

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 octobre 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Livet, juge, et M. Dagostino, assesseur
Greffière : Mme Cuérel

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Andres Perez, avocat à Genève,

et

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

Art. 6, 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. M._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère d'un enfant adulte, est au bénéfice d'une licence en économie et gestion obtenue à l'Université de [...]. Elle travaillait à 100% depuis le 11 septembre 2011 en qualité de responsable des finances/comptable auprès de la K._____ à [...], lorsqu'elle a présenté une incapacité de travail totale dès le 13 décembre 2018 en raison de ses atteintes à la santé et de problèmes au travail (litige professionnel avec de multiples procès en cours).

A l'issue d'une procédure de détection précoce, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par demande formelle déposée le 6 avril 2020, en précisant qu'elle était suivie par plusieurs spécialistes depuis 2016 dont elle produisait les rapports et arrêts de travail.

Ainsi, dans un rapport du 30 août 2017, la Prof. J._____ et C._____, respectivement cheffe de service et psychologue au service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du H._____ (ci-après : [...]), ont mis en évidence au premier plan des troubles attentionnels marqués par une importante fatigabilité intellectuelle, un ralentissement psychomoteur léger à modéré observé cliniquement, ainsi qu'à l'ensemble des tâches chronométrées et des difficultés d'attention soutenue. Elles ont également observé un défaut d'accès lexical, un déficit modéré en mémoire antérograde épisodique dans les deux modalités, ainsi qu'un fléchissement exécutif. Sur le plan strictement neuropsychologique, ces difficultés étaient de nature à diminuer le rendement de la patiente dans son activité professionnelle. Par ailleurs, au vu des résultats, la conduite automobile était actuellement contre-indiquée. Elles ont recommandé un bilan d'évolution à un an au Centre Leenaards de la Mémoire afin de se prononcer sur le caractère potentiellement évolutif des troubles observés.

Dans un rapport du 22 janvier 2019, la Dre F._____, spécialiste en ophtalmologie, a constaté que six mois après l'introduction d'un traitement de Plaquenil à 400 mg/jour, il n'y avait pas d'évidence de lésions ophtalmologiques. Une surveillance régulière était nécessaire même si le dosage était peu risqué et que la dose cumulée actuelle était faible.

Dans un rapport du 23 juillet 2019, les Drs Z._____ et T._____, respectivement médecin associé et médecin assistante au Team genou ligamentaire du H._____, ont fait état d'une atteinte dégénérative chronique de la corne postérieure du ménisque interne avec présence de kystes intra et paraméniscaux postéro-internes dans un contexte de morphotype normoaxé. La tuméfaction postéro-interne remarquée par la patiente était probablement due à ce kyste paraméniscal, pour lequel ils ne retenaient pas de sanction chirurgicale, pas plus que pour la problématique méniscale. Ils ont en outre constaté une chondropathie débutante de la crête rotulienne dans un contexte de probable dysplasie de type A, qui ne semblait pas être à l'origine des plaintes de la patiente au jour de l'examen.

Dans un rapport du 19 octobre 2019, le Dr L._____, médecin cadre hospitalier au Centre d'antalgie du H._____, a retenu des lombalgies mécaniques, des cervicalgies sur whiplash, des dysesthésies faciales sur ancienne névralgie trigéminal, ainsi que des polyarthralgies dans un contexte de maladie auto-immune en investigation. Il a préconisé un traitement infiltratif au niveau facettaire lombaire et en seconde intention au niveau facettaire cervical.

Dans un rapport du 28 novembre 2019, les Drs V._____ et B._____, respectivement médecin associée et chef de clinique adjoint à la consultation spécialisée de neuro-immunologie du H._____, ont constaté que la situation de l'intéressée était stable sur le plan neurologique, sans nouvelle symptomatologie.

Dans un rapport du 20 décembre 2019, le Dr N._____, neurologue et médecin cadre à la consultation spécialisée de la Mémoire, a observé que le bilan neuropsychologique du 2 décembre 2019 (cf. rapport du 12 décembre 2019 de la psychologue P._____) avait été réalisé dans un contexte de fatigue et de fatigabilité importante durant l'examen et qu'il retenait un dysfonctionnement exécutif et un trouble attentionnel prédominant. Le reste des fonctions cognitives en particulier instrumentales et mnésiques était en revanche préservé. Ecartant un processus neurodégénératif incident, il a conclu que la conjonction de la pathologie inflammatoire chronique, de la douleur chronique en lien avec la fibromyalgie et des retentissements psychologiques pouvaient expliquer cette symptomatologie authentique, significative mais aspécifique.

Dans ses rapports des 7 février 2018, 9 octobre 2019 et 29 janvier 2020, le Dr X._____, médecin adjoint à la Consultation d'immunologie et allergie d'Y._____, a rappelé que l'assurée était suivie en consultation d'immunologie du H._____ depuis 2018 en raison d'une suspicion de syndrome de Sjögren avec lésion inflammatoire du noyau du trigéminal gauche diagnostiqué en mars 2016, fatigue chronique, polyarthralgies et syndrome sec subjectif. La biopsie des glandes salivaires accessoires effectuée en juin 2017 avait retrouvé une légère fibrose interstitielle et signes d'atrophie associés à un léger infiltrat inflammatoire lymphocytaire, sans formation de focus, classifié Grade 1 selon Chisholm et Mason et le bilan auto-immun n'avait pas retrouvé d'auto-anticorps spécifiques (anti-SSA et SSB négatifs, complément non consommé, absence d'hypergammaglobulinémie et facteur rhumatoïde négatif). Un traitement de Plaquenil 400 mg 1x/j avait été introduit en juin 2018 et était bien toléré, le praticien qualifiant en outre l'évolution de stationnaire.

Dans un rapport du 31 janvier 2020, la Dre G._____, cheffe de clinique adjointe au service de rhumatologie du H._____, a retenu les diagnostics suivants :

« **Diagnostics :**

- Syndrome douloureux chronique.
- Tendinopathies achilléennes avec bursite rétro-calcanéenne à gauche.
- Suspicion de syndrome de Sjögren avec atteinte neurologique, fatigue et syndrome sec subjectif :
 - o Hypoesthésie hémifaciale gauche avec dysesthésies et symptômes névritiques sur lésion inflammatoire du noyau trigéminal gauche mars 2016 (IRM).
 - o Test de Schirmer dans la norme.
 - o BGSA 08.06.2017 : glande salivaire avec légère fibrose interstitielle et signes d'atrophie associés à un léger infiltrat inflammatoire lymphocytaire sans formation de focus. Grade 1 selon Chisholm et Mason.
 - o ANA 1I80 moucheté, anti-nucléoprotéines négatifs, complément non consommé, dépistage de la maladie de cœliaque négatif.
 - o Traitement : Plaquenil 400 mg 1 x par jour depuis fin juin 2018.
- Thyroïdite de Hashimoto avec substitution thyroïdienne depuis le 22.06.2006.

Antécédents :

- Hémisynndrome brachio-crural sensitif gauche subjectif sans substrat organique.
- Discopathie cervicale avec une hernie médiane et foraminale au niveau L4-L5 à gauche avec conflit de la racine L4 à gauche sans déficit neurologique.
- Hypervitaminose B12.
- Ancien tabagisme à 5 UPA.
- Tuberculose latente non traitée (refusé par la patiente).
- Troubles anxieux sans précision.
- Etat dépressif.
- Traumatisme crânien en 2013. »

A l'examen clinique, la Dre G._____ n'a pas constaté la présence de synovite, mais un seuil douloureux abaissé, caractérisé notamment par des douleurs palpatoires diffuses. Elle a indiqué qu'une partie des plaintes s'inscrivait dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique, sans élément actuel en faveur d'une atteinte articulaire inflammatoire dans le cadre du syndrome de Sjögren visant à privilégier une prise en charge non-pharmacologique. Dans ce sens, elle a préconisé de la physiothérapie douce, voir des séances en piscine, du Tai-chi et du Pilates.

Dans un rapport du 14 mai 2020 à l'OAI, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne, a retenu les diagnostics de syndrome de Sjögren, de syndrome douloureux chronique et de dysfonctionnement

exécutif et attentionnel, mais ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de sa patiente.

Dans un rapport médical du 15 mai 2020 à l'OAI, la Dre R._____ du Service d'immunologie et allergie du H._____, a estimé que les diagnostics de suspicion de syndrome de Sjögren, de syndrome douloureux chronique et de troubles cognitifs significatifs avaient des répercussions sur la capacité de travail de la patiente, ajoutant que les diagnostics de thyroïdie de Hashimoto et de tuberculose latente n'avaient aucune influence. Elle a évalué la capacité de travail de l'assurée à 20% au maximum pour l'instant.

L'assurée a complété le 9 juin 2020 le formulaire 531bis en indiquant que son taux d'activité était de 100%, taux qui correspondait à son activité auprès de la K._____.

Dans un rapport du 16 juin 2020 à l'OAI, le Dr N._____ a précisé qu'il avait attesté une incapacité de travail de 50% en raison de troubles cognitifs et psychologiques.

L'assurée a repris son activité professionnelle à 100% dès le 7 mai 2020 en télétravail, mais a à nouveau présenté une incapacité de travail totale dès le 3 août 2020, soit après une hospitalisation d'une journée au H._____ pour hémorragie punctiforme de la portion postérieure de la couronne radiaire gauche avec discrète hyper-intensité FLAIR près de la portion latérale du tronc cérébral, à la hauteur du pédoncule cérébelleux moyen, en regard du départ du nerf trijumeau gauche, ceci, possiblement en rapport avec sa lésion inflammatoire connue.

Dans un rapport du 7 septembre 2020, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a précisé que l'assurée était prise en charge dans son cabinet depuis le 14 février 2019. Cette prise en charge était médico-psychologique, avec un suivi par U._____, psychologue-psychothérapeute FSP, travaillant dans son cabinet. Il a

rappelé que l'intéressée avait présenté des périodes d'incapacité de travail à des taux variables entre 2016 et le 12 décembre 2018, puis une incapacité de travail à 100% du 13 décembre 2018 au 6 mai 2019 [recte : 2020], puis dès le 3 août 2020, mentionnant que le pronostic était très réservé. Il a observé un contexte professionnel délétère pour son état de santé psychique et physique, depuis mi 2018, ce qui a aggravé, courant 2019, les problèmes anxio-dépressifs, neuropsychologiques, les douleurs et inflammations musculo-articulaires qui préexistaient et qui résultaient très probablement d'une interaction entre les maladies auto-immunes, le traumatisme crânien avec perte de connaissance brève et le coup du lapin (whiplash). Sur la base des examens pratiqués, il a retenu les éléments suivants [sic] :

« Troubles attentionnels, cognitifs (dysfonctionnement des fonctions exécutives) et mnésiques qui sont très importants, très grande fatigabilité particulièrement invalidante qui ne lui permet pas de rester longtemps sur une tâche ou d'effectuer des tâches complexes qui demandent de la concentration et/ou de la réflexion, ou de performer en multitâche. Tristesse liée à sa situation et au fait qu'elle ne peut plus exercer son métier qu'elle aimait beaucoup ; sentiment d'inutilité et d'échec car a fait beaucoup de sacrifices pour reprendre ses études à 40 ans en réussissant une licence en économie et gestion (avec mention bien) ; grand manque d'énergie, anxiété qui varie de modérée à sévère selon son état psychique ou ce qu'elle vit et pleures. Diminution ou perte de plaisir à faire des activités ou des tâches qu'elle aimait auparavant. Douleurs permanentes qui sont particulièrement intense[s] lorsqu'elle ne bouge pas (la nuit quand elle dort ; en position assise longue ou en position debout longue). Elle doit changer de position fréquemment. Réveils environ toutes les heures (sans prise d'antidouleur) et toutes les nuits. Si elle prend plusieurs antidouleurs le soir, elle peut dormir 3 heures d'affilée, mais pas plus. Les antidouleurs génèrent des brûlures d'estomac et un reflux gastro-œsophagien (ROG). Les antiinflammatoires sont inefficaces pour ses douleurs. Fatiguée, rigide sur le plan musculo-articulaire le matin au réveil, elle présente également des vertiges. Elle a l'impression de ne jamais être reposée ».

Par communication du 9 septembre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, dès lors que son état de santé actuel ne lui permettait pas d'envisager suivre une mesure dans le cadre d'une réadaptation socioprofessionnelle.

Dans un rapport du 30 décembre 2020, la Dre Q._____, médecin assistante à la Consultation d'immunologie et allergie du H._____, a attesté que la patiente souffrait d'un syndrome de Sjögren avec biopsie des glandes salivaires accessoires positive le 14 décembre 2020, atteinte neurologique, fatigue ainsi qu'un syndrome sec oculaire (test de Schirmer par la Dre F._____ le 16 novembre 2020 positif : 5 mm œil gauche et 2 mm œil droit) et buccal (sialométrie du 20 novembre 2020 : 1.05 g en 5 minutes).

Dans un rapport du 20 janvier 2021 adressé à l'employeur de l'assurée, la Dre S._____, spécialiste en médecine du travail, a estimé que l'incapacité de travail de l'intéressée était de 100% actuellement et durablement. L'essai de reprise d'activité de mai 2020 à août 2020 s'était soldé par un échec.

Par avis du 16 août 2021, le X1._____ de l'AI (ci-après : le [...]) a constaté que l'assurée présentait une symptomatologie douloureuse chronique, de la fatigue et des difficultés cognitives totalement incapacitantes, mais dont l'origine n'était pas claire malgré de multiples rapports de spécialistes. Il a dès lors préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique, rhumatologique et de médecine interne), la nécessité d'un nouveau bilan neuropsychique étant laissée à l'appréciation des experts psychiatre et neurologue.

Par communications des 24 août 2021 et 18 janvier 2022, l'OAI a informé l'assurée par son conseil, Me Andres Perez, avocat, qu'il estimait nécessaire de procéder à une expertise pluridisciplinaire, laquelle serait effectuée à la X2._____ (ci-après : la [...]) à [...].

Dans leur rapport du 7 mars 2022, les Drs X3._____, spécialiste en médecine interne et générale et en rhumatologie, X4._____, spécialiste en médecine interne et générale et en rhumatologie, X5._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et E._____, spécialiste en neurologie, ainsi que I._____, logopédiste et

psychologue, spécialiste en neuropsychologie, ont retenu que les diagnostics de syndrome de Sjögren primaire et de trouble somatoforme indifférencié avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, à savoir une diminution de rendement de 30% dans toutes activités depuis le 3 août 2020 en raison des limitations fonctionnelles, soit la fatigue et les douleurs, une diminution de l'endurance, ainsi qu'une faible résistance au stress.

Dans un rapport d'examen du 21 avril 2022, le X1._____ a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise précité.

Par projet de décision du 25 avril 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser tout droit à des prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité). Il a retenu qu'elle présentait une incapacité de travail pour des raisons de santé, sans interruption notable, depuis le 3 août 2020, date qui correspondait au début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI. A l'échéance du délai en question, soit le 3 août 2021, et après consultation de son dossier, l'OAI a constaté que sa capacité de travail était de 70% dans toute activité, soit un degré d'invalidité de 30%. Or, un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Enfin, aucune mesure de réadaptation n'était susceptible de réduire le préjudice économique.

L'assurée, par son conseil, s'est opposée au projet de décision précité, contestant pour l'essentiel la valeur probante du rapport d'expertise du 7 mars 2022, plus particulièrement les volets psychiatrique et neuropsychologique. Elle a requis une expertise complémentaire dans ces deux domaines et sa mise en œuvre auprès d'un expert indépendant.

L'intéressée a produit un rapport médical du 7 juin 2022 du Dr W._____ et de la psychologue U._____, qui ont confirmé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement sévère. Ils ont en outre fait état d'une aggravation récente de l'état de santé de l'assurée due au programme intensif d'expertise sur quatre jours lequel s'est avéré

peu compatible avec ses atteintes cognitives, ainsi qu'au décès brutal de son époux le 6 mars 2022, ce qui risquait de conduire à un épuisement irréversible et/ou à des états inflammatoires systémiques de stress. Ils ont dès lors préconisé qu'une aide à domicile soit rapidement mise en place pour la gestion du quotidien et qu'une demande de rente AI soit acceptée à 100%.

Par avis médical du 19 juillet 2022, le X1._____ a estimé qu'il convenait de solliciter des informations complémentaires auprès du psychiatre traitant.

Par courrier du 31 janvier 2023, le Dr W._____ a répondu au questionnaire de l'OAI du 2 septembre 2022.

Par avis médical du 13 mars 2023, le X1._____ a estimé qu'il n'y avait pas d'élément objectif susceptible de modifier sa position du 21 avril 2022.

Par décision du 16 mai 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, confirmant son projet de décision du 25 avril 2022, la motivation figurant dans un courrier séparé daté du même jour.

B. Par acte du 19 juin 2023, M._____, toujours représentée par Me Perez, a interjeté un recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité dont le taux reste à déterminer, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a, par ailleurs, requis que son cas soit soumis « à un médecin neutre » et au besoin, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Elle a contesté, pour l'essentiel, la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 7 mars 2022, plus particulièrement ses volets psychiatrique, neuropsychologique et rhumatologique. Se référant aux différents rapports médicaux de ses médecins traitants, elle a fait valoir que les experts ne pouvaient écarter les diagnostics de trouble

anxieux et dépressif mixte, ainsi que de troubles attentionnels et de ralentissement moteur. Elle a en outre critiqué l'évaluation de sa capacité de travail en lien avec le syndrome de Sjögren et s'est référée à un arrêt genevois (ATAS/970/2022) dans lequel la X2._____ avait estimé que ce syndrome pouvait entraîner une incapacité de travail de 50% dans une activité dans le domaine de l'informatique. Elle déplore enfin l'absence d'analyse de la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux. La recourante a enfin déposé un lot de 13 pièces sous bordereau figurant déjà au dossier.

Dans sa réponse du 24 août 2023, se référant à l'avis médical du X1._____ du 15 août 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant le caractère probant de l'expertise et l'absence d'élément produit par la recourante permettant de la remettre en cause.

Dans sa réplique du 23 octobre 2023, la recourante a persisté dans sa position et confirmé les conclusions de son recours.

Dans son écriture du 15 novembre 2023, l'intimé a confirmé les conclusions de sa réponse.

C. La magistrate soussignée a repris l'instruction de la présente cause en 2025.

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). 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 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 recourante à une rente de l'assurance-invalidité en lien avec sa demande de prestations AI déposée le 6 avril 2020, plus particulièrement sur sa capacité de travail.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'occurrence, le début du délai de carence d'une année a été fixé par l'intimé à août 2020, l'échéance de ce délai étant fixé à août 2021. Compte tenu du dépôt de la demande de prestations auprès de l'OAI en avril 2020, l'éventuel droit à la rente a pris naissance au plus tôt le 1^{er} août 2021. Les faits déterminants étant antérieurs au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit est applicable.

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.

b) 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). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

4. a) 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 ; 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 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 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour

remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

e) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes 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 ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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).

5. a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 7 mars 2022, a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail de 70% dans toute activité, conduisant à un degré d'invalidité de 30% qui n'ouvrait pas de droit à une rente.

Quant à la recourante, elle remet en cause le bien-fondé de cette appréciation, plus particulièrement la valeur probante de l'expertise sur les plans rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique, contestant avoir retrouvé une quelconque capacité de travail.

b) aa) A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise pluridisciplinaire remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les expertises sur les plans rhumatologique, neurologique, psychiatrique et neuropsychologique ont en effet été réalisées par des spécialistes reconnus, indépendants des parties, dans leurs domaines respectifs. Les experts ont retracé le contexte médical de la recourante en résumant et

synthétisant les documents médicaux figurant au dossier depuis 2013 (rapport d'expertise pluridisciplinaire, évaluation consensuelle, p. 3 à 12, rapport d'expertise psychiatrique, p. 2 à 7, rapport d'expertise neurologique, p. 2 à 5, rapport d'expertise neuropsychologique, p. 2 à 4 et rapport d'expertise rhumatologique, p. 2 et 3). En outre, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'un examen circonstancié par les experts spécialistes, l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier et se fonde sur des examens cliniques menés par chaque expert dans son domaine et complétés notamment par un entretien avec la psychologue traitante et un ENMG du 24 février 2022, lesquels se sont déroulés lors d'un séjour de l'intéressée à la X2. _____ du 22 au 24 février 2022. Les experts ont également consigné les plaintes de l'expertisée et établi une anamnèse complète sur les plans personnel, professionnel, médical et social. Les différents avis médicaux ont été discutés par les experts, ces derniers examinant en outre les ressources, les difficultés de l'intéressée, et évaluant la cohérence et la plausibilité. Tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions médicales sont le fruit d'une analyse pluridisciplinaire réalisée par l'ensemble des experts et sont bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

bb) Sur le plan matériel, les experts ont posé chaque diagnostic de manière motivée et détaillée, en se référant, pour certains d'entre eux, à un système de classification reconnu, à savoir à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Ils ont examiné et discuté en détail les diagnostics retenus, tant sur le plan somatique que psychiatrique, respectivement neuropsychologique, et ont exposé les motifs pour lesquels le caractère incapacitant de ces atteintes n'a pas été retenu, contrairement à l'avis de certains médecins consultés. Pour apprécier l'effet incapacitant des diagnostics, ils ont appliqué les indicateurs jurisprudentiels pertinents (cf. supra consid. 4e), avant de se prononcer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, laquelle a été qualifiée d'adaptée.

cc) Dans son rapport d'expertise rhumatologique du 21 février 2025, l'experte X4._____ a décrit les atteintes à la santé présentées par l'assurée depuis 2013 lorsqu'elle a subi un traumatisme cervical indirect. Elle a alors développé des cervicalgies chroniques s'accompagnant de névralgies et ayant justifié à l'époque des infiltrations locales finalement jugées peu efficaces. Au fil des années, les douleurs ont persisté, puis se sont brutalement aggravées en 2016, au moment de son hospitalisation dans le service de neurologie, pour un épisode que l'assurée qualifie de « paralysie ». En 2018, un syndrome de Sjögren est suspecté, avec une première biopsie des glandes salivaires accessoires douteuse, puis franchement pathologique en décembre 2020, démontrant un grade 4 de Chisolm et Mason en présence d'un syndrome sec oculaire et buccal et d'une possible atteinte articulaire avec fatigue chronique. Pour l'heure, aucun autre traitement de la maladie auto-immune n'a été initié. La prise du Plaquenil a amélioré les douleurs uniquement de 20% selon l'assurée. Elle a décrit une fatigue chronique invalidante, un syndrome sec buccal, oculaire mais également cutané et gynécologique, des aphtes récurrents, des épisodes de parotidomégalie, ainsi qu'une possible photosensibilité. Un essai de reprise professionnelle en mai 2020 s'est soldé par un échec. Aucune mesure professionnelle n'a été entreprise à ce jour. Globalement l'assurée s'est montrée collaborante et authentique durant l'évaluation. S'agissant de la cohérence et de la plausibilité, l'experte a estimé que l'intensité des plaintes douloureuses contrastait avec un examen clinique relativement pauvre, et l'attitude de l'assurée qui ne paraissait pas très souffrante durant l'entretien, relevant au demeurant des signes de Waddell pas significatifs, des points de fibromyalgie au niveau des coudes et du rachis. L'experte a retenu de façon incontestable un syndrome de Sjögren primaire (M35.0), qui ne pouvait toutefois expliquer entièrement l'état douloureux chronique diffus (R52.2), préconisant dès lors une évaluation neurologique pouvant établir l'existence ou non d'une atteinte cérébrale en lien avec le syndrome de Sjögren. L'experte X4._____ a conclu, d'un point de vue strictement rhumatologique, à une diminution de rendement de 30% au maximum dans son activité de comptable,

respectivement dans toute activité, consécutive à la fatigue et aux douleurs liées au syndrome de Sjögren.

dd) Sur le plan neurologique, l'expert E._____ a relevé que le tableau neurologique avait débuté en 2016 par un tableau d'hémisyndrome brachio-crural sensitif gauche s'associant une hypoesthésie hémifaciale gauche bilatérale au H._____. L'atteinte au niveau facial a été mise en lien avec une neuropathie du nerf trijumeau gauche confirmée par l'IRM initiale, avec la persistance d'anomalies de signal du nerf trijumeau, sans modifications, au niveau des différentes IRM de suivi réalisées. Il n'a pas été retrouvé de cause organique à l'hémisyndrome brachio-crural sensitif gauche que la patiente présentait, et une origine fonctionnelle, c'est-à-dire sans substrat organique, a été évoquée. En effet, l'IRM cérébrale et médullaire ainsi que les différents examens biologiques réalisés, et notamment l'analyse du liquide céphalo-rachidien, ont permis d'exclure une atteinte neurologique. Le tableau évolue depuis sur un mode chronique associant en plus de ses symptômes neurologiques, la présence d'une fatigue chronique et d'un tableau de douleurs diffuses incluant l'extrémité céphalique. Le premier ENMG réalisé le 17 août 2020 par le Prof. X6._____, médecin chef au Service de neurologie du H._____, s'est avéré normal, sans argument pour une atteinte du système nerveux périphérique. Lors de l'IRM du 1^{er} novembre 2021, il a été mis en évidence un aspect de *microbleed* pariétal gauche, sans caractère évolutif et sans caractère spécifique ni répercussion clinique. Dans ce contexte, l'expert E._____ a mis en œuvre un ENMG le 24 février 2022 afin d'écartier une atteinte du système nerveux périphérique en lien avec le syndrome de Sjögren, hypothèse également avancée par l'experte X4._____. Cet examen s'est avéré normal et a permis d'exclure une polyneuropathie notamment sensitive ou de ganglionopathie. Au vu de l'ensemble de ces données, l'expert E._____ a uniquement objectivé une atteinte du nerf trijumeau gauche et a conclu à l'absence d'argument clinique, électrophysiologique ou radiologique pour rapporter à une cause neurologique l'ensemble des autres symptômes décrits par l'assurée. En définitive, l'atteinte isolée du nerf trijumeau

gauche n'entraînait pas d'altération des capacités fonctionnelles de l'assurée et ne limitait donc pas sa capacité de travail.

ee) Sous l'angle psychiatrique, l'experte X5. _____ a retenu un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Elle a exposé que l'expertisée présentait des plaintes somatiques multiples et variables depuis au moins six mois dont l'ampleur ne pouvait pas être expliquée par un syndrome de Sjögren primaire. Elle présentait notamment une fatigue chronique, des troubles mnésiques et de la concentration, des cervicalgies, des lombalgies basses, ainsi que des douleurs en lien avec des crampes dans les jambes. Ces symptômes étaient à l'origine d'un sentiment persistant de détresse ayant motivé des consultations répétées entre 2016 et 2020, l'expertisée imputant à sa maladie auto-immune (Sjögren) l'ensemble de ses symptômes. Dès lors, l'assurée refusait d'accepter la composante psychogène des douleurs et des troubles cognitifs mise en exergue par les professionnels de santé, ce qui poussait ses médecins à multiplier les investigations rhumatologiques, neurologiques et neuropsychologiques depuis 2016. L'experte a en outre mentionné que, malgré une incapacité de travail totale attestée par le psychiatre traitant pour les limitations fonctionnelles liées aux troubles cognitifs et pour un trouble anxiodépressif, aucun traitement antidépresseur n'était en cours. La médication psychotrope comportait du Circadin (mélatonine) et du Redormin, traitement à base de plantes pour des troubles du sommeil chroniques. Les troubles du sommeil s'étaient améliorés depuis la prise de gouttes de CBD que l'assurée se procurait à un prix plus bas par le biais de l'Association des patients souffrant de la maladie de Sjögren. Par ailleurs, les facteurs psychosociaux parmi lesquels les enjeux socio-financiers auxquels l'assurée était confrontée pouvaient influencer négativement le vécu douloureux, l'experte évoquant l'interruption du versement du salaire depuis décembre 2021, et le conflit judiciaire l'opposant à son dernier employeur. L'experte a relevé des incohérences, notamment s'agissant de la prise en compte d'un diagnostic de trouble anxiodépressif depuis 2020 qui justifierait une incapacité totale de travail. Or, les réponses de l'assurée par rapport à l'évolution du tableau psychiatrique étaient vagues et laissaient penser qu'il restait

plutôt stationnaire, alors qu'à l'heure actuelle l'experte ne disposait pas de suffisamment de critères en faveur d'un épisode dépressif pouvant rendre compte des limitations retenues. Enfin, malgré une bonne compliance au traitement psychothérapeutique, aucun traitement antidépresseur n'avait été pris de manière régulière ou suffisamment longtemps pour espérer une amélioration des douleurs ou de la fatigabilité attribuées à un tableau anxiodépressif. Au vu de ces éléments, l'experte a estimé que le pronostic était réservé. Elle a conclu à une incapacité de travail de 20% par rapport à un temps plein dans l'activité de comptable-responsable administrative. En effet, les limitations retenues étaient liées à la fatigue chronique entraînant une endurance limitée à 1,5 heure sans pause ainsi qu'à une faible résistance au stress et ce, depuis le 3 août 2020 et pour toute activité. Selon l'experte, l'activité antérieure restait toutefois adaptée aux limitations de l'assurée, étant donné ses horaires réguliers et son caractère plutôt ritualisant. L'experte n'a pas préconisé d'autre activité qui serait mieux adaptée d'un point de vue psychiatrique.

ff) Quant au rapport de bilan neuropsychologique, la neuropsychologue I. _____ a tout d'abord rappelé que l'assurée avait bénéficié de quatre évaluations neuropsychologiques, soit en 2017, 2018, 2019 et en décembre 2021. Lors du premier bilan, des déficits attentionnels peu spécifiques avaient été mis en évidence au premier plan (fatigabilité, ralentissement, attention soutenue limitée). S'y ajoutaient un défaut d'accès lexical, des difficultés mnésiques et exécutives. Sur la base de ces résultats, la conduite automobile était contre-indiquée et le restera par la suite. Les trois évaluations ultérieures ont conclu à des performances globalement stables, avec néanmoins des fluctuations. En 2019, une nette aggravation du langage (accès aux mots) a été rapportée alors que le calcul était amélioré. Dans le rapport neuropsychologique de janvier 2022 (évaluation effectuée en décembre 2021), les fluctuations rapportées en regard des performances mesurées en 2019 étaient nombreuses : incitation verbale aggravée, atteinte nouvelle de la mémoire de travail, réémergence des difficultés de calcul oral, régression du

fléchissement praxique et du défaut de programmation grapho-motrice et d'inhibition, amélioration des performances en mémoire épisodique et en attention divisée, mise en évidence de difficultés de coordination gestuelle. Le profil cognitif mesuré était mis en lien avec une souffrance fronto-souscorticale dont l'origine est jugée multi-factorielle, sans argument en faveur d'une étiologie neurodégénérative surajoutée. La neuropsychologue I._____ a constaté que lors de l'évaluation de décembre 2019, les mesures de validation de performances utilisées étaient insuffisantes et l'analyse des résultats bruts révélaient des incohérences. L'experte neuropsychologue a cité comme exemple sur le plan mnésique, une incohérence inter-tâches : l'assurée ne pouvait pas répéter plus de trois chiffres dans l'ordre alors qu'elle pouvait rappeler treize mots sur quinze lors d'un rappel différé. Les nombreuses fluctuations des performances documentées en regard de l'évaluation de 2019 contrastaient avec l'impression d'une stabilité par l'assurée. S'agissant de l'examen réalisé dans le cadre du bilan neuropsychologique, I._____ a conclu que les résultats n'étaient pas valides et a décrit les incohérences observées en ces termes [sic] :

- « - intra-tâches (par ex. : scores extrêmement bas aux sous-tests de mémoire verbale objectivement faciles contrastant avec une performances dans la norme à 1 condition beaucoup plus difficile du même test)
- entre les performances très abaissées dans la plupart des domaines investigués et le fonctionnement au quotidien (par ex: lenteur et variabilité excessives des temps de réaction qui contrastent avec la conduite automobile ; performances mnésiques et exécutives sévèrement déficitaires chez une assurée qui peut utiliser les transports communs de façon autonome)
- entre le profil cognitif effondré de façon diffuse (déficits non spécifiques) et les résultats des imageries cérébrales (atteinte du nerf trijumeau gauche, aspect de *microbleed* pariétal gauche non spécifique)
- dans les résultats très insuffisants à toutes les mesures épreuves de validation de performances (ex: résultats au niveau du hasard à la présentation d'un matériel reposant sur des processus simples de reconnaissance) et au sein des mesures imbriquées qui se situent en dessous de la norme.

La neuropsychologue I._____ a en outre retenu que la majorité des indicateurs de validation de performances répertoriés (tests de validation de performances, mesures imbriquées) étaient inférieurs à la

norme. Le reste des performances mesurées (orientation, écriture, praxies constructives, mémoire à court terme visuo-spatiale) se situait globalement dans la norme. Le profil neuropsychologique mesuré n'était pas valide ; il ne reflétait pas le réel potentiel cognitif de l'assurée dans son quotidien. Le tableau était marqué par de nombreuses incohérences et devait être interprété dans le cadre d'une majoration de symptômes pour des raisons psychologiques (F68.0). L'experte n'a ainsi retenu aucun déficit neurocognitif sur la base de l'examen neuropsychologique réalisé en raison de la non-validité des résultats mesurés, ni aucune limitation fonctionnelle ou restriction de la capacité de travail d'un point de vue neuropsychologique.

gg) Enfin, dans son rapport d'examen du 21 avril 2022, le X1._____ a considéré que l'instruction du dossier, complétée par une expertise pluridisciplinaire, permettait d'admettre une incapacité de travail de 30% dans toutes activités depuis le 3 août 2020 en raison de limitations fonctionnelles (fatigue et douleurs, diminution d'endurance, faible résistance au stress) liées à un syndrome de Sjögren primaire et un trouble somatoforme indifférencié.

c) aa) Pour l'essentiel, la recourante conteste le diagnostic incapacitant retenu par l'experte psychiatre (à savoir un trouble somatoforme indifférencié ; F45.1), en faisant valoir que la Dre X5._____ aurait minimisé la tristesse et l'état dépressif dont elle souffre, respectivement que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte posé par le Dr W._____ n'aurait pas dû être écarté. Dans un rapport du 7 juin 2022, le Dr W._____ et U._____ ont fait état d'une aggravation de l'état psychique de leur patiente, soit une décompensation des symptômes anxio-dépressifs en raison du décès de son époux le 6 mars 2022. L'assurée n'arrivant plus à gérer la vie quotidienne, le psychiatre traitant a préconisé une aide à domicile et l'octroi d'une rente AI à 100%. Invité à répondre à un questionnaire de l'OAI, le Dr W._____ a pour l'essentiel exposé par courrier du 31 janvier 2023 que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis mars 2022 en raison de l'expertise elle-même, du décès de son mari et d'une infection à la COVID-19. A l'instar du

X1. _____ (avis médicaux des 13 mars et 15 août 2023), il sied de constater que le Dr W. _____ n'a pas fourni de réponses convaincantes objectives expliquant en quoi l'état de santé de l'assurée s'était modifié depuis l'expertise. Il a ainsi mentionné que sa patiente avait décompensé sous forme d'un état anxio-dépressif qui avait péjoré ses troubles neuropsychologiques. Or, aucun nouveau traitement n'a été instauré, puisque celui lié aux troubles du sommeil chronique était déjà connu de l'experte. Par ailleurs, le dernier rendez-vous auprès du psychiatre traitant remontait au 8 octobre 2019, soit antérieurement à l'expertise de la X2. _____, la psychothérapie se poursuivant uniquement sur délégation. S'agissant des facteurs psychosociaux susceptibles d'influencer négativement le vécu douloureux, soit notamment l'interruption du versement du salaire depuis décembre 2021, et le conflit judiciaire l'opposant à son dernier employeur, auxquels s'ajoute à présent un conflit successoral avec « les héritiers du premier mariage » de son époux (rapport du 7 juin 2022 du Dr W. _____, ch. 10), il convient de rappeler que, dans la mesure où il a pour objet la question de l'invalidité, le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Le contexte social est uniquement analysé en tant qu'indicateur dans l'examen de la capacité de travail résultant des atteintes psychiques diagnostiquées, la jurisprudence ayant précisé à cet égard, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté et, d'autre part, que des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, tel le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). En l'occurrence, il y a lieu de constater que l'experte psychiatre de la X2. _____ a évoqué chez l'assurée un sentiment de détresse, mais qui était secondaire à ses préoccupations liées à la dégradation de son niveau socio-financier, surtout depuis 2021. L'experte a ainsi fait abstraction des éléments étrangers à l'invalidité et a dûment motivé les raisons pour lesquelles elle s'écartait des conclusions des psychothérapeutes de la

recourante, le conflit successoral survenu postérieurement à l'expertise ne pouvant pas être appréhendé de façon différente.

Quant à la manière dont l'experte a apprécié les effets du trouble somatoforme douloureux indifférencié, confirmés par le X1._____, elle ne prête pas flanc à la critique. Le rapport de la Dre X5._____ repose sur des examens psychiatriques complets, dont une analyse des aptitudes de la recourante à l'aune de la Mini CIF-APP, et a été établi en pleine connaissance du dossier, y compris des différents rapports du psychiatre traitant, ainsi qu'un entretien avec la psychologue traitante le 7 mars 2022 (soit postérieurement au décès de l'époux de l'assurée) qui a fait l'objet d'un résumé figurant dans son rapport. A cet égard, le fait que la recourante soit capable de s'adapter aux règles et routines, de structurer et planifier des tâches, de faire preuve de flexibilité et d'adaptabilité, de mener une vie familiale et sociale sans entrave, d'intégrer des groupes de méditation ou de développement personnel de manière régulière, d'investir des activités occupationnelles ainsi que de s'adapter à une durée de l'examen psychiatrique plus longue que prévue initialement, ayant pu avertir sa famille de son arrivée différée à la gare de [...], constituent des indices en défaveur d'une incapacité totale de travail. L'experte a également mentionné que le parcours personnel de l'assurée prouvait qu'elle dispose d'excellentes ressources relationnelles ayant permis de construire une vie familiale stable et épanouie et de maintenir des relations régulières avec sa famille d'origine au [...]. Elle présente également de bonnes capacités d'adaptation qui lui ont permis de maintenir une vie sociale enrichissante et adaptée à ses problèmes de santé. On peut relever que, malgré les restrictions dans les contacts sociaux imposés par la pandémie, elle a su maintenir un cercle d'amis proches, investir dans le même temps un groupe associatif et développer des relations amicales avec les participants d'un groupe de médiation. À côté de tout cela, elle arrive encore à s'adonner à quelques loisirs comme le dessin, les mandalas, le jardinage et les promenades qui apportent un bien-être. Il sied également de rappeler que, malgré la contraindication à la conduite automobile motivée par le déficit attentionnel et exécutif retenu en 2017 dans le service de neuropsychologie du H._____, l'assurée a

poursuivi la conduite automobile sur de courtes distances, pour dépanner des proches ou dans des situations exceptionnelles. S'agissant des griefs à l'encontre du bilan neuropsychologique de la neuropsychologue I._____, ils ne permettent pas de remettre en cause les incohérences factuelles observées et décrites par la neuropsychologue précitée, dont le rapport emporte la conviction de la Cour de céans. A cet égard, dans leur évaluation consensuelle, les experts ont conclu à l'absence de trouble cognitif objectivé sans toutefois évoquer une éventuelle majoration de symptômes pour des raisons psychologiques (F68.0) – hypothèse émise par la neuropsychologue et non par l'experte psychiatre –, mais ont clairement fait part de réserves liées à la réelle participation de l'intéressée au bilan neuropsychologique.

Les rapports du psychiatre traitant ne sont ainsi pas propres à remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou à en établir le caractère incomplet, notamment quant aux limitations fonctionnelles retenues ou à la capacité de travail de la recourante. S'agissant plus particulièrement de l'évaluation de la capacité de travail, elle n'est aucunement étayée et ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de fait, étant rappelé que le rapport de confiance qui lie les médecins traitants à leur patient les place dans une position délicate pour constater des faits sur le plan asséculoologique.

bb) Sur le plan somatique, deux jours après l'expertise, la recourante a présenté une atteinte nerveuse à une dent, un œdème de l'hémiface du côté homolatéral et un gonflement des mains, lesquels ne permettent nullement de conclure à une aggravation de longue durée, ce d'autant plus que la recourante n'a produit aucun rapport médical à cet égard. L'assurée a en outre critiqué l'évaluation de sa capacité de travail en lien avec le syndrome de Sjögren et s'est prévalué d'un arrêt genevois (ATAS/970/2022) en affirmant que dans le cas précité, la X2._____ avait estimé que ce syndrome pouvait entraîner une incapacité de travail de 50% dans une activité dans le domaine de l'informatique. Il convient de constater que l'évaluation de la capacité de travail dans le cas genevois ne saurait être transposée au cas d'espèce, dès lors qu'outre de multiples

pathologies somatiques et psychiques, l'assuré genevois présentait de la fatigue et des douleurs articulaires objectivables et donc incapacitantes liées au syndrome de Sjögren, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

cc) Quant aux difficultés évoquées dans la tenue du ménage à la suite du décès de son époux, elles ne sont pas nouvelles, dès lors que ce dernier y participait de manière importante. A cet égard, le psychiatre traitant a précisé que sa patiente disposait d'une femme de ménage et de l'aide de son fils, âgé de 26 ans, habitant le même appartement (rapport du 31 janvier 2023 du Dr W._____, ch. 10 et rapport d'expertise du 7 mars 2022, p. 14). Il incombe ainsi à ce dernier de s'organiser afin de décharger la recourante des travaux ménagers qu'elle ne peut plus accomplir ou n'effectuer qu'avec difficultés, la jurisprudence ne posant pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (TF 8C_748/2019 du 7 janvier 2020 consid. 6.6 ; 9C_716/2012 du 11 avril 2013 consid. 4.4).

dd) En définitive, il convient de constater que, en l'absence d'appréciation médicale propre à susciter le doute quant au bien-fondé de l'expertise de la X2._____, c'est à juste titre que l'office intimé a nié le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, compte tenu d'une capacité de travail de 70% en raison d'une diminution de rendement de l'ordre de 30% au maximum dans son activité de comptable, intégrant les limitations à la fois mentale et physique. En effet, un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Enfin, aucune mesure de réadaptation n'était susceptible de réduire le préjudice économique.

7. Vu ce qui précède, l'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations précitées, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée de la pertinence des preuves : ATF 145 I 167

consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

8. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances 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 la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 mai 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de M._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Andres Perez (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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).

La greffière :