

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 avril 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Silva et M. Perreten, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 6s., 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], droitière, sans formation, a travaillé en dernier lieu au taux de 80 % en qualité de caissière. Elle a présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail à compter de 2016, puis une incapacité de travail ininterrompue à compter du 10 décembre 2018. Le 11 mai 2019, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes (mesures professionnelles/rente) en indiquant quant au genre de l'atteinte « 1. Dépression/2. Douleurs au bras gauche » auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 2 juillet 2019, la Dre F._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de douleur du membre supérieur gauche d'étiologie indéterminée (depuis avril 2016), d'obésité morbide avec BMI [Body Mass Index] à 41, de bursite sous-acromio-deltoïdienne infiltrée en juillet 2018 et de syndrome inflammatoire d'étiologie indéterminée, suspect d'être en lien avec le NASH ([stéatose hépatique non alcoolique aussi appelée stéato-hépatite métabolique] depuis 2015). Elle a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais ne s'est pas prononcée pour ce qui avait trait à la capacité de travail dans une activité adaptée, toutefois limitée dès lors que la patiente présentait des douleurs au moindre mouvement du bras [G] qui augmentaient dans la journée, même en portant une charge légère.

Par rapport du 28 septembre 2019, la Dre T._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, qui suivait l'assurée depuis le 13 août 2019, a posé les diagnostics incapacitants d'obésité morbide (BMI à 41), de douleur du membre supérieur gauche indéterminée (depuis avril 2016) et d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (depuis novembre 2016). Elle a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais ne s'est pas prononcée pour ce qui avait trait à la capacité de travail dans une activité adaptée. On extrait en particulier ce qui suit de ce rapport :

“3.3

A quelles exigences votre patient/patiente doit-il/elle faire face dans son activité professionnelle ?

(par exemple : effort physique/activité alternée/répétitive/fonction de cadre/travail par rotation d'équipes/travail en équipe/contact avec les clients, ou toute autre particularité.)

Porter des charges, mouvements répétitifs. Sur le plan cognitif : capacité à se concentrer sur sa tâche, ainsi que capacités relationnelles avec le public (nécessitant une bonne gestion des émotions).

3.4

Existe-t-il des limitations fonctionnelles ? Quels effets ont-elles sur l'activité que le patient a exercée jusqu'ici ?

Veillez décrire les limitations fonctionnelles

Bras G : perte de force, de mobilité et douleurs chroniques
Fatigabilité générale [...]"

Dans un rapport enregistré le 25 octobre 2019 au dossier, la Dre B._____, du CHUV, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'état dépressif et de syndrome douloureux du membre supérieur gauche (depuis 2018).

L'OAI, après avoir sollicité l'avis du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), a posé des questions complémentaires à la médecin et à la psychiatre traitant de l'assurée.

Le 25 septembre 2020, la Dre T._____ lui a répondu que l'incapacité de travail de sa patiente était totale, même dans une activité adaptée, qu'il y avait peu d'évolution (les diagnostics étaient les mêmes que dans son précédent rapport) et que, sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait une instabilité émotionnelle avec pleurs fréquents, des difficultés de concentration et une asthénie générale.

Quant à la Dre F._____, elle a posé le 14 octobre 2020 les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif chronique sévère, de douleur du membre supérieur gauche d'origine indéterminée et d'obésité morbide. L'évolution était inchangée, avec le trouble dépressif au premier plan ; les limitations fonctionnelles étaient

surtout liées à l'aspect psychique. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

Le 18 janvier 2021, l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire de l'assurée auprès de K. _____ SA, laquelle a été confiée aux Drs A. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, W. _____, médecin praticien, et G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

L'assurée a été examinée les 28 avril, 30 avril et 25 mai 2021 par les experts, qui ont rendu leur rapport le 1^{er} juillet 2021. Ils ont retenu avec effet sur la capacité de travail le diagnostic de syndrome douloureux non spécifique du bras gauche, sans composante neuropathique évidente avec actuellement : conflit acromio-claviculaire sur possible récurrence d'une bursite acromio-sous-deltaïdienne et inflammation kystique du versant dorsal du carpe. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics d'autres troubles de l'humeur persistants (F34.8), de déconditionnement physique, de canal cervical étroit constitutionnel avec discopathie cervicale C4-C5 modérée avec protrusion discale sans compression radiculaire, de syndrome de dysbalance musculaire, de troubles neuro-végétatifs, cardiaque, œsophagien et cutané, avec palpitations depuis mars 2021, spasmes œsophagiens depuis 2019, prurigo des deux bras depuis mars 2021, de status après infection au Covid-19, non compliquée le 10 mars 2021, de chute de cheveu récente depuis mars 2021, d'obésité de classe 2 avec IMC [indice de masse corporelle] à 39,8 kg/m², de status après syndrome inflammatoire d'étiologie indéterminée avec NASH depuis 2015, de rhino-conjonctivite allergiques aux graminées depuis l'âge de vingt-cinq ans, de syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche non spécifique sans substrat somatique interniste connu depuis 2016, de reflux gastro-œsophagien traité connu depuis 2019, d'insomnies chroniques d'endormissement sans substrat somatique interniste, de myopie depuis l'âge de vingt-cinq ans corrigée, d'allergie médicamenteuse au Rheumon Gel (réaction cutanée) et Propolis, HS Immortelle (urticaire), d'intolérance gastrique au Ponstan (épigastralgie) depuis des années et d'ancienne

consommation tabagique estimée à 1,8 UPA. Les experts ont estimé la capacité de travail de l'assurée à 100 % dans toute activité, dont celle, habituelle, de caissière, depuis toujours. Du point de vue psychiatrique et de la médecine interne, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Du point de vue rhumatologique, l'assurée était limitée par l'utilisation de son membre supérieur gauche ; elle était en mesure d'effectuer un travail en limitant le port de charges à un kilo pour le membre supérieur gauche. Elle devait aussi éviter toute mobilisation du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale.

Par rapport du 15 juillet 2021, le Dr J. _____ du SMR s'est rallié à l'appréciation des experts. Il a toutefois proposé qu'un spécialiste en réinsertion vérifie si les limitations fonctionnelles permettaient l'exercice de l'activité habituelle de caissière.

Dans un document intitulé « REA - Rapport final » du 29 juin 2022, une spécialiste en réinsertion professionnelle auprès de l'OAI a estimé qu'au vu des limitations fonctionnelles, l'activité habituelle de caissière n'était pas adaptée ; en effet, il s'agissait pour l'essentiel de postes demandant de la polyvalence (tenue de la caisse, mise en rayons et manutention) avec une capacité de travail nulle.

Par projet de décision du 1^{er} juillet 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, dans la mesure où elle présentait une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« *activité sans port de charges de plus de 1 kg pour le membre supérieur gauche. Eviter toute mobilisation du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontal* »), depuis le début de l'atteinte à la santé (soit le 10 décembre 2018).

Le 20 juillet 2022, la Dre T. _____ a adressé un rapport à l'OAI, pour contester le projet de décision de refus de rente. Elle a relevé qu'au status psychiatrique, l'assurée présentait une thymie triste avec perte d'espoir et des idées de mort, ainsi qu'une anhédonie et une faible

estime de soi. Elle présentait aussi des symptômes anxieux persistants sévères, et une anxiété d'anticipation importante (en rapport notamment avec la peur d'attraper ou transmettre le Covid). Elle présentait pendant toute la journée et depuis le matin une asthénie importante, raison pour laquelle ses activités étaient réduites au minimum : elle recevait de l'aide pour son ménage, et restait à la maison la plupart du temps, lorsqu'elle n'avait pas de rendez-vous de médecin. Elle avait aussi des difficultés de concentration et des troubles de la mémoire qui avaient un impact sur sa vie quotidienne. Elle présentait des troubles du sommeil (réveils fréquents) en partie causés par ses douleurs au bras, et en partie par ses symptômes anxieux et dépressifs. Ces symptômes correspondaient à un trouble dépressif récurrent, sans symptômes psychotiques (F33.2). La situation s'était péjorée depuis le premier rapport datant de l'été 2019, notamment au niveau de l'asthénie et des troubles de la mémoire. Par ailleurs, selon les dires de l'intéressée, sa médecin généraliste avait diagnostiqué récemment une névralgie d'Arnold pour laquelle elle effectuait des séances de physiothérapie. Globalement les céphalées étaient fréquentes (plusieurs fois par semaine) et s'ajoutaient au tableau clinique déjà connu. Selon sa psychiatre traitant, la perte de la fonction d'un bras chez l'intéressée, âgée de trente-sept ans, vivant seule, célibataire et sans enfant, n'était pas « juste » un membre en moins occasionnant une perte de gain de 6,16% - sans compter les douleurs qui avaient un effet invalidant sur sa vie quotidienne - mais alimentait de façon conséquente l'angoisse et le désespoir. Dans ce contexte, ses capacités d'adaptation étaient extrêmement limitées, empêchant toute tentative de recherche d'emploi dans quelque secteur que ce soit. La Dre T._____ reprochait à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de la répercussion de l'atteinte à la santé psychiatrique sur la capacité de travail, notamment s'agissant des capacités d'adaptation de sa patiente à une situation nouvelle, et de ne pas avoir pris en compte la perte de fonction du bras avec un tableau algique persistant (douleurs quotidiennes, par moments lancinantes, réveillant la nuit).

La Dre F._____ a également adressé à l'OAI un rapport, le 21 juillet 2022. Elle y a relevé que la maladie psychique était au premier

plan et restait très limitante, en plus des aspects somatiques. Elle a notamment indiqué que la patiente présentait une névralgie d'Arnold qui nécessitait de la physiothérapie depuis février [2022] et qui n'était de loin pas encore résolue.

L'assurée elle-même a contesté le 27 juillet 2022 le projet de décision, en indiquant être actuellement dans l'incapacité totale d'exercer une activité professionnelle, se référant aux rapports des Dres T. _____ et F. _____.

Désormais représentée par Procap, l'assurée a complété ses observations le 25 août 2022, en déplorant pour l'essentiel le caractère lacunaire et incomplet du volet psychiatrique de l'expertise K. _____, faisant valoir une péjoration de son état de santé depuis mars 2021, en se référant aux rapports de ses médecins traitants des 20 juillet, 21 juillet et 19 août 2022. En annexe à son envoi, l'assurée a produit un rapport du 19 août 2022 de la Dre T. _____ qui faisait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F32.10), et d'une anxiété généralisée (F41.1) d'installation progressive suite au décès de son père, en mars 2021, des suites du Covid. La psychiatre traitant a retenu une péjoration de l'état de santé de sa patiente depuis mars 2021.

Aux termes d'un avis SMR du 24 octobre 2022, le Dr J. _____ a retenu l'absence d'éléments démontrant un changement tangible de l'état de santé depuis l'expertise K. _____.

Par décision du 10 novembre 2022, l'OAI a confirmé son préavis de refus de mesures professionnelles et de rente du 1^{er} juillet 2022. Était joint un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision du 10 novembre 2022.

B. Par acte du 16 décembre 2022, U. _____, toujours représentée par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire

et nouvelle décision. Elle a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du 1^{er} juillet 2021 de K. _____ SA, en se référant aux rapports produits à l'appui de ses objections, en particulier à celui du 19 août 2022 de la Dre T. _____, qui y relevait que l'absence de prise de médicaments était liée à une recommandation médicale temporaire consécutive à une infection au Covid et n'était pas le résultat d'une mauvaise compliance. Quant à la Dre F. _____, elle avait posé dans son rapport du 21 juillet 2022 un nouveau diagnostic de névralgie d'Arnold, inconnu au moment de l'expertise. La recourante a contesté ensuite l'appréciation de ses ressources par l'expert psychiatre, et a déploré en particulier qu'en page 47 de son expertise, il n'ait pas expliqué ses conclusions. Pour la recourante, ce qu'il considérait comme des discordances n'en étaient pas : l'inscription au chômage était probablement destinée à obtenir des moyens de subsistance ; quant aux médicaments, il avait été attesté par la suite que c'était sur recommandation médicale qu'elle ne les avait temporairement pas pris, si bien qu'il ne s'agissait pas d'une mauvaise compliance. S'agissant des manifestations des problèmes psychiatriques, la recourante s'est référée au rapport du 20 juillet 2022 de la Dre T. _____, qui y mentionnait que, selon le statut psychiatrique actuel, sa patiente présentait une thymie triste avec perte d'espoir et idées de mort, ainsi qu'une anhédonie et une faible estime de soi. Elle présentait aussi des symptômes anxieux persistants sévères et une anxiété d'anticipation importante. Pendant toute la journée, ses activités étaient réduites au minimum en raison d'une asthénie importante. Elle recevait de l'aide pour son ménage et restait la plupart du temps à la maison lorsqu'elle n'avait pas de rendez-vous de médecin. Ses difficultés de concentration et troubles de la mémoire avaient un impact sur sa vie quotidienne. Elle présentait en outre des troubles du sommeil (réveils fréquents) en partie causés par ses douleurs au bras, en partie par ses symptômes anxieux et dépressifs, symptômes qui correspondaient à un trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques. Ainsi, pour la recourante, la description de la situation par la Dre T. _____ et celle par l'expert psychiatre divergeaient fortement, ce qui s'expliquait probablement par l'aggravation de l'état de santé d'installation progressive mentionnée par le psychiatre traitant dans son rapport du 19 août 2022, laquelle n'était

pas visible au moment de l'expertise. Une autre explication possible était que l'expert avait surestimé ses capacités, de façon contraire à la réalité.

Dans sa réponse du 19 janvier 2023, l'OAI a proposé le rejet du recours.

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 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 a pour objet le droit de la requérante à une rente de l'assurance-invalidité.

b) aa) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » ([Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022.

bb) Si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch. 9101 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

cc) En l'occurrence, l'intimé a retenu, dans la décision attaquée, que le délai de carence d'une année avait débuté le 10 décembre 2018, si bien que le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité pourrait prendre naissance au plus tôt le 10 décembre 2019. L'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors au cas d'espèce.

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). 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.

c) 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 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 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. a) Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'ait pas été influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en

considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

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

6. a) En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire auprès de K._____ SA, dont le rapport du 1^{er} juillet 2021 contient une « évaluation médicale interdisciplinaire avec une explication/motivation des diagnostics actuels », libellée comme suit :

“Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée se plaint de troubles du sommeil sévères, ayant nécessité la prescription de plusieurs médicaments pour induire le sommeil, à savoir 1 cp de Xanax 0,5, 1 cp de Dormicum et 1 cp de Quétiapine 25 mg le soir et que malgré la prise de tous ces traitements, le sommeil est variable et qu'elle dort et se réveille souvent, mais reste au lit. Elle se plaint de tristesse et de crise de larmes. Elle dit en avoir 2 à 3 fois par jour, le temps de prendre 1 Xanax qui la calme. Elle décrit des palpitations tous les 2 à 3 jours pendant 5 à 10 mn. L'appétit est normal. Elle ne rapporte pas d'idées suicidaires scénarisées actuellement, mais explique que depuis 2019, elle a fait 3 à 4 tentatives de suicide en prenant des doses importantes de médicaments, mais n'a jamais consulté suite à cela. Elle signale la disparition de plusieurs proches où 3 amis se seraient suicidés en plus de son copain et aurait perdu son grand-père fin janvier 2021. Ces données concernant le suicide d'amis ne sont pas retrouvées dans les rapports médicaux de son psychiatre, ainsi que les 3 à 4 tentatives de suicide qu'elle relate. Elle explique que même si elles ne sont pas scénarisées, elle a des idées suicidaires tout le temps,

qui viennent toutes seules, car cela ne s'améliore pas au niveau de son bras.

De nombreuses incohérences sont retrouvées au niveau de l'anamnèse, où elle affirme avoir débuté un suivi psychiatrique déjà en 2015, alors que le rapport de son psychiatre affirme que ce suivi a commencé en décembre 2016. Par ailleurs, la personne assurée s'est inscrite dès le 01.05.2017 au chômage et ce, pendant 18 mois, soit le lendemain de son licenciement, inscrite à 80%, mais n'a pas retrouvé de travail. Les incapacités de travail délivrées par son psychiatre à 100% pendant 7 jours entre fin septembre et début octobre, puis du 14.11.2016 au 30.04.2017, soit jusqu'à la fin de son licenciement. Aucune autre incapacité de travail ne lui a été délivrée par son psychiatre du 01.05.2017 jusqu'au 30.08.2018, alors que le même diagnostic d'épisode dépressif de moyenne intensité et le même traitement ont été maintenus durant toute cette période.

Le psychiatre signale comme limitations fonctionnelles une perte de force, de mobilité et des douleurs chroniques au bras gauche et une fatigabilité générale. Le psychiatre estime qu'il n'y a pas de capacité de travail comme caissière, mais ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Au niveau des limitations fonctionnelles, le psychiatre ne retrouve pas de difficulté relationnelle ressentie par la personne assurée, pas d'hostilité ou d'agressivité, pas de bizarrerie du comportement, pas d'apragmatisme, pas de difficulté pour maintenir une hygiène personnelle, pas de difficulté dans les déplacements, pas de difficulté à maintenir un rythme diurne et nocturne, pas de difficulté dans la reconnaissance de la maladie et la gestion du traitement et il note qu'il n'y a pas d'apparition périodique de phase de décompensation. Il note un syndrome douloureux du bras gauche, des crises d'angoisse à la nouveauté, des oublis de rendez-vous, une peur d'oublier quelque chose, des difficultés d'autonomie en raison de la faiblesse du bras gauche et des difficultés dans la gestion des émotions.

Dans son rapport de septembre 2020, la psychiatre, Dresse T._____, estime qu'en termes de capacité de travail le handicap majeur semble être son bras G.

L'examen clinique retrouve un status sans aucun élément objectif en faveur d'un trouble dépressif incapacitant, en dehors du 1^{er} quart d'heure où la personne assurée a été particulièrement démonstrative, avec des pleurs et des gémissements et des affirmations qu'elle n'a plus envie de vivre et qu'elle n'a envie que de mourir. Ce tableau s'efface complètement le reste de l'entretien qui a duré 1h et 40 mn en tout.

Les dosages sanguins ne retrouvent aucune trace, ni de l'antidépresseur, ni de la Quiétiapine, ni du Dormicum que la personne assurée affirme prendre régulièrement. Le taux de benzodiazépine retrouvé est très faible et à la limite des valeurs indétectables. Ces résultats témoignent d'une compliance médiocre, voire absente au traitement médicamenteux prescrit et témoignent également d'une incohérence entre les affirmations de la personne assurée concernant la sévérité de sa tristesse, son envie de mourir, ses troubles du sommeil et le fait qu'aucun des médicaments prescrits n'est pris.

La personne assurée ne témoigne d'aucune détresse quand elle évoque ces douleurs et les met complètement au second plan durant cet entretien pour se focaliser sur ses idées suicidaires et sa tristesse extrême.

Par ailleurs, la description de la journée type que fait la personne assurée ne retrouve aucune anhédonie. La personne assurée fait sa toilette, fait ses courses, s'occupe de ses repas, ne bénéficie que 2h par semaine d'une aide-ménagère et passe 1h dans les magasins tous les jours et regarde pendant de longues heures la télé et s'intéresse à des programmes variés, que ce soit des séries, des films, des émissions de télé-réalité, des comédies, des émissions de musique. Elle écoute beaucoup la musique, surtout la musique italienne et française. Elle aime les chansons à textes. Elle est en contact avec sa famille en Italie sur Facebook et une amie au Canada. Elle regarde beaucoup de vidéos musicales.

Ces différentes activités de distraction et de loisirs ne sont pas cohérentes avec la présence d'un trouble dépressif sévère ou moyen, avec présence d'idées suicidaires.

Aucune pathologie psychiatrique incapacitante n'est donc retrouvée. Le diagnostic de trouble mineur, à savoir autres troubles de l'humeur persistants F34.8 est retenu.

Du point de vue **rhumatologique**, il a été noté un syndrome douloureux aspécifique du membre supérieur gauche évalué par différentes investigations radiologiques et par un examen électrophysiologique. Cet examen s'est avéré parfaitement normal, sans déficit moteur, ni sensitif, sans signe d'irritabilité sur les nerfs médian et cubital gauches, sans évidence de contrainte radiculaire cervicale. Il n'y a pas de signe non plus de dénervation dans les myotomes de C5 à D1.

Selon l'examen de ce jour, il existe actuellement un conflit acromio-claviculaire sur possible récurrence d'une bursite acromio-sous-deltoidienne qui a été constaté également lors de l'échographie de juillet 2018 et une inflammation kystique du versant dorsal du carpe (déjà constaté dans l'IRM de janvier 2017). Il n'y a pas d'atrophie, ni de trouble de la mobilité, uniquement une douleur à la palpation.

Du point de vue de la **médecine interne**, la personne assurée, déclare souffrir de troubles actuels transitoires ne la limitant pas dans ses activités professionnelles ou quotidiennes, à savoir des palpitations (régulières, tous les 2-3 jours, pendant 1 heure à ½ journée, sans lipothymie ni syncope, ni douleur thoracique contemporaine, apparaissant très souvent dans un contexte d'anxiété ou même au repos, calmées par la prise de benzodiazépine et le repos, en cours d'investigation prochaine auprès de son médecin de famille ; ce jour, la fréquence cardiaque est normale et régulière, sans signe de décompensation cardio-respiratoire), des points rétro-sternaux (1 fois par mois, pendant 1 journée, avec une dysphagie, en lien avec des spasmes œsophagiens) et des nausées, tous ses symptômes sont en corrélation avec des troubles neuro-végétatifs, d'intensité légère. Les status cardio-respiratoire et abdominal sont sans particularité ce jour. Aussi, elle présente de manière permanente, un syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche, non spécifique, sans substrat somatique interniste, connu depuis 2016, ce jour sans déficit sensitif, ni moteur, mais la douleur d'allure musculosquelettique de l'épaule gauche irradiant dans le bras empêche l'endurance, la tenue du membre supérieur gauche contre résistance au-delà de 2-3 secondes, cette limitation sera évaluée par l'expert en rhumatologie.

Par ailleurs, elle présente les troubles/diagnostic suivants, sans limitation fonctionnelle ni permanente ni transitoire actuelle déclarée :

Un status après infection au Covid-19, non compliquée, le 10.03.2021, sans hospitalisation, actuellement guérie.

Une chute de cheveu, récente, depuis mars 2021, sans alopécie ce jour.

Une obésité de classe 2, avec IMC à 39,8 kg/m², suivi régulièrement auprès d'une spécialiste en endocrinologie tous les 3 mois, traitée par un analogue du glucagon-like peptide-1 (GLP-1), efficace (avec la perte de 20 kg, depuis début septembre 2020) et bien toléré. Par contre, la personne assurée ne pratique plus d'activités physiques.

Un status après syndrome inflammatoire, d'étiologie indéterminée, avec un NASH, depuis 2015, sans dénutrition protéique.

Une rhino-conjonctivite allergiques aux graminées, depuis l'âge de 25 ans, traitée efficacement par un spray nasal et une prise orale d'antihistaminiques, bien tolérée. Ce jour, la sphère ORL est sans particularité.

Un reflux gastro-œsophagien (se manifestant de manière intermittente par une épigastralgie, un pyrosis) traité par la prise d'inhibiteur de la pompe à proton et d'antiacide de type alginate. Les status abdominal et ORL du jour sont sans particularité.

Des insomnies chroniques, d'endormissement, sans substrat somatique interniste, avec une hypersomnolence diurne excessive subjective, non observée pendant tout l'entretien, sans ralentissement psychomoteur, avec une bonne vigilance, bonne concentration.

Une myopie, depuis l'âge de 25 ans, totalement corrigée par le port de lunettes.

Une allergie médicamenteuse au Rheumon Gel (réaction cutanée), et Propolis, HS Immortelle (Urticaire), sans séquelle.

Une intolérance gastrique au Ponstan (avec une épigastralgie), depuis des années.

Une ancienne consommation tabagique, estimée à 1,8 UPA, sans retentissement respiratoire.

Un prurigo des 2 bras, depuis mars 2021 (dans le contexte du deuil de son père), d'intensité légère à modérée, auto-traité par l'application topique d'émollients et cicatrisants.

Au total, l'examen interniste du jour ne met aucun déficit en évidence."

b) On peut d'emblée observer que l'appréciation prétendument consensuelle des experts du K. _____ SA consiste de fait

en une reprise littérale de divers passages des rapports établis spécifiquement par chacun des spécialistes consultés. On ne voit pas que 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 correspond 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.

7. Eu égard au volet de médecine interne, étudié par le Dr W._____, on relève que ce spécialiste a procédé aux investigations d'usage dans son domaine de compétence. Il a en outre procédé à une anamnèse systématique, et a procédé à un examen clinique détaillé. Sur la base de ses observations, il n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur celle-ci, il a retenu ceux de troubles neuro-végétatifs, cardiaque, œsophagien et cutané, avec : palpitations depuis mars 2021, spasmes œsophagiens depuis 2019, nausées depuis 2019, prurigo des deux bras depuis mars 2021, de status après infection au Covid-19, non compliquée, le 10 mars 2021, de chute de cheveu, récente, depuis mars 2021, d'obésité de classe 2, avec IMC à 39,8 kg/m², de status après syndrome inflammatoire, d'étiologie indéterminée, avec NASH, depuis 2015, de rhino-conjonctivite allergiques aux graminées depuis l'âge de vingt-cinq ans, de syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche non spécifique sans substrat somatique interniste connu depuis 2016, de reflux gastro-œsophagien traité connu depuis 2019, d'insomnies chroniques d'endormissement sans substrat somatique interniste, de myopie depuis l'âge de vingt-cinq ans corrigée, d'allergie médicamenteuse au Rheumon Gel (réaction cutanée) et Propolis, HS Immortelle (urticaire), d'intolérance gastrique au Ponstan (épigastralgie) depuis des années et d'ancienne consommation tabagique estimée à 1,8 UPA. Selon les déclarations de l'assurée (expertise, volet de médecine interne, p. 29), le dernier poste de travail avait été arrêté pour des motifs rhumatologiques et psychiatriques. Le Dr W._____ a estimé que du point de vue de la médecine interne, l'assurée ne présentait pas de limitations fonctionnelles permanentes des activités. Il n'a mis en évidence

aucune divergence, ni aucun élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation, estimant la capacité de travail totale sans limitation fonctionnelle.

Le Dr W._____ a complété son appréciation par un questionnaire d'auto-évaluation et de dépistage Epworth, dont le score s'est établi à 12, ce qui suggère une somnolence excessive. Toutefois, les analyses de laboratoire mises en œuvre pour corroborer les conclusions de l'examen clinique étaient quant à elles dans les limites de la norme.

Il y a lieu de constater que l'examen de médecine interne n'est pas remis en cause, et qu'il est pleinement probant.

8. Sur le plan rhumatologique, le Dr G._____ a fait état avec effet sur la capacité de travail d'un syndrome douloureux non spécifique du bras gauche, sans composante neuropathique évidente avec actuellement : conflit acromio-claviculaire sur possible récurrence d'une bursite acromio-sous-deltaïdienne et inflammation kystique du versant dorsal du carpe, et sans effet sur la capacité de travail d'une obésité morbide avec IMC de 39,1 kg/m², d'un déconditionnement physique, d'un canal cervical étroit constitutionnel avec discopathie cervicale C4-C5 modérée avec protrusion discale sans compression radiculaire et un syndrome de dysbalance musculaire. Lors de son évaluation, cet expert a noté que la recourante avait commencé à se plaindre en 2016 de son membre supérieur gauche par des douleurs au poignet qui avaient évolué en direction du coude, puis de l'épaule gauche. Elle avait bénéficié d'un arrêt de travail depuis 2016, d'un traitement conservateur (immobilisation par une attelle antébrachiale) et d'infiltrations (du poignet, du coude et de l'épaule), sans succès, ainsi que de diverses investigations (radiologiques et électrophysiologiques) qui avaient conclu au diagnostic final de syndrome douloureux aspécifique du bras gauche, sans composante neuropathique. L'expert a indiqué qu'une IRM cervicale en novembre 2018 avait montré un canal cervical étroit structurel avec une discopathie cervicale C4-C5 modérée et une protrusion discale sans compression radiculaire, qu'une IRM de l'épaule gauche s'était avérée normale et

qu'une IRM du poignet avait mis en évidence une formation kystique enflammée de la face dorsale du carpe en janvier 2017. L'expert a retenu un tableau de douleurs aspécifiques du membre supérieur gauche dont l'étiologie n'avait pas pu être clairement mise en évidence et qui bénéficiait d'un traitement par de l'autohypnose. L'expertise n'avait montré aucune radiculalgie irritative ni de symptomatologie incapacitante en respectant le profil d'effort, en présence d'un examen clinique compatible avec un syndrome acromio-claviculaire et une inflammation kystique du poignet. La recourante était tout à fait capable de reprendre une activité professionnelle adaptée.

L'expert rhumatologue a bien indiqué que la recourante présente des douleurs avec une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche (expertise, volet de rhumatologie, p. 64) ; il a certes relevé quelques éléments d'autolimitation, sans que l'on puisse cependant parler d'exagération ou de simulation. Sur le plan rhumatologique, il a ainsi retenu que la recourante était limitée par l'utilisation de son membre supérieur gauche ; elle pouvait effectuer un travail en limitant le port de charge à un kilo pour le membre supérieur gauche et devait aussi éviter toute mobilisation du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale. Sur la base de son appréciation bien étayée et fondée sur un examen complet des pièces du dossier et de la personne de la recourante, le Dr G._____ a estimé que « toute activité qui tient compte des ressources mobilisables et des limitations fonctionnelles énoncées dans le profil d'effort présente les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de la personne assurée » (expertise, volet de rhumatologie, p 65).

L'expert G._____ n'est pas contredit : du propre aveu de la Dre F._____, médecin traitant, c'est la maladie psychique de sa patiente qui est au premier plan (cf. rapport du 21 juillet 2022). C'est au demeurant le constat que faisait déjà la Dre F._____ dans son rapport du 14 octobre 2020 (trouble dépressif au premier plan ; limitations fonctionnelles surtout liées à l'aspect psychique ; capacité de travail nulle dans toute activité), rédigé près de deux ans auparavant.

Certes, cette médecin a posé le diagnostic – nouveau – de névralgie d'Arnold dans son rapport du 21 juillet 2022. Toutefois, elle ne prétend pas que cette atteinte serait susceptible de perdurer, relevant uniquement la mise en place de physiothérapie. Ce seul élément n'est pas de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr G. _____, qui apparaît suffisante pour emporter la conviction.

9. Les constats qui précèdent quant à la valeur probante des volets de médecine interne et de rhumatologie de l'expertise de K. _____ SA ne valent cependant pas pour ce qui a trait à l'évaluation psychiatrique. Celle-ci ne répond en effet pas aux exigences de qualité énoncées notamment dans les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, édictées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie.

Le Dr A. _____ n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, seul celui « d'autres troubles de l'humeur persistants » (F34.8) étant mentionné, toutefois sans effet sur la capacité de travail, sans fournir d'explications motivées pour justifier cette appréciation. Il s'est ainsi limité à communiquer les résultats de son examen clinique comme suit (expertise, volet psychiatrique, p. 42) :

"Status

La personne assurée est orientée aux 4 modes.

L'humeur est triste pendant le 1^{er} quart d'heure de l'entretien, avec des pleurs et des gémissements quand elle affirme qu'elle n'a plus envie de vivre et qu'elle n'a envie que de mourir.

Petit à petit, l'humeur se normalise. Pendant près de 1h et 15 mn, il n'y a pas eu de crise de larmes, pas de symptôme physique en faveur d'un état anxieux.

La concentration et l'attention sont stables et de bonne qualité durant tout l'entretien.

Il n'y a pas de trouble de la mémoire significatif cliniquement décelable.

La gestuelle et la mimique sont expressives et adaptées et sont congruentes à l'humeur.

Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur.

Il n'y a pas de signe observable en faveur d'une fatigabilité ou d'une somnolence.

La personne assurée ne présente aucune plainte algique durant tout l'entretien qui a duré 1h et 40 mn.

Elle ne change pas de position.

Il n'y a aucune détresse quand elle évoque ses plaintes douloureuses.

Elle centre l'entretien sur sa dépression et focalise ses plaintes sur ses idées suicidaires et le fait qu'elle n'ait plus envie de vivre.

Il n'y a pas de symptôme de la lignée psychotique.”

L'expert psychiatre a jugé superflu de procéder à des tests cliniques, et n'a sollicité aucune information complémentaire auprès de tiers. Il n'a pas non plus mis en œuvre d'examen neuropsychologique, alors même que l'examen de médecine interne avait mis en évidence une somnolence excessive.

De même, alors que la patiente s'est rendue à l'examen au moyen de Transport Handicap, car elle craint l'utilisation des transports en commun (cf. son courrier du 27 janvier 2021 à l'OAI, qui fait partie du dossier), l'expert psychiatre n'a pas examiné cet aspect.

Quant à la rubrique spécifiquement liée à l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés de la recourante, celle-ci s'avère extrêmement succincte et composée d'une liste des capacités qui seraient préservées, sans aucune illustration concrète en lien avec le cas particulier (expertise, volet psychiatrique, p. 47).

Le rapport est en outre déficient quant à l'analyse des indicateurs posés par la jurisprudence fédérale et rappelés ci-dessus (consid. 5 supra). S'agissant des ressources de la recourante, l'expert indique qu'elle bénéficie du soutien de « toute sa famille », et voit régulièrement sa mère et son frère. Elle verrait également d'anciennes collègues et serait en contact téléphonique avec un cousin, sa famille en Sicile et une copine au Canada. Ces indications sont toutefois en contradiction avec celles données à l'expert de médecine interne, à qui elle a effectivement indiqué voir sa mère tous les jours ; toutefois, elle ne voyait aucun ami, son frère une fois toutes les deux semaines chez sa mère, et une voisine. A lire le descriptif de ses journées-type, elle passe le plus clair de son temps devant la télévision, sous réserve d'une sortie quotidienne pour faire ses courses.

L'expert psychiatre fonde également son argumentation sur l'absence de compliance médicamenteuse mise en évidence par les examens de laboratoire. Ce seul élément ne permet cependant pas de considérer que la recourante ne présenterait, dès lors, pas d'atteinte invalidante au plan psychiatrique. La Dre T. _____ a du reste exposé à cet égard dans son rapport du 19 août 2022 que c'était sur conseil de son médecin traitant qu'elle avait arrêté tous les traitements psychiatriques pendant qu'elle souffrait du COVID, pour ne les reprendre que début mai 2021. De même, selon ses déclarations et comme relevé ci-dessus, l'assurée passe le plus clair de son temps chez elle devant la télévision. Or pour l'expert, il s'agit là d'activités « de distraction et de loisirs » (expertise, volet psychiatrique, p. 44). Pour lui, ces « activités » ne seraient pas cohérentes avec la présence d'un trouble dépressif sévère ou moyen, avec présence d'idées suicidaires.

Quant au fait, relevé par avis SMR du 24 octobre 2022, qu'à suivre la Dre T. _____, la péjoration serait intervenue en mars 2021, mais n'aurait pas été mise en évidence par l'expert psychiatre, il y a lieu de relever que la Dre T. _____ a bien indiqué que l'anxiété généralisée (F41.1) s'était installée progressivement à la suite du décès du père de la recourante, survenu en mars 2021. Dans la mesure où l'intéressée a été vue par le Dr A. _____ le 28 avril 2021, l'anxiété en cause n'avait potentiellement pas encore atteint les seuils mis ensuite en évidence, la Dre T. _____ ayant notamment fait état d'un résultat supérieur à 30 à l'échelle de Hamilton Anxiété (cf. rapport du 19 août 2022, p. 2).

On relèvera encore que l'expertise de K. _____ SA a été adressée en juillet 2021 à l'OAI. Toutefois, ce n'est que le 1^{er} juillet 2022 que l'OAI a adressé son projet de décision à la recourante, sans qu'aucune mesure d'instruction ne soit mise en œuvre dans l'intervalle, sinon une interpellation d'une spécialiste en réinsertion professionnelle, qui a rendu son rapport final le 29 juin 2022. Ainsi, il s'est passé une année entre le rapport d'expertise de K. _____ SA, au demeurant rédigé deux mois après les entretiens d'expertise, et le projet de décision. Dans ce délai, il

n'est pas insoutenable de retenir, comme le fait la Dre T._____, que l'état de sa patiente ait pu connaître une péjoration.

La Dre T._____ fait au demeurant état d'une asthénie marquée chez sa patiente, ce qui rejoint les constats du Dr W._____, qui a constaté que le questionnaire d'auto-évaluation et de dépistage Epworth mettait en évidence un score de 12, ce qui suggérait une somnolence excessive. Ce point n'a toutefois pas été relevé ni examiné par l'expert psychiatre.

10. En définitive, le volet psychiatrique du rapport d'expertise du Dr A._____ du 1^{er} juillet 2021 apparaît insuffisant pour se prononcer sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles présentées par la recourante.

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

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai

2007 consid. 4.2, *in* : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 *ad* art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'espèce, il ne pouvait échapper à l'intimé que le volet psychiatrique du rapport d'expertise pluridisciplinaire de K._____ SA s'avérait insuffisant pour statuer sur le cas d'espèce, en particulier à réception des rapports médicaux produits au stade de la procédure d'audition. Etant donné les éléments communiqués les 20 juillet, 21 juillet et 19 août 2022, il incombait à l'intimé de solliciter, à tout le moins, des explications ou un complément auprès de l'expert psychiatre.

Il s'impose dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour procéder à une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante, laquelle sera le cas échéant complétée par un volet neuropsychologique.

12. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire 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 la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie 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 2'000 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 la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 10 novembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 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 U._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille 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 U. _____),
- 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 :