

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 mai 2021

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Pasche, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

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

**Art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'une fille née en [...], est au bénéfice d'un CFC de laborantine en biologie acquis en 1985. Elle a travaillé comme technicienne de laboratoire, puis est devenue laborantine sénior, auprès du Centre de recherche J.\_\_\_\_\_ de [...] SA depuis 1988, étant précisé qu'elle a effectué deux années auprès du Centre de recherche et développement de [...] ( [...]) de 1995 à 1997.

Le 7 octobre 2015, l'assurée a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) invoquant une incapacité de travail complète depuis le 6 juillet 2015 à la suite d'une dépression sévère et d'un épuisement professionnel. Il résulte du rapport initial du 5 novembre 2015 que l'assurée effectuait le travail usuel d'une laborantine.

Le 13 décembre 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'un trouble de l'attention avec hyperactivité présent depuis toujours, de dépression et de burnout professionnel. Elle a précisé qu'elle percevait un salaire mensuel de 7'200 francs. Son compte individuel AVS indique des revenus annuels de 61'672 fr. en 2012, 83'591 fr. en 2013 et 102'329 fr. en 2014 et son employeur a mentionné un salaire mensuel de 7'163 fr., soit 104'302 fr. 10 par an, en 2014.

Dans le cadre de ses investigations, l'OAI a reçu divers rapports médicaux concernant l'assurée.

Dans un rapport daté du 11 février 2016, la Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.3) depuis au moins 2002 avec décompensation en juillet 2015, de trouble déficit de l'attention-hyperactivité (ci-après également : TDAH) de longue date, de trouble de la personnalité

dépendante et anxieuse (F60.7) de longue date, de rhizarthrose bilatérale depuis 2015 et opération de 4 doigts à ressaut et tunnel carpien bilatéral. Elle a précisé que l'incapacité de travail était totale compte tenu de l'état psychique de l'assurée, mais que l'activité exercée était encore exigible selon l'évolution, un rendement pouvant être réduit au vu des pathologies articulaires digitales à répétition sauf si l'activité de laborantine était variée et ne demandait pas de mouvements fins tels que le pipetage plus de 2 heures par jour.

Par rapport du 27 avril 2016, la Dre D.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de TDAH (F90.0) depuis toujours, probable trouble de la personnalité borderline (F60.31) depuis l'adolescence, trouble dépressif récurrent (F33.3) depuis l'âge adulte et trouble de l'anxiété généralisée (F41.1) depuis l'âge adulte. Elle a indiqué que ces troubles avaient généré une incapacité de travail totale depuis le 16 décembre 2015 jusqu'au 31 mars 2016 à tout le moins, puis a ajouté que l'activité de laborantine était certainement encore exigible si l'assurée se sentait dans un cadre sécurisé et si elle pouvait contrôler son perfectionnisme qui la poussait à s'épuiser.

Par rapport du 18 août 2016, les Drs Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Centre N.\_\_\_\_\_, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que la psychologue M.\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics de TDAH (F90.0), trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6), anxiété généralisée (F41.1) et le diagnostic différentiel de trouble de la personnalité borderline (F60.31). Les limitations fonctionnelles sont une labilité émotionnelle, la difficulté dans la gestion des émotions, les difficultés relationnelles, l'hypersensibilité au stress, l'anxiété, les difficultés de concentration et d'attention et la perte de l'estime de soi, qui se manifestent par des absences répétées, des difficultés relationnelles, des conflits avec ses collègues, de la lenteur, des erreurs dans l'exécution des tâches ou du temps exagéré pour l'exécution d'une tâche sans erreur. Il est précisé que l'activité exercée n'est plus exigible ; le rendement est réduit car le travail de laborantine impose une rigueur et de la précision ; son instabilité émotionnelle, les ruminations

anxieuses, ses difficultés de concentration et d'attention ainsi que la gestion de ses émotions lui rendent difficile, voire impossible, d'exercer son travail et d'atteindre les exigences requises. Dans leur rapport du 22 août 2016, elles ont ajouté que l'assurée devait faire face au processus d'autonomie de sa fille unique, ce qui générait une source importante de stress.

Le 6 septembre 2016, la Dre P.\_\_\_\_\_ a précisé que l'incapacité de travail perdurait depuis juillet 2015.

Le 17 mars 2017, les médecins du Centre N.\_\_\_\_\_ ont confirmé qu'un facteur non médical avait une influence sur la capacité de travail, à savoir le processus d'autonomie de la fille de l'assurée. L'incapacité de travail débutait en juillet 2015 et était toujours en cours.

Ces rapports médicaux ont été soumis aux Drs R.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), lesquels, par avis du 22 mars 2017, se sont demandés quel événement avait provoqué la décompensation psychique de l'assurée alors qu'elle semblait atteinte dans sa santé depuis longtemps et ils ont relevé l'absence d'antécédent d'épisode maniaque ou dépressif antérieur dans les différentes anamnèses pour retenir le trouble affectif bipolaire. Ils ont en outre constaté qu'il manquait les troubles neurovégétatifs et l'attente craintive pour le côté anxieux. Compte tenu de ces incohérences, ils ont préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

C'est ainsi que l'OAI a mandaté un expert en la personne du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a toutefois révoqué le mandat le 5 avril 2018 après le deuxième entretien en raison de difficultés survenues dans les contacts avec l'assurée, notamment après avoir détaillé les activités quotidiennes qui ne laissaient pas entrevoir de limitations significatives.

Le 10 septembre 2018, K.\_\_\_\_\_, orthophoniste logopédiste, a informé l'OAI que l'assurée était suivie pour un traitement pour une

importante dysphonie liée à un forçage vocal et à une mauvaise coordination pneumophonique, qui engendrait une incapacité de travail totale.

Un nouvel expert en la personne du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a été désigné. Par rapport du 24 septembre 2018, ce dernier a posé les diagnostics de TDAH (F90.0), difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0) et a examiné le diagnostic différentiel d'autre trouble affectif bipolaire (type 2 ; F31.8) qu'il n'a pas retenu. Selon l'expert, l'assurée avait vécu une perturbation importante de sa santé psychique depuis 2015, mais une stabilisation à plusieurs niveaux était intervenue ; son fonctionnement dans la réalité approchait maintenant de la normalité et l'assurée bénéficiait de bonnes ressources mobilisables. Il a ajouté que le tableau global était rassurant et n'était plus sanctionné par une incapacité de travail. Néanmoins, avec le type de fonctionnement lié à la personnalité et au diagnostic de TDAH, les restrictions fonctionnelles suivantes devaient être prises en compte : absence d'un poste à responsabilité, cahier des charges précisément défini et niveau de stress ne dépassant pas un niveau moyen. Les limitations fonctionnelles, qui avaient nettement diminué en 2018, étaient décrites en un trouble formel de la pensée, des difficultés cognitives passagères, un manque de confiance et d'affirmation, des difficultés relationnelles et un déconditionnement. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a ajouté que la profession de laborantine était adaptée. Il a préconisé une aide au placement et un réentraînement au travail, dès lors que l'assurée avait été coupée du monde professionnel pendant plus de trois ans. Avec l'aide des mesures proposées, une capacité de travail d'au moins 80 % pourrait être atteinte, celle-ci étant nulle en l'état.

Le dossier a à nouveau été soumis aux médecins du SMR. Par avis du 11 décembre 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_ et la Dre V.\_\_\_\_\_ ont sollicité l'interpellation de l'expert afin qu'il explique pourquoi la capacité de travail était actuellement nulle dans l'activité habituelle alors que les diagnostics retenus ne formaient pas des atteintes à la santé durablement incapacitantes dans l'axe psychiatrique, en précisant de surcroît qu'il

n'était pas admissible de retenir une capacité de travail dans l'activité habituelle projective tel que l'expert l'avait formulée. Ils ont requis en outre la récolte de tous renseignements médicaux au sujet des affections arthrosiques voire de tunnel carpien.

Le 21 décembre 2018, la Dre P. \_\_\_\_\_ a indiqué que, sur le plan somatique, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient actuellement les lombalgies basses chroniques aspécifiques, déconditionnement général et rhizarthrose bilatérale avec suivi postopératoire infiltrations ATM, et suivi postopératoire doigts à ressaut. Elle a constaté une acutisation des lombalgies connues depuis 2002 et une amélioration des douleurs en lien avec la rhizarthrose depuis les infiltrations. L'incapacité de travail était totale, ce médecin pouvant attester d'une telle incapacité du 18 au 29 mars, puis du 6 juillet au 31 décembre 2015 ; selon la description de la patiente, une activité à 50 % était envisageable dans les périodes où les lombalgies étaient contrôlées. Les limitations fonctionnelles consistaient en une fatigabilité importante et la position statique prolongée.

En parallèle, deux avis médicaux antérieurs ont été versés au dossier. L'un émane du Dr S. \_\_\_\_\_, médecin auprès du service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_), daté du 13 août 2018, qui notait que l'assurée, ambidextre, souffrait d'un pouce droit à ressaut bloqué, ajoutant que l'examen radiologique montrait une rhizarthrose bilatérale ; il envisageait une cure de ce pouce avec infiltration trapézo-métacarpienne droite. Le deuxième rapport a été établi le 28 mars 2002 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin auprès de l'unité du rachis du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_, qui posait les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (troubles statiques avec possible anomalie de segmentation lombaire et dysbalances musculaires étagées) et probable hypermobilité articulaire généralisée ; il proposait un traitement notamment en physiothérapie de rééducation.

L'assurée a subi des interventions chirurgicales au niveau de son pouce droit le 21 septembre 2018, puis de son pouce gauche le 9 novembre 2018. Elle avait déjà subi une cure au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne du medius à droite en décembre 2014, ainsi que de l'index et du medius gauche en décembre 2008, de l'annulaire droit en mai 2007, et enfin du tunnel carpien, de l'index, du medius et de l'annulaire gauche en 2006.

Le 7 janvier 2019, l'assurée a fait l'objet d'une radiographie de la colonne cervicale et de la colonne lombaire. La première a révélé une discarthrose marquée en C5-C6 et perte de la lordose physiologique. La seconde a montré une anomalie de transition avec une vraisemblable lombalisation de S1 et une arthrose postérieure marquée sur la charnière lombo-sacrée.

Le 16 janvier 2019, l'expert B.\_\_\_\_\_ a apporté les compléments requis par les médecins du SMR, en ce sens que l'assurée ne souffrait effectivement pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante et était apte à exercer l'activité de laborantine sans poste à responsabilités à partir du moment de l'expertise, étant précisé que le poste à responsabilités qu'elle avait assuré pendant très longtemps auprès de J.\_\_\_\_\_ était contre-indiqué. Il a ajouté qu'il lui était difficile de se prononcer pour le passé, mais qu'on pouvait admettre qu'entre l'arrêt du traitement en mai-juin 2018 et l'exigibilité en septembre 2018, une certaine marge de tolérance et d'évolution était applicable.

Interpellés à nouveau en février 2019, les Drs F.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ du SMR ont émis l'avis que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante dans l'axe psychiatrique. Les atteintes psychiatriques (F90.0 et Z60.0) n'avaient pas et n'avaient jamais eu de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. L'activité habituelle était adaptée aux limitations proposées par l'expert (peu de stress et de responsabilité). Dans l'axe somatique, les rachialgies connues depuis 2002 n'avaient pas objectivement évolué (douleurs subjectives avec antalgie simple prescrite en réserve et bilan radiologique récent

superposable, reconditionnement postural/dorsal à favoriser) et n'avaient pas empêché l'assurée de travailler jusqu'en 2015. Ils ont admis qu'un poste de travail favorisant l'épargne du dos pouvait être recommandé, comme l'activité de laborantine le permettait avec variation des positions de travail. L'atteinte des mains (pouce droit à ressort bloqué et douleurs trapézo-métacarpiennes bilatérales avec chirurgie envisagée) n'était pas stabilisée mais ne constituait pas une atteinte durablement incapacitante, justifiant tout au plus des arrêts de travail transitoires pour des interventions chirurgicales.

Dans un rapport du 25 mars 2019, le Dr W.\_\_\_\_\_, chef de clinique du département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, a rapporté que l'assurée décrivait des cervicalgies chroniques sans irradiation radiculaire aux membres supérieurs, des lombalgies basses simples, sans irradiation radiculaire aux membres inférieurs et des douleurs des deux périhanches. L'examen clinique a révélé une patiente à l'état général conservé. La statique rachidienne était dans la norme. Les mobilités rachidiennes étaient physiologiques et la mobilisation était relativement peu douloureuse. L'examen articulaire était sans particularité. L'examen orthopédique des membres inférieurs était normal. L'examen neurologique ne retrouvait pas de déficit sensitivo-moteur. Il n'y avait pas de signe d'irritation pyramidale. Les manœuvres de conflit disco-radicaire aux membres inférieurs et supérieurs étaient négatifs. Les réflexes ostéo-tendineux étaient normo-vifs et symétriques aux quatre membres. L'assurée présentait un tableau de rachialgies chroniques communes d'origine aspécifique probable, sans red flags ni signe de complication sur le plan neurologique. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'il n'avait pas de diagnostic différentiel à type de rhumatisme inflammatoire évolutif, le tout évoluant dans un contexte d'hyperlaxité articulaire. Au vu de la durée d'évolution des douleurs, il lui a proposé de participer à leur programme de restauration fonctionnelle du rachis.

Le 16 avril 2019, les radiographies des genoux de l'assurée révélaient des altérations dégénératives débutantes en fémoro-tibial interne des deux côtés, sous la forme d'un discret pincement de l'espace

articulaire, légèrement plus marqué à gauche, reflétant une chondropathie, sans ostéophytes ou d'autres anomalies associées, ainsi qu'une discrète dysplasie fémoro-patellaire bilatérale.

L'assurée a bénéficié d'une prise en charge rééducative interdisciplinaire ambulatoire au sein du programme de restauration fonctionnelle du rachis du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> au 18 avril 2019 dans le cadre de ses rachialgies chroniques, soit lombalgies sur discarthrose avec arthrose postérieure marquée en L4/L5 et L5/S1, cervicalgies sur arthrose disco-vertébrale C4/C5 et discopathie sévère C5/C6 non-déficitaire et terrain d'hyperlaxité. Selon le Dr W.\_\_\_\_\_, l'évolution est à considérer comme favorable avec amélioration du ressenti douloureux et des indices objectifs mesurés en physiothérapie. A l'issue du séjour, il a recommandé la poursuite du suivi physiothérapeutique et des auto-exercices, en précisant que sur le plan médicamenteux, l'assurée ne prenait aucun traitement antalgique.

Le 15 août 2019, la Dre V.\_\_\_\_\_ a considéré que les nouveaux avis médicaux n'étaient pas de nature à modifier l'appréciation précédente du SMR.

Par projet de décision du 2 octobre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, faute d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Par courrier du 7 novembre 2019, l'assurée, représentée par Procap, a contesté ce projet de décision en relevant que si l'activité de laborantine était dans son ensemble généralement adaptée, son activité de laborantine senior, impliquant des responsabilités, n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par l'expert. Elle a en outre remarqué que le dossier ne contenait aucune trace de récupération de ses deux mains après les interventions chirurgicales. Or, son activité exigerait de la motricité fine. Enfin, elle a constaté que les limitations de charge et l'alternance des positions n'avaient pas été retenues même en la présence de lombalgies chroniques invalidantes.

Le 11 décembre 2019, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale de l'annulaire gauche ressort. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 3 février 2020, que le pronostic sur le potentiel de réadaptation était une capacité de travail de 100 % et n'a relevé aucune limitation fonctionnelle dans quelque activité depuis 2018.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR a ainsi admis une incapacité de travail du 11 décembre 2019 au 3 février 2020 pour l'opération du pouce gauche (recte : l'annulaire), le précédent rapport du SMR étant toujours d'actualité pour le reste. Il a précisé qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte de limitation fonctionnelle.

Tenant compte d'un revenu d'invalidé de laborantine sans responsabilité (pour suivre les conclusions de l'expertise) déterminé sur la base de l'ESS (TA 1, 71200 activités de contrôle et analyses techniques, niveau de compétence 2, année 2016, 72'887 fr. 64 après déduction de 5 % d'abattement pour l'âge) comparé au revenu sans invalidité indiqué par l'employeur (94'145 fr. 91), l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité fixé à 22,58 %.

Lors d'un entretien du 30 juin 2020, l'assurée a notamment expliqué qu'elle travaillait à 60 % en 2012, qu'elle avait augmenté son taux à 100 % en 2013 et qu'elle avait reçu un quatorzième salaire en 2014 pour ses 25 ans d'entreprise. Elle a précisé qu'elle avait généralement 13,5 salaires par an. Elle a en outre indiqué qu'elle jardinait, ce qui lui causait des douleurs, et qu'elle faisait ses courses et son ménage ; elle épluchait les légumes et les coupait. Il lui a été indiqué qu'une aide au placement pourrait lui être proposée mais que, comme elle était déjà suivie par InPlus, il n'y aurait pas de plus-value. L'assurée a déclaré qu'elle pouvait envisager de travailler à 50 %, éventuellement d'augmenter son taux par la suite.

Le 7 juillet 2020, l'OAI a finalement constaté qu'il n'y avait pas d'atteinte invalidante, ni de limitation fonctionnelle, de sorte qu'il n'y avait

pas de préjudice. Il a relevé que même en retenant les limitations mentionnées par l'expert, le poste occupé par l'assurée répondait à ces critères puisqu'il ne ressortait nullement du dossier qu'elle exerçait un poste de cadre, mais plutôt qu'elle exerçait un travail usuel de laborantine comme l'assurée l'avait dit selon le rapport du 26 octobre 2015 (recte : 5 novembre 2015).

Le 8 juillet 2020, l'assurée a adressé un descriptif de son ancienne activité, établi par ses soins. Il en résulte les responsabilités suivantes en qualité de laborantine senior :

« Mise en place de la caractérisation des protéines laitières par HPCL.

Développement de méthode, intégration des peptides, traitement des résultats.

Gestion des échantillons produits pour la création d'une base de données pour l'étude fondamentale de l'agrégation des protéines, les partenaires du projet, planification, réunion, etc.

Assistante d'expert dans le domaine des protéines, transfert connaissance physique des poudres, rhéologie.

Soutien technique de produits laitiers [...], analyses, traitement et présentation à mon groupe en anglais.

Accomplissements : cf travail excellent tribunal grande instance [...] procès [...] ? »

L'assurée a produit un descriptif qui aurait été rempli par son ancien employeur en 2016. Il y est notamment noté que l'assurée faisait des présentations en anglais, rédigeait des méthodes, travaillait pour différents groupes et départements, participait aux travaux de recherche, s'occupait de la maintenance et de la gestion des équipements du laboratoire.

Par décision du 27 juillet 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée dès lorsqu'elle ne présentait pas d'atteinte invalidante. Un courrier explicatif du même jour était joint à cet envoi.

**B.** Par acte du 14 septembre 2020, T.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Procap, a recouru devant la Cour des assurances sociales

du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, la recourante a contesté que son état de santé lui permette de reprendre son ancienne activité professionnelle. Elle a relevé que même si elle n'occupait pas un poste de cadre, son activité exigeait des responsabilités afin de résoudre des problèmes complexes et prendre des décisions, ce qui était incompatible avec les limitations indiquées par l'expert. Du point de vue somatique, cette activité serait également inadaptée et elle a qualifié de lacunaire l'instruction de l'OAI au sujet de ses atteintes somatiques.

Par écriture du 5 novembre 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours, renvoyant à l'analyse médicale du SMR du 14 février 2019, ainsi qu'à son courrier explicatif du 27 juillet 2020. Il a ajouté que même en admettant que l'activité exercée par l'assurée est inadaptée, une activité de laborantine en biologie dans un poste sans responsabilité serait envisageable à temps plein et le préjudice économique (22,58 %) n'ouvrirait pas le droit à une rente.

Le 17 décembre 2020, la recourante a répliqué en confirmant son recours et en faisant valoir, le cas échéant, son droit à des mesures professionnelles. Elle a soulevé que, lors de la détermination du revenu d'invalidé, l'intimée n'avait pas tenu compte de ses années de services (chez J. \_\_\_\_\_ depuis 1988) et de ses limitations fonctionnelles dans la fixation du taux de l'abattement.

Le 12 janvier 2021, l'intimé a dupliqué en maintenant sa position, précisant que comme la recourante ne présentait pas d'incapacité de travail dans l'emploi de laborantine, aucune mesure de reclassement professionnel n'était nécessaire.

**E n d r o i t :**

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales, 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 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle et son degré d'invalidité.

**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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). 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). Ensuite, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**c)** 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). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). A défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision administrative litigieuse, la jurisprudence considère que le revenu hypothétique peut être évalué sur la base des statistiques salariales, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; TFA I 37/2004 du 13 janvier 2005 consid. 5.1.3 et I 138/2004 du 20 janvier 2005 consid. 4.2.4).

Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, il peut également être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

**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 une base importante 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**5. a)** En l'espèce, la recourante conteste l'absence d'atteinte invalidante.

**b)** Pour sa part, l'office intimé a retenu que la recourante disposait, malgré les atteintes à la santé psychique et physique qu'elle présente, d'une capacité de travail totale dans son activité habituelle et que, même en considérant que l'activité habituelle n'était pas adaptée, elle conserverait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (peu de stress et de responsabilité).

**c)** Pour fonder son appréciation sur le plan psychique, l'intimé s'est basé sur le rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 24 septembre 2018 ainsi que sur le complément établi par ce médecin en date du 16 janvier 2019.

**aa)** Quand bien même il a fallu réinterpeller l'expert pour qu'il donne quelques explications et précisions complémentaires, on doit admettre que le rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ et son complément répondent aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. Certes, l'expert a eu des difficultés à évaluer la capacité de travail de la recourante antérieurement à mai 2018 dès lors que l'état de santé de celle-ci avait évolué et qu'il n'avait pas vu l'intéressée à cette période, mais il a exposé les éléments connus à cette époque et a fait des déductions en tenant compte des rapports médicaux dressés par les médecins traitants d'alors, qu'il a mis en relation avec ses propres constatations. Si ses considérations paraissent parfois contradictoires, on verra que l'expert a eu du mal à faire la distinction entre les facteurs médicaux et les facteurs psychosociaux lors de l'évaluation des effets des atteintes sur la capacité de travail. Cependant, ses constatations sont suffisamment clairement expliquées pour que l'on puisse faire cette distinction et en tirer les conclusions juridiques qui s'imposent. Une nouvelle expertise ne permettrait pas d'appréhender la situation de manière plus sûre compte tenu du temps écoulé.

Ainsi, le rapport d'expertise et son complément reposent sur une anamnèse détaillée aussi bien sur le plan personnel, familial que socioprofessionnel et affectif. Ils contiennent également les réponses données par la recourante à diverses questions touchant la vie quotidienne (déroulement de la journée, loisirs, relations sociales et situation financière) de même qu'une description précise de ses plaintes et un résumé des principales pièces médicales à disposition de l'expert. Dans ce contexte, il convient également de souligner le caractère exhaustif des explications données quant aux diagnostics retenus et écartés (s'agissant notamment du trouble bipolaire et du trouble de la personnalité).

**bb)** Sur le plan psychiatrique, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble de l'attention et d'hyperactivité (TDAH ; F90.0) et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0). Il a exclu un trouble de la personnalité car les critères cliniques n'étaient pas remplis, en particulier pas de déviance extrême ou de dysfonctionnement rigide permanent avec un impact majeur sur le fonctionnement global ; la biographie de l'assurée, sa longue capacité de travail parlaient contre l'hypothèse d'un trouble de la personnalité. Il a relevé les instabilités émotionnelles, liées au TDAH, et a noté qu'il n'avait pas eu suffisamment d'éléments pour retenir un véritable trouble bipolaire, retenu comme diagnostic différentiel.

S'agissant du trouble dépressif récurrent, il a été posé par la Dre D.\_\_\_\_\_, qui a relevé le surinvestissement de l'assurée dans son travail et a constaté que la recourante avait vraiment « dégringolé » quand sa fille avait commencé à vivre pour elle-même et à rentrer seulement les week-ends. Ce médecin n'avait fixé une incapacité de travail que temporaire du 16 décembre 2015 au 31 mars 2016, n'ayant pas revu la recourante en consultation par la suite. Ce diagnostic n'a pas été retenu par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. L'expert n'a pas posé ce diagnostic, constatant qu'il n'était pas d'actualité au moment de l'expertise. Il a noté que l'état dépressif était décrit comme dépassé par l'intéressée qui avait arrêté la médication antidépressive, ainsi que le suivi

psychothérapeutique début 2018. L'application de l'échelle de dépression avait montré une valeur rassurante et l'expert a constaté une concordance entre l'auto appréciation et l'hétéro appréciation concernant l'état émotionnel.

On doit noter que l'expert a été expressément interpellé sur l'existence d'atteintes invalidantes passées et qu'il n'a pas modifié les diagnostics qu'il avait posés dans son rapport, relevant au passage la difficulté de se prononcer sur le passé. Il n'a pas retenu le diagnostic de trouble dépressif après avoir pris connaissance du rapport médical de la Dre D.\_\_\_\_\_, ainsi que des rapports des médecins psychiatres du Centre N.\_\_\_\_\_ qui n'ont pas posé ce diagnostic non plus. Ce diagnostic ne sera dès lors pas retenu.

Les diagnostics posés par l'expert étant ainsi dûment motivés, ils peuvent être retenus.

**cc)** Il s'agit ensuite d'examiner si et dans quelle mesure il existe une incapacité de travail en raison des seules atteintes à la santé. En effet, il résulte des divers rapports médicaux que des facteurs psychosociaux ont interféré dans la capacité de travail de l'assurée, de sorte qu'il convient d'analyser également le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). Il y a donc lieu de déterminer la portée des facteurs psychosociaux et socioculturels lors de l'examen du caractère invalidant des troubles psychiques.

En tout état de cause, pour qu'il y ait présomption d'invalidité, il faut un substrat médical déterminé de manière concluante par un médecin (spécialiste) et dont on peut démontrer qu'il entrave de manière significative la capacité de travailler et de gagner sa vie. Plus les facteurs psychosociaux ou socioculturels sont mis en évidence dans les cas individuels et ont une incidence sur les symptômes, plus un trouble

psychiatrique de nature médicale doit être prononcé pour que la maladie soit considérée comme invalidante. Cela signifie que les symptômes cliniques ne doivent pas seulement consister en des déficiences causées par les facteurs socioculturels pesants, mais doivent également inclure des constatations qui peuvent être distinguées de celles-ci en psychiatrie, par exemple une dépression persistante au sens médical spécialisé qui peut être clairement distinguée des humeurs dépressives ou d'un état comparable de souffrance mentale. Ces troubles mentaux, qui doivent être distingués de la situation de stress socioculturel et, en ce sens, devenir indépendants, avec des effets sur la capacité de travail et de gain, sont indispensables pour qu'il soit possible de parler d'invalidité. En revanche, lorsque l'examineur ne fait que constater des éléments qui s'expliquent pour l'essentiel de manière adéquate par les circonstances psychosociales et socioculturelles, elles ne constituent pas des troubles de la santé psychique invalidants (ATF 127 V 294).

La question est donc de déterminer si les facteurs à l'origine de l'incapacité de travail sont d'origine médicale ou pas.

Après avoir examiné l'anamnèse, l'expert a d'abord constaté que par le passé le TDAH n'avait jamais empêché l'assurée de suivre une formation complète ainsi qu'une activité professionnelle durant plus de vingt ans. Il en a conclu que cette atteinte n'était ainsi pas invalidante, ce qui est corroboré par les médecins du SMR. Quant au trouble dénommé difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0), il n'est pas considéré comme une atteinte invalidante. Les codes Z sont des facteurs qui influencent l'état de santé et conduisent à l'utilisation du système de soins de santé. Les catégories Z00-Z999, parmi lesquelles figure en outre le burnout (Z73.0), sont destinées aux cas dans lesquels les faits sont donnés en tant que "diagnostics" ou "troubles" qui ne peuvent être classés comme maladie, blessure ou cause externe dans les catégories A00-Y89 (9C\_537/2011 du 28 juin 2012 consid. 3.1).

Selon l'expert, ces constatations n'empêchaient pas que l'assurée avait été sévèrement perturbée et déstabilisée dans son mode

de fonctionnement global en 2015 et 2016. Elle s'était décrite comme une personne très perfectionniste dans son travail, faisant des heures supplémentaires le soir et le week-end, surtout pendant la période où elle avait eu des responsabilités et avait connu plusieurs périodes d'épuisement passager. En 2001, elle était devenue mère d'une fille qu'elle avait dû en grande partie élever seule car le père s'était désisté affectivement et financièrement. Cet élément avait potentiellement participé indirectement à l'épuisement de l'assurée. Puis cette dernière avait difficilement vécu la prise d'autonomie de sa fille. Enfin, après sa mutation en [...], elle avait perdu une bonne partie de ses relations amicales. Pendant cette période en 2015, elle avait donc tout un cumul de facteurs professionnels, sentimentaux et familiaux qui expliquaient le pique de sa phase d'épuisement à ce moment-là. Dans l'intervalle, il y avait eu une prise en charge et une évolution ; en effet, la distance affective avec sa fille s'était relativisée et l'assurée avait intégré le fait de l'autonomie de son enfant et elle n'était plus en souffrance aiguë ; elle avait déménagé à plusieurs reprises jusqu'à trouver un appartement qui lui apportait depuis peu une grande satisfaction personnelle ; elle était entrée dans une relation sentimentale depuis deux ans qui lui avait permis de s'ouvrir à d'autres relations et au bénévolat ; elle avait retrouvé une autonomie de gestion de ses affaires, son ménage, son poids ; elle conduisait une voiture, une moto, avait toute une palette de loisirs et son quotidien était bien rempli.

On constate ainsi que les difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie ont eu une part essentielle dans la péjoration temporaire de l'état de la recourante en 2015 et que ces difficultés ont pu être surmontées par un changement de contexte social et une adaptation à sa nouvelle situation familiale. Les facteurs qui ont été à l'origine de l'incapacité de travail en 2015 ne reposent ainsi pas sur une atteinte à la santé psychique durablement invalidante mais sur les conséquences fonctionnelles négatives de contraintes professionnelles, familiales et sociales. Cette incapacité de travail est donc essentiellement fondée sur des facteurs non médicaux et ne permet pas de retenir une cause d'invalidité au sens de l'assurance-invalidité.

Certes, l'expert a relevé que l'assurée était restée pendant trois ans absente du marché du travail non par déconditionnement mais par maladie. Il a reconnu que l'assurée avait traversé plusieurs années de maladie et que, contrairement aux maladies somatiques, il était difficile de fixer le statu quo ante. Il a ajouté que le tableau global était en l'état rassurant et n'était plus sanctionné par une incapacité de travail. Comme on l'a vu, le trouble qui a généré cette incapacité de travail est le diagnostic intitulé difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie qui est lié à un contexte psychosocial défavorable et qui n'est pas considéré comme une atteinte durablement invalidante. D'ailleurs, l'expert a confirmé dans son complément de rapport qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé psychiatrique durablement incapacitante. Pour ce qui est du passé, il a déclaré qu'il était très difficile d'être affirmatif, puisqu'il n'avait pas examiné la patiente pendant la période difficile ; toutefois il a considéré qu'entre l'arrêt du traitement en mai-juin 2018 et l'exigibilité en septembre 2018, on pouvait faire preuve de tolérance, ce temps ayant permis à l'assurée de chercher des solutions qui l'avaient aidées à se stabiliser. L'expert constate ainsi que les difficultés ont pu être surmontées par l'assurée par un changement de contexte social et non pas par un traitement médical. Il ne se prononce pas précisément sur l'exigibilité antérieure à mai 2018, ce qui est sans conséquence dès lors qu'il a pu être déterminé que l'incapacité de travail n'était pas due à une atteinte durablement invalidante.

Les rapports médicaux au dossier ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de l'expert et des médecins du SMR. En particulier, la Dre D.\_\_\_\_\_ n'a attesté d'une incapacité de travail que du 16 décembre 2015 au 31 mars 2016 et sans faire un examen détaillé de l'origine de cette incapacité ; elle a tout de même constaté que la recourante avait vraiment « dégringolé » quand sa fille avait commencé à vivre pour elle-même et à rentrer seulement les week-ends, ce qui confirme les facteurs extramédicaux à l'origine de ses difficultés. Puis, si les Dres Z.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont constaté une incapacité de travail de 2015 à 2017, elles ont également confirmé qu'un facteur non médical

avait eu une influence sur la capacité de travail de l'assurée, à savoir le processus d'autonomie de sa fille qui générait une source importante de stress. Ces médecins n'ont en revanche pas procédé à un examen aussi minutieux que l'expert des circonstances ayant conduit l'assurée à connaître des difficultés pendant cette période, ni les effets de ces circonstances sur sa capacité de travail. En outre, l'expert a relevé que ces médecins « étaient visiblement assez impressionnés par son dysfonctionnement cognitif et comportemental, évoquant même un trouble de la personnalité », or, il ne pouvait pas du tout suivre cette interprétation car les critères pour un trouble clinique de la personnalité n'étaient pas du tout remplis (pour les motifs exposés plus haut). La fiabilité des avis des médecins du Centre N. \_\_\_\_\_ est donc trop faible pour remettre en cause l'avis de l'expert.

Il n'y a donc pas lieu de retenir une incapacité de travail ni l'existence de limitations fonctionnelles dues à une atteinte psychique durablement invalidante. Certes l'expert a constaté que l'assurée était apte à exercer une activité de laborantine sans responsabilité dès l'expertise. Or, les limitations rapportées par l'expert, soit l'absence de poste à responsabilité, un cahier des charges précisément défini et un niveau de stress ne dépassant pas un niveau moyen, sont posées compte tenu du type de fonctionnement lié à la personnalité de l'assurée et au diagnostic de TDAH. Il a admis que son appréciation était partie d'une réflexion de bon sens pour permettre à l'assurée de trouver la meilleure voie pour réintégrer le travail. Ces limitations ne découlent toutefois pas en premier lieu des atteintes à la santé puisque la recourante a pu occuper un poste à responsabilité pendant des années alors qu'elle était déjà atteinte des troubles psychiatriques actuels. En effet, l'expert a mentionné plusieurs périodes d'épuisement passager, celle entre 2014 et 2015 étant la plus intense et pénible, cumulant plusieurs facteurs contextuels défavorables. Par ses limitations, l'expert veut donc éviter un contexte social défavorable, en l'occurrence sur le plan professionnel. Compte tenu de tout ce qui précède, on ne peut toutefois considérer ces limitations comme des restrictions à la capacité de travail dues à des atteintes à la santé durablement invalidantes.

Cela induit que l'activité habituelle exercée par la recourante a toujours été adaptée d'un point de vue du droit de l'assurance-invalidité. Cela étant, même si seule une activité de laborantine dans un poste sans responsabilité était retenue, le préjudice économique resterait insuffisant pour ouvrir le droit à la rente (cf. consid. 5 let. e ci-après).

**dd)** En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a constaté l'absence d'atteinte à la santé invalidante sur le plan psychique.

**d)** Sur le plan physique, le rapport du 21 décembre 2018 de la Dre P. \_\_\_\_\_ annonçait les diagnostics ayant actuellement une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies basses chroniques aspécifiques, déconditionnement général et rhizarthrose bilatérale avec suivi postopératoire infiltrations ATM, et suivi postopératoire doigts à ressaut. Elle a constaté une acutisation des lombalgies connues depuis 2002, sans toutefois l'objectiver, et une amélioration des douleurs en lien avec la rhizarthrose depuis les infiltrations. Elle a attesté d'une incapacité totale de travail du 18 au 29 mars, puis du 6 juillet au 31 décembre 2015, soit une durée temporaire. Puis elle a rapporté les déclarations de la patiente lorsqu'elle a indiqué qu'une activité à 50 % était envisageable dans les périodes où les lombalgies étaient contrôlées. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité importante et la position statique prolongée ; aucune restriction n'était relevée relative aux suites opératoires des doigts. On ne peut ainsi pas retenir une période d'incapacité de travail durable objectivement constatée par ce médecin. On peut ajouter qu'en mars 2002, le Dr Q. \_\_\_\_\_ posait déjà les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (troubles statiques avec possible anomalie de segmentation lombaire et dysbalances musculaires étagées) et probable hypermobilité articulaire généralisée. Or, ces troubles n'ont pas empêché la recourante de travailler pendant toutes les années qui ont suivi et il n'y a pas de constatation objective établissant une péjoration de l'état de santé de la recourante.

L'assurée a subi des interventions chirurgicales au niveau de son pouce droit le 21 septembre 2018, puis de son pouce gauche le 9 novembre 2018. Elle avait déjà subi une cure au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne du medius à droite en décembre 2014, ainsi que de l'index et du medius gauche en décembre 2008, puis de l'annulaire droit en mai 2007, et enfin du tunnel carpien, de l'index, du medius et de l'annulaire gauche en 2006 et il n'en était pas résulté d'incapacité de travail durable consécutive à ces interventions. Si ces interventions ont généré des incapacités de travail de courte durée, aucune pièce au dossier ne donne des arguments médicaux permettant de conclure à une incapacité de travail durable en lien avec ces interventions ou les atteintes concernées.

On rappelle qu'en mars 2019, le Dr W. \_\_\_\_\_ a rapporté que l'assurée décrivait des cervicalgies chroniques sans irradiation radiculaire aux membres supérieurs, des lombalgies basses simples, sans irradiation radiculaire aux membres inférieurs et des douleurs des deux périhanches. L'examen clinique avait révélé une patiente à l'état général conservé. La statique rachidienne était dans la norme. Les mobilités rachidiennes étaient physiologiques et la mobilisation était relativement peu douloureuse. L'examen articulaire était sans particularité. L'examen orthopédique des membres inférieurs était normal. L'examen neurologique ne retrouvait pas de déficit sensitivo-moteur. Il n'y avait pas de signe d'irritation pyramidale. Les manœuvres de conflit disco-radicaire aux membres inférieurs et supérieurs étaient négatifs. Les réflexes ostéo-tendineux étaient normo-vifs et symétriques aux quatre membres. L'assurée présentait un tableau de rachialgies chroniques communes d'origine aspécifique probable, sans red flags ni signe de complication sur le plan neurologique. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a ajouté qu'il n'avait pas de diagnostic différentiel à type de rhumatisme inflammatoire évolutif, le tout évoluant dans un contexte d'hyperlaxité articulaire. Ces constatations ne décrivent pas un état de santé durablement invalidant.

Au vu de la durée d'évolution des douleurs, le Dr W. \_\_\_\_\_ a proposé à la recourante de participer à leur programme de restauration

fonctionnelle du rachis, ce qu'elle a fait en avril 2019. Cette prise en charge intervenait dans le cadre de ses rachialgies chroniques, soit lombalgies sur discarthrose avec arthrose postérieure marquée en L4/L5 et L5/S1, cervicalgies sur arthrose disco-vertébrale C4/C5 et discopathie sévère C5/C6 non-déficitaire et terrain d'hyperlaxité, soit tous les troubles rachidiens dont souffre la recourante. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a considéré que l'évolution était favorable avec une amélioration du ressenti douloureux et des indices objectifs mesurés en physiothérapie. A l'issue du séjour, il a recommandé la poursuite du suivi physiothérapeutique et des auto-exercices, en précisant que sur le plan médicamenteux, l'assurée ne prenait aucun traitement antalgique. Sur ce plan, on ne décèle ainsi aucun trouble durablement incapacitant.

Les radiographies des genoux de l'assurée effectuées en avril 2019 sont également rassurantes et n'ont rien révélé de plus que des altérations dégénératives débutantes en fémoro-tibial interne des deux côtés, sous la forme d'un discret pincement de l'espace articulaire, légèrement plus marqué à gauche, reflétant une chondropathie, sans ostéophytes ou d'autres anomalies associées, ainsi qu'une discrète dysplasie fémoro-patellaire bilatérale.

Le 11 décembre 2019, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale de l'annulaire gauche ressort. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué le 3 février 2020 que le pronostic sur le potentiel de réadaptation était une capacité de travail de 100 % et n'a relevé aucune limitation fonctionnelle dans quelque activité.

On ne peut déduire de l'ensemble de ces constatations aucune atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité, ni aucune limitation fonctionnelle durable.

L'intimé a donc retenu à bon escient l'absence d'atteinte durablement invalidante sur le plan physique.

**e)** A toutes fins utiles, on relève, à l'instar de l'intimé, que même en admettant que l'activité de laborantine exercée jusqu'en été 2015 n'aurait pas pu être reprise sur le plan psychiatrique pour des raisons médicales, une activité de laborantine dans un poste sans responsabilité aurait été envisageable à plein temps. Dans cette hypothèse, le préjudice économique (22,58 %) aurait été insuffisant à ouvrir le droit à une rente. Le calcul de la perte de gain fondé sur un revenu sans invalidité de 94'145 fr. 91 (selon rapport employeur, indexé) et un revenu d'invalidité de 72'887 fr. 64 (résultant de l'ESS TA1, 71200 contrôles et analyses techniques, niveau de compétence 2, année 2016, avec un abattement de 5 % en raison de l'âge) échappe à la critique. En particulier, il n'y aurait pas lieu de déduire un abattement pour les années de service auprès de J. \_\_\_\_\_ dès lors que la recourante a changé à plusieurs reprises de services et même de filiales (dans un autre pays), de sorte qu'elle a une bonne capacité d'adaptation. En outre, elle resterait dans le même domaine de compétences mais avec moins de responsabilité. Puis, les limitations fonctionnelles éventuelles seraient suffisamment prises en compte dans la retenue d'un poste sans responsabilité.

**6. a)** En l'absence d'atteinte invalidante, il n'est pas utile de procéder à une comparaison des revenus puisque la capacité de travail et de gain est réputée entière dans l'activité habituelle, ce depuis toujours.

**b)** Il n'y a pas lieu non plus d'examiner le droit à des mesures de reclassement professionnel puisque la recourante est apte à exercer son activité habituelle, ce même dans l'hypothèse décrite ci-avant au consid. 5e où elle subirait un préjudice économique de 22,58 %. Certes, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). Toutefois, lorsqu'une personne a recouvré la capacité à reprendre l'exercice de son activité habituelle, elle ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement (TF 9C\_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2). Il n'y a pas non plus d'invalidité au sens de l'art. 17 LAI (droit au reclassement) lorsque la

personne assurée est suffisamment réadaptée et qu'il est possible de lui procurer un emploi correspondant à ses aptitudes sans formation complémentaire ou lorsque, dans une situation équilibrée du marché du travail, il existe suffisamment d'activités non moins rémunérées que la précédente et dont l'exercice peut être exigé au regard de l'état de santé et des qualifications de l'assuré (Michel Valterio, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Commentaire, Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 8 ad art. 17).

**7. a)** En définitive, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 27 juillet 2020, confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe.

**c)** N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 27 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap (pour T. \_\_\_\_\_) ;
- 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 :