gauches avec des sensations de fourmillement au niveau du membre supérieur gauche et des sensations de fourmillement aussi au niveau des 2 membres inférieurs ne sont pas retrouvés à l'examen clinique, il sont expliqués par la fibromyalgie.

Du point de vue de la **médecine interne**, l'examen clinique de ce jour retrouve une obésité modérée avec un IMC à 30.8 kg/m² ; associé à un déconditionnement physique. L'abdomen est souple et les fosses lombaires libres et indolores à la percussion n'ont pas permis de mettre en évidence une douleur des fosses lombaires gauches en rapport avec la présence d'une atteinte rénale invalidante ceci confirmée par une fonction rénale normale. L'examen cardiovasculaire ne retrouve pas de décompensation cardio-vasculaire, les douleurs thoraciques n'ont pas été ressenties ce jour. Le Piko6 en faveur d'un syndrome obstructif léger responsable d'un emphysème débutant est à investiguer, cependant sans répercussion pulmonaire. L'examen ORL ne retrouve pas de syndrome vestibulaire périphérique et/ou central. L'examen neurologique a montré des paires crâniennes normales. L'anamnèse des céphalées n'a pas permis de préciser la localisation, l'intensité et la fréquence des céphalées. Cependant, l'examen neurologique des paires crâniennes est tout à fait rassurant et les céphalées ne font pas partie des atteintes à la santé décrites comme incapacitantes dans le dossier reçu, ce qui est en cohérence avec l'expertise de ce jour. L'examen ophtalmologique sommaire normal

a permis d'infirmier une quelconque atteinte du champ visuel éventuellement induite par le micro-adénome hypophysaire. Le score d'Epworth élevé à 15/24 confirme le diagnostic de syndrome des apnées sévères positionnelles non appareillée, CPAP non supporté par la personne assurée et aucune suite n'a été donnée quant à la réalisation de la prothèse mandibulaire. L'échelle ECOG montre un score à 0 qui indique que la personne assurée est capable d'effectuer les tâches pré-morbides. Un bilan sanguin large demandé pour la présente expertise ne retrouve aucune anomalie compatible avec une pathologie organique. Au total, l'examen interniste réalisé pour la présente expertise ne retrouve aucun diagnostic incapacitant durable au sens médico-théorique."

b) Il convient d'emblée d'observer que l'appréciation prétendument consensuelle des experts du T._____ constitue de fait une reprise littérale de divers passages des rapports établis spécifiquement par chacun des spécialistes consultés. On ne voit pas en quoi les experts auraient procédé à un véritable consilium pour parvenir à une appréciation globale de la capacité de travail de la recourante et de ses limitations fonctionnelles. Ce morcellement ne correspondant pas aux exigences d'une mission expertale dans un contexte pluridisciplinaire. L'examen desdits rapports ne permet du reste pas de pallier les défauts de l'évaluation consensuelle, ainsi qu'il sera exposé ci-dessous.

aa) Sur le plan rhumatologique (rapport d'expertise, volet rhumatologique, p. 57 s.), l'expert R._____ a posé les diagnostics incapacitants de discopathies lombaires étagées et de lombalgies chroniques avec syndrome de dysbalance musculaire. Sans incidence sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de fibromyalgie, de pieds plats pronateurs et d'obésité avec IMC de 30,4 kg/m².

L'expert décrit une assurée agitée, nerveuse et qui ne se voit pas reprendre une activité professionnelle en raison de ses limitations, mais qui répond toutefois de manière satisfaisante aux questions. Durant l'expertise, l'intéressée bouge beaucoup sur sa chaise, se lève à plusieurs reprises, a les yeux en larmes et s'exprime avec de nombreux soupirs.

Il a noté que l'assurée a développé des douleurs de surcharge au niveau lombaire bas, qui ont irradié au niveau de la colonne cervicale, entraînant des cervico-brachialgies gauches avec des sensations de

fourmillement au niveau du membre supérieur gauche et des sensations de fourmillement aussi au niveau des deux membres inférieurs. Le 20 juin 2018, une IRM lombaire a mis en évidence un début de discopathies L4-L5 et L5-S1, avec des déchirures annulaires postérieures à deux niveaux, sans hernie discale ni sténose foraminale. Elle a bénéficié, après consultation du Dr J._____, d'un traitement conservateur pour les discopathies, avec essentiellement de la physiothérapie et un traitement de mobilisation en ostéopathie.

A l'examen clinique, l'expert R._____ retrouve les troubles lombaires mentionnés mais surtout une importante fibromyalgie floride, une kinésiophobie et la présence de quatre signes de Waddell sur cinq.

Sur la base de son examen rhumatologique strictement normal ne mettant en évidence aucun signe ou critère en faveur d'un rhumatisme inflammatoire, l'expert retient un tableau de lombalgies chroniques sur dysbalance musculaire mais pas de radiculalgie irritative. Enfin, il a été constaté une obésité et des pieds plats pronateurs, sans répercussion sur la capacité de travail. Indiquant que l'obésité et le syndrome de dysbalance musculaire favorisent la symptomatologie douloureuse lombo-vertébrale, l'expert n'a pas de proposition thérapeutique si ce n'est l'apprentissage de gestes d'épargne du rachis, essentiellement par des auto-exercices, un renforcement musculaire et du gainage avec la précision que l'assurée devrait s'astreindre à une perte de poids.

En présence d'une importante divergence entre les symptômes décrits par l'assurée et son comportement en situation d'examen clinique, avec beaucoup d'éléments d'autolimitation (alors que lorsqu'elle discute avec l'expert elle bouge ses articulations sans aucune difficulté, avec des amplitudes articulaires satisfaisantes), l'expert retient une incapacité de travail dans l'activité d'opératrice depuis le mois de juin 2018, date de l'IRM lombosacrée ayant mis en évidence des discopathies dégénératives. Il estime par contre la capacité de travail de l'assurée à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (« travail alternant les positions assise et debout et en limitant le port de

charges à 10 kg de manière ponctuelle et à 5 kg de manière régulière. Elle doit éviter toute activité qui demande une position agenouillée ou accroupie prolongée, toute activité qui demande une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles ainsi que toute activité demandant une posture non ergonomique et surchargeant le rachis dans son ensemble »).

Cette expertise rhumatologique rejoint celle faite le 13 février 2019 par le Dr K._____. Cet expert avait diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur discopathies lombaires et relevé la présence de signes de Waddell ainsi que de quatre sur dix-huit points de fibromyalgie. En présence d'un examen caractérisé par de nombreux signes de surcharge fonctionnelles, il avait conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'opératrice sur la base de la description de ce poste de travail, mais entière dans une activité légère excluant les ports de charges au-delà de dix kilos de manière ponctuelle et cinq kilos de manière régulière, les mouvements du rachis en porte-à-faux et permettant l'alternance de la position assis et debout une à deux fois par heure. Il expliquait les douleurs chroniques ressenties par une diminution du seuil de tolérance dans le cadre d'une comorbidité psychologique associée chez l'assurée.

L'expert rhumatologue R._____ explique l'aggravation des symptômes constatée par le Dr Z._____ sur la base de la positivité pour les signes de Waddell et de kinésiophobie mais cela demeure sans répercussion sur la pleine capacité de travail de l'assurée dans toute activité adaptée. Il n'y a pas lieu de douter de cette analyse qui n'est du reste pas remise en cause par d'autres éléments figurant au dossier.

De son côté, la recourante ne convainc pas en reprochant à l'expert rhumatologue du T._____ d'avoir exclu la fibromyalgie des diagnostics incapacitants alors que l'expert a bien étudié ce point (cf. expertise, volet rhumatologique, p. 57).

La recourante ne peut pas non plus être suivie lorsqu'elle argue que son activité habituelle d'opératrice au service d'une entreprise de matériel médical se situait déjà dans l'industrie et donc déjà simple et répétitive. Ce faisant, elle perd de vue que la description de son travail d'opératrice qui ressort du rapport d'expertise du Dr K._____ est la suivante : « son travail est réalisé uniquement en position debout, à la chaîne, chargée d'emballer des marchandises entre 2 et 15 kg pour les placer sur des palettes pour l'expédition ». Son activité habituelle ne correspond en effet pas à une activité adaptée simple et légère telle qu'énoncée, si bien qu'il n'y a pas d'incohérence à retenir une activité adaptée dans le domaine de l'industrie légère comme par exemple le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, dans le conditionnement, ou comme aide-administrative (scannage) pour autant qu'elle respecte les limitations fonctionnelles, ce qui n'était pas le cas de la profession occupée auparavant par la recourante selon son descriptif.

bb) Sur le plan de la médecine interne (rapport d'expertise, volet de médecine interne, p. 20 s.), l'experte W._____ n'a mis en évidence aucun diagnostic incapacitant. Sans incidence sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué un syndrome obstructif léger avec emphysème débutant d'origine tabagique, une appendicectomie (environ 1983), un status post traumatisme facial avec trois opérations au niveau du nez, une obésité modérée avec IMC à 30.8 kg/m² avec déconditionnement physique, un syndrome d'apnées du sommeil de degré sévère positionnel, non appareillé, un micro-adenome hypophysaire de la partie droite de la glande avec augmentation de la prolactinémie lors d'un bilan sanguin de routine, et un nodule cortical suspect au tiers moyen du rein gauche.

Au jour de l'expertise, il est retrouvé une obésité modérée avec un IMC de 30.8 kg/m² associé à un déconditionnement physique. L'abdomen est souple et les fosses lombaires libres et indolores à la percussion n'ont pas permis de mettre en évidence une douleur des fosses lombaires gauches en rapport avec la présence d'une atteinte rénale invalidante, ceci confirmé par une fonction rénale normale. L'examen cardiovasculaire ne retrouve pas de décompensation cardio-vasculaire, les

douleurs thoraciques n'ayant pas été ressenties ce jour. Le spiromètre piko 6 en faveur d'un syndrome obstructif léger responsable d'un emphysème débutant est à investiguer, cependant sans répercussion pulmonaire. L'examen ORL ne retrouve pas de syndrome vestibulaire périphérique et/ou central. L'examen neurologique a montré des paires crâniennes normales et est donc tout à fait rassurant et les céphalées ne sont pas des atteintes décrites comme incapacitantes au dossier, ce qui est cohérent avec l'expertise. L'examen ophtalmologique sommaire normal a permis d'infirmer une quelconque atteinte du champ visuel éventuellement induite par le micro-adénome hypophysaire. Le score d'Epworth élevé (à quinze sur vingt-quatre) confirme le diagnostic de syndrome des apnées sévères positionnelles non appareillé, l'assurée ne supportant pas le CPAP (*Continuous positive airway pressure*) et n'ayant donné aucune suite quant à la réalisation de la prothèse mandibulaire. L'échelle de performance ECOG montre un score nul qui indique que l'intéressée est capable d'effectuer les tâches pré-morbides. Un bilan sanguin large demandé pour l'expertise ne retrouve aucune anomalie compatible avec une pathologie organique. Au total, l'examen interniste ne retrouve aucun diagnostic incapacitant.

L'experte de la médecine interne indique que les évaluations antérieures sont compatibles avec l'anamnèse et l'examen réalisés au jour de l'expertise. Les incapacités de travail établies ne sont pas en rapport avec les motifs de médecine interne, il n'y a donc pas de limitation fonctionnelle de ce point de vue et le pronostic est favorable, sans changement attendu. En présence d'une assurée qui a adhéré aux traitements, sauf pour le tabac et l'appareillage du syndrome des apnées du sommeil, les options thérapeutiques envisageables recommandées sont une perte de poids, un reconditionnement physique et un appareillage du syndrome des apnées du sommeil. Le Piko6 en faveur d'un syndrome obstructif léger responsable d'un emphysème débutant est à investiguer.

Devant l'absence de diagnostic incapacitant, l'experte est d'avis que la capacité de travail a toujours été de 100 % dans l'activité

habituelle et dans une activité adaptée, sauf pour l'appendicectomie et les opérations du nez où l'assurée a présenté une incapacité de travail pendant quatre semaines tout au plus.

L'appréciation de l'experte en médecine interne n'est pas remise en cause par un élément objectif médical divergeant au dossier.

De son côté, la recourante reproche à tort à l'experte en médecine interne de ne pas avoir suffisamment examiné son cas.

cc) Au niveau psychiatrique (rapport d'expertise, volet psychiatrique, p. 35 s.), l'experte V. _____ conclut à une décompensation d'un trouble mixte de la personnalité à traits hystéro-phobiques (F61.0) avec effet sur la capacité de travail.

aaa) Il reste que le diagnostic est posé après une évaluation peu explicite (cf. rapport d'expertise, volet psychiatrique, pp. 35 - 36). En particulier on ne discerne pas l'utilité du recours au référentiel phallique (qui s'exprime sur le mode avoir/ne pas avoir ; faire/ne pas faire) pour établir le diagnostic.

Quant au syndrome somatoforme douloureux chronique évoqué mais dont certaines caractéristiques font défaut pour retenir ce diagnostic, la justification avancée par l'experte est relativement succincte et ne comporte pas de véritable analyse des symptômes de cette atteinte. Selon la classification internationale des maladies (CIM-10), les troubles somatoformes sont « caractérisés par des symptômes physiques associés à des demandes d'investigation médicale, persistant malgré des bilans négatifs répétés. La présence avérée d'un trouble physique authentique ne permet pas de rendre compte de la nature ni de la gravité des symptômes du patient. Le patient s'oppose à toute hypothèse psychologique pouvant expliquer ses troubles, même quand le contexte l'évoque ou qu'il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes ».

bbb) Selon la jurisprudence, il convient d'évaluer les capacités fonctionnelles de la personne assurée à la lumière des indicateurs pertinents, dans une analyse axée sur les ressources et les déficits fonctionnels découlant d'une ou plusieurs atteintes à la santé. Dans le cadre de cette analyse, les indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel permettent de faire certaines constatations qui doivent être confrontées aux indicateurs relatifs à la cohérence.

Concernant l'évaluation de la gravité fonctionnelle de l'atteinte, elle est qualifiée de totalement incapacitante dans l'activité d'employée d'usine du point de vue psychiatrique, depuis l'arrêt du travail en juin 2018. Sur la base de l'anamnèse et de l'examen, la capacité de travail est évaluée comme ayant toujours été de 100 % ; des mesures de réadaptation sur environ neuf mois sont toutefois recommandées pour renforcer au mieux les capacités de la recourante qui présente au jour de l'expertise une grande fragilité et une faible estime de soi. L'experte psychiatre paraît peu claire, voire contradictoire dans son analyse.

En page 30 du rapport d'expertise, il est indiqué que la recourante a des rendez-vous tous les deux à trois mois avec le psychiatre (le Dr E. _____ et sa psychologue) et toutes les trois à quatre semaines avec la psychologue.

S'agissant ensuite du traitement ou de la résistance au traitement, le taux plasmatique de l'antidépresseur est largement en-dessous de la fourchette thérapeutique comme le laissait prévoir la posologie extrêmement basse (expertise, volet psychiatrique, p. 35). Le traitement n'atteste ainsi pas de l'existence d'une atteinte grave incapacitante à la santé mais semble plutôt aller dans le sens de la légèreté de la gravité de l'atteinte. L'experte psychiatre considère pourtant que l'atteinte est de gravité moyenne sans fournir de justificatif (expertise, volet psychiatrique, p. 39). Puis, elle retient que l'assurée pourrait effectuer un travail plus complexe que celui occupé par le passé qui ferait moins appel à ses ressources physiques ce qui la valoriserait (expertise, volet psychiatrique, p. 44).

De telles activités ne sont toutefois pas identifiées ou déterminables en l'état du dossier. En effet, la capacité de travail dans l'activité habituelle comme employée d'usine est nulle au motif que l'activité d'opératrice de production n'est plus adaptée (expertise, p. 9) ; l'experte psychiatre ne fournit toutefois aucune explication permettant de comprendre en quoi cette activité ne serait plus adaptée. La capacité de travail dans une activité adaptée est en revanche pleine et elle restera stable si l'assurée peut se sentir valorisée et appréciée, les limitations fonctionnelles portant essentiellement sur le rapport de la personne assurée à l'effort et à ses besoins régressifs qui paraissent prépondérants (expertise, p. 12). Ces termes restent vagues et on ne voit pas comment les traduire en limitations fonctionnelles concrètes. En page 41 de l'expertise, l'experte psychiatre mentionne une liste de limitations fonctionnelles exprimées sous l'angle du profil d'effort (adaptation aux règles et aux routines [pas de problème], planification et structuration des tâches [pas de problème], flexibilité et capacités d'adaptation [la capacité d'adaptation existe, mais au prix d'une importante fatigabilité : problème moyen], usage des compétences spécifiques [pas de problème], capacité de jugement et prise de position [pas de problème], capacité d'endurance [abaissée sur le plan psychiatrique : problème moyen], aptitude à s'affirmer [pas de problème], aptitude à établir des relations avec les autres [pas de problème], aptitude à évoluer au sein d'un groupe [pas de problème], aptitude à entretenir des relations proches [pas de problème], aptitude à des activités spontanées [non évaluable dans le cadre de la présente expertise, la personne assurée se montre très vague sur la manière dont elle passe ses journées], hygiène et soins corporels [pas de problème] et aptitude à se déplacer [problème moyen en raison du trouble anxieux, la personne assurée s'appuie sur ses accompagnants qui deviennent des objets contrephobiques]).

La capacité de travail dans une activité adaptée est qualifiée de pleine dans toute activité respectant le profil d'effort. Ces indications ne permettent pas d'identifier quelle activité serait adaptée. En outre, il y a peu de limitations fonctionnelles (à savoir, flexibilité et capacités

d'adaptation, capacité d'endurance et aptitude à se déplacer) et qui ne sont pas bien traduites en termes de restrictions dans l'exercice d'une activité professionnelle. On ne comprend du reste pas pour quels motifs médicaux l'activité habituelle n'est pas adaptée sur le plan psychiatrique. La détermination des limitations fonctionnelles n'est ainsi pas claire et l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée à son état de santé psychique défaillant n'est pas expliquée de manière convaincante.

Dans son rapport du 9 août 2021, le SMR relève que l'experte psychiatre est d'avis que des mesures de réadaptation psychiatrique auraient tout leur sens dès lors qu'elles permettraient à l'assurée d'apprendre à doser son effort (au lieu de fonctionner en tout ou rien) et à rester en contact avec son monde émotionnel et corporel lorsqu'elle travaille, ce qui lui permettrait de mieux se protéger. Pour le SMR, l'expertise permet de relever que l'assurée conserve des ressources et des aptitudes permettant d'envisager une capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles rachidiennes, du profil d'effort (douleurs, fatigabilité, diminution de l'endurance) et du besoin de régression (nécessité d'un encadrement et d'encouragement, besoin de [se] sentir valorisée et appréciée, difficultés à se déplacer seule) ; dans ce contexte, une reprise dans une activité adaptée est préconisée, de préférence progressive et avec accompagnement avec une période de réadaptation professionnelle de neuf mois. Cette interprétation ne saurait être suivie dès lors qu'elle ne résulte pas d'une analyse permettant de comprendre les conclusions de l'expertise ni de les rendre convaincantes.

De son côté, le Dr O. _____, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 9 juin 2022, émet quelques critiques sur le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire du T. _____. Son appréciation suffit à confirmer les doutes au sujet de la valeur probante de l'expertise psychiatrique du T. _____ mais ne permet pas de se prononcer sur le cas de la recourante. En page 10 de son rapport, cet expert privé concède qu'il lui est difficile de faire une analyse très

détaillée de la personnalité de l'assurée après un unique entretien psychiatrique. Il retient pour sa part les diagnostics incapacitants de neurasthénie (état de fatigue chronique ; F48.0) depuis au moins 2019, d'agoraphobie (F40.0), de phobies multiples (avion, aiguilles ; F40.2) depuis de nombreuses années, impossible à préciser la date exacte d'apparition, de syndrome douloureux somatoforme persistant (fibromyalgie ; F45.4) depuis au moins 2019, de syndrome d'apnée du sommeil de degré sévère positionnel, non appareillé, d'hypovitaminose D depuis au moins octobre 2021, de tremblement essentiel des membres supérieurs (prédominant du côté droit) depuis au moins avril 2022, et de discopathies lombaires étagées et lombalgies chroniques avec syndrome de dysbalance musculaire depuis au moins 2018. Sans incidence sur la capacité de travail, l'expert privé a posé les diagnostics de syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.25), de pieds plats pronateurs, de syndrome obstructif léger avec emphysème débutant d'origine tabagique, d'appendicectomie (environ 1983), de status post traumatisme facial avec trois opérations au niveau du nez, d'obésité modérée avec IMC à 30.8 kg/m² avec déconditionnement physique, de micro-adénome hypophysaire de la partie droite de la glande avec augmentation de la prolactinémie lors d'un bilan sanguin de routine et de nodule cortical suspect au tiers moyen du rein gauche. Ces diagnostics ne correspondent pas à celui retenu par le psychiatre traitant, le Dr E._____, à savoir, une anxiété généralisée (F41.1) existant depuis plusieurs années d'évolution défavorable. Il retient une capacité de travail nulle de l'assurée dans toute activité et de manière durable en raison des troubles somatiques et psychiatriques sévères et chroniques. Cette évaluation de la capacité de travail n'est pas suffisamment étayée en l'absence d'indication sur les limitations fonctionnelles. Puis le Dr O._____ pose en outre des diagnostics ne relevant pas de sa spécialité et retient une interdépendance entre les diverses comorbidités somatiques (syndrome douloureux chronique [fibromyalgie], apnée du sommeil, troubles cognitifs, hypovitaminose D avec des conséquences psychiatriques majeures (neurasthénie et symptomatologie anxiodépressive). L'estimation de la capacité de travail effectuée par l'expert psychiatre à côté de l'absence de toute précision sur les

restrictions fonctionnelles, prend en outre en compte des éléments non psychiatriques. Ce document privé ne peut dès lors se voir attribuer valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée ci-avant (cf. consid. 3d supra).

6. a) 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 un 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).

b) En l'espèce, il ne pouvait échapper à l'office intimé que le volet psychiatrique du rapport d'expertise pluridisciplinaire de T. _____ SA s'avérait insuffisant pour statuer sur le cas d'espèce, que les limitations fonctionnelles étaient peu claires et les diagnostics pas suffisamment étayés.

Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour procéder à une nouvelle expertise psychiatrique (au sens de l'art. 44 LPG) de la recourante.

c) Compte tenu de l'issue du litige, la question du taux d'abattement retenu dans le calcul du revenu hypothétique d'invalidité peut rester ouverte.

7. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est

soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, vu l'issue du litige.

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'200 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 21 juin 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis 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 B. _____ une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Procap (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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).

Le greffier :