

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 août 2022

Composition : M. NEU, président
Mme Dormond Béguelin et M. Reinberg, assesseurs
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante, représentée par Swiss Claims Network, à Fribourg,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA

E n f a i t :

A. a) H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...], née en [...], employée à plein temps en qualité d'assistante de direction auprès de Z. _____ depuis le 26 avril 2011, a souffert d'une incapacité totale de travail dès le 4 septembre 2017 ; cas pris en charge par F. _____ (ci-après : F. _____), assureur perte de gain en cas de maladie.

Dans son rapport médical du 1^{er} novembre 2017, le Dr V. _____, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic incapacitant de cervico-scapulo-brachialgie due à un syndrome du défilé thoraco-brachial [TOS] droit depuis au moins février 2017 (date de la première consultation à son cabinet) ainsi que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de hernie discale cervicale C5-C6 (névralgies cervico-brachiales droites aspécifiques avec protrusion médiane C5-6). D'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible « à l'avenir » et « certainement à 100 % ».

Dans son rapport médical du 3 novembre 2017, le Dr K. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics incapacitants suivants : cervico-brachialgies droites et scapulalgie droite sur syndrome du défilé thoraco-brachial dans le cadre d'une discopathie C5-C6 et un épisode dépressif réactionnel. Concernant les diagnostics sans effet sur la capacité de travail, ce praticien estimait que l'assurée présentait un probable syndrome du muscle pyramidal droit, des troubles statiques et dégénératifs du rachis cervico-dorsolombaires, une névralgie du trijumeau droit et une hernie hiatale. Il estimait que l'activité exercée était exigible, sans déterminer à quel degré.

Sur mandat de F. _____, le Dr G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, a réalisé une expertise de l'assurée en date du 29 janvier 2018 et rédigé le rapport corrélatif le 8 février 2018. Cet expert a constaté que le diagnostic actuel reconnu par les Drs K. _____ et N. _____, spécialiste en médecine

physique et réadaptation, était celui de cervico-brachialgie droite dans le cadre d'un vraisemblable syndrome du défilé thoraco-brachial droit, entraînant, selon le Dr N._____, un conflit vasculo-nerveux des ceintures scapulaires, à droite. Il s'agissait d'un diagnostic étayé essentiellement de façon clinique, avec mise en évidence d'une tension musculaire au niveau des muscles scalènes et de l'élévateur de l'omoplate, favorisant ce conflit thoraco-brachial. Le Dr N._____ évoquait également une sévère amyotrophie du plan musculaire profond. L'expert estimait utile de compléter les investigations par une nouvelle appréciation neurologique avec un bilan électrophysiologique en recherchant spécifiquement un syndrome du défilé cervico-thoracique par des manœuvres dynamiques ainsi qu'une échographie avec examen Doppler avec des manœuvres statiques et dynamiques à la recherche d'un conflit vasculo-nerveux du défilé cervico-brachial. Il recommandait de poursuivre l'incapacité de travail en espérant que la prise en charge récente mise au point par le Dr N._____ puisse s'accompagner progressivement d'une amélioration clinique. En raison de l'importance du handicap douloureux, il n'était pas possible de reprendre une activité professionnelle pour le moment.

b) Le 20 février 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé).

Le contrat de travail de l'assurée a pris fin le 31 mars 2018.

Interpellé par l'Office AI, le Dr N._____ a, par rapport médical du 17 octobre 2018, posé le diagnostic de cervico-thoraco-brachialgies droites intriquées dans un contexte de : atteinte discogène dégénérative C5-C6, sous forme d'hernie disco-ostéophytaire médiane à paramédiane droite, dans une moindre mesure à gauche, non accompagnée de myélomalacie et non conflictuelle et de discopathie dégénérative T4-T5 postéro-latérale gauche et T6-T7 postérolatérale droite, sans myélomalacie ; de conflit vasculo-nerveux costo-claviculaire, symptomatique à droite ; et de syndrome de déficience posturale (amyotrophie du plan musculaire profond et hyperlaxité ligamentaire sans

signe d'hyperélasticité cutané). Le Dr N._____ a également retenu les diagnostics de status après névralgie du trijumeau droit, avec interférence nerveuse centrale suspectée pour les cervico-thoraco-brachialgies ; de lombosciatalgies droites spondylogène (dans un contexte de lyse isthmique L5-S1 avec antélisthésis de grade I de L5 sur S1, avec pincement et un léger rétrécissement foraminal L5-S1 gauche, de discopathies dégénératives pluri-étagées sous forme de déshydratation et de protrusions discales non conflictuelles L2/L5) ; ainsi qu'un état dépressif réactionnel, avec troubles du sommeil. L'activité exercée n'était plus raisonnablement exigible. La capacité de travail dans une activité adaptée était évaluée à 40 %, à « apprécier dans un premier temps [selon] la tolérance ». Les activités physiques contraignantes de manutention au-delà de 5 kg, de sollicitation répétitive, de porte-à-faux, soumise à un stress important n'étaient pas conseillées. Une alternance de postures était recommandée.

c) Mandaté à nouveau par F._____, le Dr G._____ a examiné l'assurée le 29 octobre 2018. Dans son rapport corrélatif du 16 novembre 2018, il a observé que le tableau douloureux de l'assurée ne s'était pas amélioré, malgré plusieurs mois de rééducation spécifique et la prise régulière d'antalgiques. De nouveaux bilans (dont une IRM [imagerie par résonance magnétique] de l'épaule droite du 18 avril 2018 et une IRM scapulo-humérale et du plexus brachial droit du 17 avril 2018) montraient une bonne trophicité musculaire de la coiffe des rotateurs, sans lésions au niveau capsulo-labrale ou cartilagineuse de l'épaule, et sans signe de compression du nerf supra-scapulaire. Seule était retrouvée une discopathie C5-C6 paramédiane droite non accompagnée de signes de conflits radiculaires ou de myélopathie. De plus, un examen électromyographique du membre supérieur droit du 7 mai 2018 démontrait l'absence de neuropathie sus-scapulaire droite ou d'atteinte radiculaire, sans anomalie de conduction au niveau du nerf médian du poignet ou du coude. L'expert a également noté que le Dr N._____, dans son rapport du 17 octobre 2018, constatait une réduction des tensions cervico-scapulaires et une meilleure réharmonisation du contrôle scapulo-thoracique. En conclusion, il n'y avait aucune explication objective

expliquant l'intensité du syndrome douloureux de la partie supérieure de l'hémicorps droit ni de l'importance du handicap déclaré par l'assurée. Comme le suggérait le Dr N._____, il pensait qu'une reprise de travail à 40 % « dès à présent » était exigible, en augmentant progressivement par palier la capacité de travail, peut-être toutes les 2 à 4 semaines selon l'évolution. Comme limitations, il estimait que l'assurée devait éviter les positions statiques prolongées, la position assise ou debout (travail exclusivement de saisie d'informations sur ordinateur, par exemple), en raison des risques d'aggraver des tensions cervico-thoraciques, les activités physiques contraignantes de manutention au-delà de 5 kg de sollicitation et les mouvements de tronc en porte-à-faux ou des activités soumises à un stress important.

Par complément du 28 novembre 2018, le Dr G._____ a préconisé d'éviter les activités comprenant des ports de charge répétés avec le bras droit, les mouvements répétitifs du bras droit en élévation ainsi que les positions statiques de la nuque fléchie. Ces limitations étaient proposées en raison du caractère subjectif et handicapant des douleurs.

F._____ a mis un terme à sa participation financière au 31 décembre 2018 considérant que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité dès le 29 octobre 2018.

L'assurée s'est inscrite au chômage dès janvier 2019.

d) A la demande de la Dre L._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, le Dr R._____, également spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, a procédé le 25 juillet 2019 à un bloc antalgique diagnostique et thérapeutique du plexus brachial droit par infiltration d'un anesthésique local de longue durée d'action (Bupivacaïne), s'avérant sans effet (cf. compte rendu d'intervention du 25 juillet 2019).

Questionné par l'Office AI, le Dr K._____ a indiqué que l'assurée souffrait de : cervico-brachialgies droites et douleurs scapulaires

droites sur syndrome du défilé thoraco-brachial droit, dans le cadre d'une hypertonie de la musculature postéro-latéro-cervicale droite ; ainsi que d'une discopathie C5-C6, avec hernie discale médiane (asymptomatique). Ce praticien a, ensuite, estimé que la suspicion d'un syndrome du muscle pyramidal droit, l'épisode dépressif réactionnel, les discrets troubles statiques du rachis cervico-dorsolombaire, l'arthrose facettaire postérieure discrète en L5-S1 et les névralgies du trijumeau droit étaient sans effet sur la capacité de travail. Il évaluait la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans une activité adaptée, compte tenu des limitations liées au syndrome cervico-vertébral et au syndrome du défilé thoraco-brachial droit. Les limitations fonctionnelles consistaient en une limitation de l'endurance dans les activités répétitives avec les membres supérieurs, le port de charges et/ou les activités au-dessus du niveau des épaules (cf. rapport du 30 septembre 2019).

Sur avis du 12 novembre 2019 du Service médical régional (ci-après : SMR), une expertise pluridisciplinaire a été confiée au B._____. (ci-après : B._____.). Il ressort notamment de l'évaluation consensuelle du 6 mai 2020 des Drs D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X._____, spécialiste en médecine interne générale, (ci-après également : les experts) ce qui suit :

« 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Cervico-scapulo-brachialgies droites chroniques, non déficitaires, dans le cadre de troubles dégénératifs (discopathie C5-C6 avec protrusion disco-ostéophyttaire médiane protrusive en C5-C6 à droite), M54.2
- Lombosciatalgies droites chroniques non déficitaires, dans le cadre de troubles dégénératifs (discopathies étagées) et troubles mécaniques (lyse isthmique L5 bilatérale, antélisthésis de grade I de L5/S1), M54.5
- Périarthrite scapulo-humérale droite sur lésion du tendon sus-épineux, M77.2
- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), forme chronicisée faisant suite à un trouble de l'adaptation en 2014
- Majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques, F68.0

4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Limitations fonctionnelles sur le plan somatique : changements de position possibles ; pas de position statique assis ou debout prolongée ; pas de travail physique ni au-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs,

en particulier du membre supérieur droit ; pas de positions prolongées ou de mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical et/ou dorsolombaire en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque, respectivement du tronc ; pas de port de charge itératif supérieur à 5 kg ; pas de travail en hauteur (échelle, escabeau) ; pas de travail en position accroupie et/ou agenouillée ; pas de travail avec des appareils émettant des ondes à basse fréquence.

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle à retenir sur le plan psychique.

[...]

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

100 % sans perte de rendement, depuis toujours, tant sur le plan physique que psychique.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

100 % sans perte de rendement, depuis toujours, tant sur le plan physique que psychique. »

Par projet de décision du 28 mai 2020, fondé sur l'avis du 27 mai 2020 du SMR, l'Office AI a refusé d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte incapacitante et que sa capacité de travail était entière dans toute activité.

Ce projet a été confirmé par décision du 2 juillet 2020.

B. Par acte du 27 août 2020, H._____, représentée par Swiss Claims Network, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation, à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte permanente à la capacité de gain, au renvoi de la cause à l'Office AI pour établissement du taux d'invalidité, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI pour de nouvelles mesures d'instruction. Elle a contesté la valeur probante de l'expertise du B._____, cette dernière portant sur deux disciplines sans pertinence (psychiatrie et médecine interne) et le volet rhumatologique étant très lacunaire. L'expert rhumatologue n'avait notamment pas traité d'un élément central : le syndrome du défilé thoraco-brachial. A cette occasion, l'assurée a produit un rapport du 17 août 2020 du Dr K._____, lequel s'est déterminé sur le volet rhumatologique de l'expertise.

L'Office AI a produit sa réponse au recours le 10 novembre 2020, concluant à son rejet. De l'avis du 26 octobre 2020 de la Dre W._____, médecin auprès du SMR, le nouveau rapport médical du Dr K._____ était superposable au précédent, il n'y avait pas de nouvelle atteinte ou d'aggravation des atteintes existantes. L'experte rhumatologue avait eu connaissance de l'avis du Dr K._____ et concluait à l'absence d'argument pour un syndrome du défilé thoraco-brachial tout comme le Dr G._____.

L'assurée a indiqué maintenir ses conclusions le 20 novembre 2020.

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 art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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 des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [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). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 2 juillet 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) 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 la personne assurée, 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 citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions

sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste FMH (Fédération des médecins suisses) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

f) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychiques, les affections psychosomatiques que les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de

même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. a) En l'espèce, les experts du B._____ ont retenu les diagnostics suivants : cervico-scapulo-brachialgies droites chroniques, non déficitaires, dans le cadre de troubles dégénératifs (discopathie C5-C6 avec protrusion disco-ostéophytaire médiane protrusive en C5-C6 à droite) (M54.2) ; lombosciatalgies droites chroniques non déficitaires, dans le cadre de troubles dégénératifs (discopathies étagées) et troubles mécaniques (type isthmique L5 bilatérale, antélisthesis de grade I de L5/S1) (M54.5) ; périarthrite scapulo-humérale droite sur lésion du tendon sus-épineux (M77.2) ; trouble anxieux et dépressif mixte, sous forme chronicisée faisant suite à un trouble de l'adaptation en 2014 (F41.2) ; et majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0). Les experts ont ensuite estimé que les limitations fonctionnelles de la recourante consistaient en des limitations purement somatiques, soit : changements de position possibles, pas de position statique assise ou debout prolongée, pas de travail physique ni au-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs, en particulier du membre supérieur droit, pas de positions prolongées ou de mouvement itératifs contraignants pour le rachis cervical et/ou dorsolombaire en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque, respectivement du tronc, pas de port de charge itératif supérieur à 5 kg, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau), pas de travail en position accroupie et/ou agenouillée, et pas de travail avec des appareils émettant des ondes à basse fréquence. La capacité de travail de la recourante dans toute activité était ainsi entière.

b) La recourante ne formule pas de griefs à l'encontre des volets de médecine interne générale et de psychiatrie, se contentant de contester la valeur probante de l'expertise réalisée au motif qu'elle « *porte sur deux disciplines sans pertinence (psychiatrie et médecine interne) et le volet rhumatologique [étant] très lacunaire* » (cf. mémoire de recours, page 4).

La Cour de céans rappelle que le principe d'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative (cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2 et 3.3). Ainsi, dès lors que l'intimé a pris en compte les plaintes de la recourante, un expert en médecine interne générale devait déterminer si ces dernières résultaient d'un substrat organique. Il convient cependant de relever que l'expert en médecine interne générale n'a retenu ni de plainte ni d'affection relevant de son champ d'expertise (cf. rapport d'expertise, page 4).

Par ailleurs, la reconnaissance d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic posé en principe par un psychiatre et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et la référence). Les conclusions des Drs N._____ et K._____, qui ne sont pas des spécialistes en psychiatrie, mettaient en évidence un état dépressif réactionnel. En outre, le Dr G._____ a indiqué, dans ses rapports des 8 février et 16 novembre 2018, qu'une « composante psychique ne lui semblait pas exclue », précisant que cela était du ressort toutefois « d'une appréciation psychiatrique ». L'intimé ne pouvait dès lors se dispenser de l'avis d'un psychiatre. La Cour de céans rejoint toutefois la recourante en ce qu'elle allègue « *ne souffr[ir] d'aucune pathologie clinique psychiatrique* » (cf. mémoire de recours, page 4), l'expert psychiatre ayant retenu que le trouble anxieux et dépressif mixte et la majoration de symptômes physiques n'étaient pas incapacitants (cf. rapport d'expertise, page 4).

c) Concernant le volet rhumatologique, ce dernier a été investigué le 4 mars 2020 par la Dre D._____. La recourante soutient que l'expertise « *ne traite pas un élément central des plaintes formulées [...] : le syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS)* ».

Or, l'expertise B._____ offre une étude complète, effectuée de *lege artis* du cas de la recourante. La spécialiste a procédé à une

anamnèse complète, claire et détaillée du cas, rendu compte des plaintes et de l'évolution de celles-ci et procédé à un examen clinique.

L'experte a estimé la capacité de travail de la recourante à 100 %, sans perte de rendement, « depuis toujours », précisant que les activités administratives exercées étaient adaptées et permettaient de respecter les limitations fonctionnelles.

Pour arriver à une telle conclusion, l'experte a relevé, d'une part, que depuis novembre 2019, la recourante retravaillait à 10 % comme secrétaire de rédaction au journal de [...] (télétravail) (cf. rapport d'expertise, page 10). Son appréciation est appuyée par la découverte de l'expert psychiatre qui, postérieurement à l'entretien avec la recourante et en consultant son site Internet, a appris que, malgré le handicap relaté par cette dernière, elle avait organisé sa participation à quatre expositions majeures de ses œuvres artistiques dans plusieurs continents. L'expert psychiatre avait alors appris que la recourante peignait et sculptait des œuvres d'art contemporaines de longue date mais qu'elle avait choisi de s'y consacrer pleinement depuis quelques années. Elle exposait dans des galeries renommées en Suisse, en France et en Italie. Les expositions prévues en avril 2020 à New York, en Corée (Séoul) et au Japon avaient été annulées récemment pour cause de pandémie virale. Toujours selon les informations contenues sur le site, les techniques utilisées et la dimension des œuvres requéraient certainement de bonnes capacités physiques (cf. *ibid.* page 24).

D'autre part, l'experte rhumatologue a retenu que le status rachidien cervico-dorsolombaire était superposable au status précédemment relevé dans les rapports médicaux. Les amplitudes articulaires cervicales et dorsolombaire étaient conservées. Il y avait une discrète contracture du muscle trapèze à droite, de discrètes contractures para-lombaires bilatérales. Les diverses investigations radiologiques faites avaient démontré des troubles dégénératifs tant cervicaux que lombaires. Il n'y avait pas d'argument pour un syndrome du défilé thoraco-brachial ni pour une compression des plexus brachiaux. Le status neurologique était

parfaitement dans les limites de la norme, ne relevait pas de signe de déficit sensitif ni moteur. Il n'y avait pas de signe clinique en faveur d'une fibromyalgie. Dans l'ensemble, le status rachidien était satisfaisant. En ce qui concernait l'épaule droite, l'examen clinique en faveur d'une périarthrite scapulo-humérale sur lésion de la coiffe des rotateurs était confirmé par les images de l'échographie du 6 mars 2020, laquelle objectivait une petite fissure insertionnelle non transfixiante de la partie antérieure du tendon du sus-épineux. Il n'y avait au surplus pas d'anamnèse, de clinique, d'élément biologique, ou encore d'image radiologique en faveur d'une étiologie rhumatismale inflammatoire. Son appréciation était superposable à celle de l'expertise faite par le Dr G. _____ (cf. ibid. page 13). En effet, bien que le Dr G. _____ ait considéré le syndrome du défilé thoraco-brachial comme une « hypothèse vraisemblable » lors de sa première expertise (cf. rapport du 8 février 2018), il a totalement écarté ce diagnostic lors de sa seconde expertise. De nombreux bilans avaient été effectués comprenant une IRM de l'épaule droite le 18 avril 2018 où l'on retrouvait une bonne trophicité musculaire de la coiffe des rotateurs, sans lésions au niveau capsulo-labrale ou cartilagineuse de l'épaule, et sans signe d'une compression du nerf supra-scapulaire, tant au niveau de l'échancrure supra-scapulaire que de l'échancrure sus-glénoïdienne. Une IRM scapulo-humérale et du plexus brachial droit du 17 avril 2018 n'avait en outre retrouvé qu'une discopathie C5-C6 paramédiane droite non accompagnée de signes de conflit radiculaires ou de myélopathie. De plus, un examen électromyographique du membre supérieur droit du 7 mai 2018 démontrait l'absence de neuropathie sus-scapulaire droite ou d'atteinte radiculaire, aussi bien en C5 qu'en C6 à droite, sans anomalie de conduction au niveau du nerf médian du poignet ou du coude. Dans son rapport du 17 octobre 2018, le Dr N. _____ constatait que la réduction des tensions cervico-scapulaires et une meilleure réharmonisation du contrôle scapulo-thoracique avaient permis de normaliser les tests de conflit vasculo-nerveux des ceintures scapulaires sans toutefois modifier les douleurs référées vers le membre supérieur. Le Dr N. _____, dans son rapport du 17 octobre 2018, étayait un certain nombre de diagnostics et de constats cliniques dont aucun en soi-même ne représentait une

explication d'un syndrome douloureux. Le conflit cervico-thoracique était, quant à lui, une appréciation clinique somme toute modérée, d'autant plus qu'on ne retrouvait plus de signes vasculaires lors des manœuvres de provocation et que ce syndrome n'expliquait pas l'ensemble de la symptomatologie douloureuse (cf. rapport du 16 novembre 2018).

Ainsi, les plaintes de la recourante étaient concordantes avec les lésions radiologiques constatées (troubles dégénératifs cervicaux et dorso-lombaires, troubles mécaniques lombaires) mais leur intensité n'était pas expliquée par les constatations cliniques, dans la mesure où l'examen tant rachidien que des articulations périphériques et le status neurologique étaient globalement dans les limites de la norme (cf. rapport d'expertise, page 16).

De manière consensuelle, les experts du B._____ ont conclu que les plaintes de la recourante étaient mécaniques. Il n'y avait pas d'anamnèse, de clinique ou d'image radiologique en faveur d'une étiologie rhumatismale de type spondylarthropathie. Le status rachidien actuel et les articulations périphériques étaient satisfaisants, avec des mobilités articulaires cervicales, dorsolombaires et périphériques conservées, l'absence de synovite ou d'hyperlaxité. Le seul signe à relever était la présence d'une contracture très modérée du muscle trapèze droit. Au status neurologique, il n'y avait pas de signe de déficit. Le status de l'épaule droite évoquait une tendinopathie du sus-épineux, objectivée par l'échographie du 6 mars 2020. Il n'y avait pas d'argument pour retenir une fibromyalgie, ni une maladie d'Ehlers-Danlos (cf. ibid. page 3).

Enfin, on ne voit pas que le rapport du 17 août 2020 du Dr K._____, versé subséquemment au dossier de la recourante, fasse état d'éléments nouveaux qui viendraient contredire l'appréciation de l'experte rhumatologue du B._____.

Ce rapport ne fait que poser des diagnostics déjà connus de l'experte rhumatologue, comme le syndrome du défilé thoraco-brachial, écarté tant par l'experte du B._____ que par le Dr G._____.

Ce rapport ne contient donc pas d'éléments médicaux objectifs susceptibles de mettre en doute les conclusions rhumatologiques de l'expertise.

Le fait que la recourante ressente des douleurs ne permet au demeurant pas de fonder une incapacité de travail. En effet, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

En l'absence d'atteinte à la santé incapacitante, les experts ont donc conclu, de manière convaincante, à une pleine capacité de travail dans toute activité, sans limitation de rendement.

d) Partant, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du B._____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. D'excellente facture, fruit d'un travail méticuleux et coordonné, il comporte une anamnèse complète et fouillée de la situation de la recourante, une discussion claire et motivée des diagnostics retenus, et des conclusions médicales étayées et convaincantes. Celles-ci seront donc suivies. Ainsi, la recourante est réputée disposer d'une pleine et entière capacité de travail dans toute activité.

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 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 2 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de H._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Swiss Claims Network (pour H. _____),
- 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 :