

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 février 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat, juge et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

P._____, à H._____, recourante, représentée par Me Jeanne-Marie Monney, avocate à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1973, a travaillé en tant que secrétaire-comptable pour le compte de la société S._____ SA jusqu'au 31 mars 2017, date pour laquelle l'employeur a résilié les rapports de travail pour des raisons économiques.

Souffrant de diverses atteintes à la santé (carcinome de la vulve et du col de l'utérus, hernie cervicale et dépression), P._____ a déposé, le 12 juillet 2017, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a fait état d'une incapacité totale de travail du 11 mai au 25 septembre 2016 puis de 50 % dès le 26 septembre 2016 en cours au jour de la demande, hormis une période d'incapacité totale de travail du 12 juin au 14 juillet 2017 en raison d'une opération chirurgicale. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins de l'assurée.

Dans un rapport du 29 novembre 2017, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'épicondylite chronique avec syndrome du tunnel carpien depuis 2015, de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite depuis 2015, de status après fracture trimalléolaire ostéosynthésée en juin 2011, d'asthme allergique modéré en aggravation depuis 2013 et de troubles de l'adaptation (réaction mixte anxieuse et dépressive) depuis 2007. Il a indiqué que l'intervention chirurgicale pratiquée le 13 juin 2017 avait permis d'exclure un cancer de la vulve (notion de précancérose). Selon le Dr L._____, les limitations fonctionnelles étaient liées à l'épicondylite droite avec impossibilité d'effectuer des manœuvres répétitives de pro-supination ; dans une activité adaptée à cette limitation, il a estimé que sa patiente devrait retrouver une pleine capacité de travail pour autant qu'elle s'astreigne à une reconversion professionnelle.

Dans un rapport du 11 décembre 2017, les Drs M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R._____, respectivement psychiatre et médecin assistant au Centre N._____, ont posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif persistant et de trouble panique à l'origine d'une incapacité de travail de 50 % dans la profession habituelle d'employée de commerce depuis le 1^{er} mars 2017. Moyennant une stabilisation de la situation personnelle et la poursuite du travail psychothérapeutique, ces médecins n'ont pas exclu que l'assurée puisse retrouver progressivement un état psychique lui permettant d'exercer une activité dans le domaine comptable au taux de 50 %, voire éventuellement de 80 %. La reprise d'une activité professionnelle à plein temps leur paraissait toutefois peu réaliste à ce stade.

Sollicitée pour détermination, la Dre G._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a déclaré être en mesure de valider la mise en place de mesures de réadaptation débutant à 50 % dans l'activité habituelle de l'assurée et pouvant augmenter progressivement jusqu'à 80 % (avis médical du 29 janvier 2018).

Le 1^{er} mars 2018, l'assurée a débuté une activité de secrétaire-comptable à 50 %, taux qu'elle a maintenu par la suite (courrier du 23 juillet 2018 à l'office AI).

Réinterpellé par l'office AI, le Dr M._____ a retenu les mêmes diagnostics que dans son rapport du 11 décembre 2017. Si l'évolution était globalement favorable dans la mesure où l'assurée avait pu reprendre une activité professionnelle à 50 %, l'humeur restait toutefois encore instable. A cela s'ajoutait qu'elle présentait toujours des troubles du sommeil et une diminution de la tolérance au stress. Il a également constaté la persistance d'une symptomatologie anxieuse pouvant par moment être handicapante et une thymie globalement abaissée. D'après ce médecin, la capacité de travail n'excédait pas 50 % depuis le 1^{er} mars 2017 et une amélioration n'était pour l'heure pas envisageable. Le risque

de rechute n'était par ailleurs pas négligeable en cas d'augmentation du taux d'activité (rapport du 17 juillet 2018).

En réponse aux questions complémentaires de l'office AI, le Dr L._____ a pour l'essentiel retenu les mêmes diagnostics que ceux posés dans son rapport du 29 novembre 2017, ajoutant ceux d'arthrose facettaire étagée L4-L5 des deux côtés connue depuis 2005, de status après excision partielle d'un cancer du col utérin et d'état dépressif persistant avec attaques de panique depuis plusieurs années. Aux limitations fonctionnelles du membre supérieur droit s'ajoutaient l'atteinte arthrosique facettaire bilatérale au niveau lombaire et l'évolution incertaine du cancer du col utérin. Il a estimé que, dans l'activité de secrétaire-comptable, considérée comme adaptée, la capacité de travail n'excédait pas en tous les cas 50 % (rapport du 6 août 2018).

Après analyse du dossier, le Dr J._____, médecin auprès du SMR, a recommandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne) afin de définir la capacité de travail exigible et les limitations fonctionnelles durables à prendre en compte tant d'un point de vue somatique que psychiatrique (avis médical du 31 octobre 2018).

Conformément à l'avis du Dr J._____, l'office AI a confié au Centre T._____ de C._____ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique (Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), de médecine interne générale (Dr Z._____, médecin praticien) et rhumatologique (Dr D._____, spécialiste en rhumatologie). Dans leur rapport de synthèse du 2 juillet 2019, les experts ont posé les diagnostics - ayant ou non une incidence sur la capacité de travail - de trouble panique (anxiété épisode paroxystique) plutôt aléatoire et d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique tous deux existant depuis 2016, d'arthrose inter-apophysaire postérieure lombaire basse, de compression du nerf cubital au coude gauche et de discopathie cervicale. Ils ont retenu que, en raison de ses troubles psychiatriques, l'assurée avait présenté une capacité de travail

de 50 % du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018. A compter du 1^{er} mars 2018, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kilos, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 10 kilos ponctuellement, pas d'effort de préhension répété de la main gauche, pas de position à genoux ou accroupie prolongée et pas de marche en terrain irrégulier.

Le 13 septembre 2019, le Dr J._____ a déclaré faire sienne l'appréciation des experts du Centre T._____.

Par projet de décision du 13 janvier 2020, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui dénier le droit à une rente d'invalidité, ce qu'il a confirmé par décision du 24 février 2020.

B. Par acte du 23 mars 2020, P._____ a contesté la décision du 24 février 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Elle a fait valoir que son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une activité professionnelle à un taux supérieur à celui de 50 %. La position statique assise avait aggravé ses douleurs et elle consacrait une large partie de son temps libre à se reposer pour tenter de les soulager. Il en résultait des difficultés dans l'accomplissement de ses tâches domestiques impliquant une sollicitation accrue de l'aide de son fils, ce qui avait notamment eu pour effet la fin prématurée de son apprentissage.

Le 17 juin 2020, l'office AI a informé le conseil de l'assurée, Me Jeanne-Marie Monney, avocate, de l'annulation de la décision du 24 février 2020 et du fait que seul le projet de décision du 13 janvier 2020 demeurait en cours à ce jour.

Par arrêt du 22 juillet 2020 (cause AI 101/20 - 247/2020), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rayé la cause du rôle ensuite du retrait du recours par l'assurée.

C. Dans ses déterminations adressées le 10 septembre 2020, P._____, toujours représentée par son conseil, a contesté la capacité de travail retenue par les experts du Centre T._____. Elle a critiqué aussi bien leur évaluation consensuelle que les conclusions qu'ils en avaient tirées sur les plans psychique et somatique. De plus, elle a fait valoir que la date du début de l'incapacité de travail donnant droit à une rente n'avait pas fait l'objet d'investigations suffisantes, tant sur le plan somatique que du point de vue psychiatrique. Dans la mesure où elle présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis 2016 à tout le moins, le droit à la rente était ouvert à compter du 1^{er} janvier 2018 compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestations. A l'appui de ses allégations, elle a produit les documents suivants :

- un rapport du 3 septembre 2020, dans lequel le Dr L._____ faisait état de diverses critiques à l'endroit de l'expertise du Centre T._____ ; il estimait que sa patiente présentait une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle d'employée de bureau, laquelle était adaptée ;
- un rapport du 1^{er} septembre 2020, aux termes duquel le Dr M._____ confirmait les diagnostics retenus dans ses rapports des 11 décembre 2017 et 17 juillet 2018 et expliquait en quoi son appréciation divergeait de celle du Dr W._____ ; selon le Dr M._____, la capacité de travail de l'assurée n'excédait pas 50 % en toute activité professionnelle même protégée ;
- un rapport du 8 septembre 2020 de Q._____, infirmier spécialisé en psychiatrie, dans lequel, à l'instar du Dr M._____, il exposait ses observations à propos du volet psychiatrique de l'expertise du Centre T._____ et livrait ses propres constatations quant à l'état psychique de l'assurée, lequel faisait, selon lui, obstacle à une capacité de travail supérieure à 50 % pour autant que l'environnement professionnel fût favorable.

Le 5 novembre 2020, le Dr J._____ a jugé que les éléments médicaux transmis en procédure d'audition n'étaient pas de nature à modifier les conclusions de l'expertise du Centre T._____.

Par décision du 5 novembre 2020, l'office AI a entériné son refus d'octroyer une rente d'invalidité à l'assurée.

D. **a)** Par acte du 14 décembre 2020, P._____, toujours représentée par Me Monney, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2018, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI afin qu'il complète l'instruction en mettant en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire portant sur les aspects somatiques (médecine interne et rhumatologie) et psychique de son état de santé. D'un point de vue formel, elle se plaignait d'une violation de son droit d'être entendue, en invoquant un défaut de motivation de la décision attaquée. Sur le fond, elle contestait la valeur probante de l'expertise du Centre T._____ en soulevant divers griefs concernant l'évaluation consensuelle ainsi que les conclusions des experts aux plans psychique et somatique. Selon l'assurée, sa capacité de travail ne pouvait nullement être établie en se fondant sur cette expertise. Elle était en effet lacunaire et comprenait de graves contradictions. En outre, ses conclusions étaient contestées de manière étayée par ses médecins traitants, s'agissant notamment de la capacité de travail, laquelle n'excédait pas 50 %, tant sur le plan psychique que somatique. D'autre part, l'assurée faisait également valoir que c'était à tort que l'office AI avait retenu que l'incapacité de travail sans interruption notable était inférieure à une année. En effet, les Drs M._____ et L._____ retenaient la présence de diagnostics invalidants à l'origine d'une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis 2016 à tout le moins. Quant à la date de la fin de l'incapacité de travail, fixée au 1^{er} mars 2018, elle ne correspondait à aucun élément médical attesté ni sur le plan psychiatrique ni sur le plan somatique. Or les médecins traitants s'accordaient pour dire que ces incapacités perduraient jusqu'à ce jour, dans la mesure où ils estimaient

que l'assurée n'était pas à même d'exercer une activité adaptée à un taux dépassant 50 %. Il apparaissait ainsi que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité étaient remplies et que le droit à la rente prenait naissance le 1^{er} janvier 2018, compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestations.

b) Dans sa réponse du 16 février 2021, l'office AI a expliqué que, dans la mesure où la prise de position du SMR du 5 novembre 2020 avait été transmise à l'assurée, son droit d'être entendu n'avait pas été violé. Sur le fond, il a indiqué qu'il n'existait pas d'élément médical permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise du Centre T._____, laquelle satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Quant aux rapports médicaux produits en septembre 2020, le SMR a estimé dans son avis du 5 novembre 2020 qu'ils n'étaient pas de nature à modifier les conclusions des experts. En conséquence, l'office AI a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique reçue par le greffe de la Cour de céans le 11 juin 2021, P._____ a maintenu, sur le plan formel, que son droit d'être entendue avait été violé. Sur le fond, elle a répété que le rapport d'expertise du Centre T._____ du 2 juillet 2019 était dépourvu de valeur probante. En se bornant notamment à fixer sans aucune explication une période d'incapacité de travail limitée dans le temps, il s'avérait manifestement incomplet. De plus, le fait que ce rapport contienne de nombreuses contradictions, s'agissant des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, remettait en cause le bien-fondé des conclusions expertales. Sur le plan somatique, l'assurée se prévalait d'un rapport du Dr L._____ du 26 mai 2021 joint en annexe et faisant état d'une aggravation de la symptomatologie asthmatique ainsi que d'une péjoration de la problématique d'incontinence mentionnée dans l'expertise mais non investiguée par les experts. Le Dr L._____ considérait dès lors que de nouvelles limitations fonctionnelles devaient être retenues, ce qui réduisait la capacité de travail résiduelle de l'assurée à 20 % au maximum dans une activité adaptée. Sous l'angle psychique, l'assurée a expliqué qu'en raison de l'incapacité de travail prolongée de

son psychiatre traitant, un nouveau suivi avait été mis en place auprès de la Consultation B._____ de H._____, produisant un rapport établi le 6 mai 2021 par le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V._____, psychologue, qui excluait toute capacité de travail résiduelle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Forte de l'ensemble de ces éléments, elle sollicitait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale portant à la fois sur les aspects somatiques (médecine interne, rhumatologie mais aussi urologie et gastroentérologie) et psychique de son état de santé.

d) Dans sa duplique du 5 juillet 2021, l'office AI a indiqué avoir soumis au SMR les rapports des 6 et 26 mai 2021 produits par l'assurée à l'appui de sa réplique. Dans son avis du 24 juin 2021, le Dr J._____ estimait que, tant sur le plan somatique que psychique, une aggravation, vraisemblablement intervenue après le mois de novembre 2020, était plausible. Toutefois, l'ampleur et la durée des éventuelles répercussions sur les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale n'avaient pu être établies. Partant, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours non sans rappeler que si l'aggravation survenue en fin d'année 2020 devait perdurer, il était loisible à l'assurée de déposer une nouvelle demande de prestations.

e) S'exprimant par pli du 7 septembre 2021, P._____ a pris acte de ce que l'office AI admettait la péjoration de son état de santé intervenue au mois de novembre 2020 et qu'il lui appartenait de déposer une nouvelle demande de prestations. Elle estimait néanmoins qu'il ressortait des rapports des 6 et 26 mai 2021 que la péjoration de son état de santé somatique et psychique était existante à la date de la décision attaquée ou, à tout le moins, que l'aggravation survenue postérieurement était étroitement liée à l'objet du litige. Elle devait donc être prise en considération dans le cadre de la présente procédure. L'assurée a ajouté que les examens complémentaires évoqués en réplique (bilan urodynamique et gastroentérologique) n'avaient pas pu être mis en œuvre car elle avait été victime d'un accident en date du 26 juin 2021, si bien qu'ils avaient été ajournés. En incapacité totale de travail depuis lors, elle

faisait l'objet de soins à domicile par une stomathérapeute. Elle a confirmé ses réquisitions d'instruction tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

f) Le 26 novembre 2021, P._____ a informé la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal que la péjoration de son état de santé avait nécessité son hospitalisation à la Clinique X._____ jusqu'au 7 décembre 2021 au moins. Elle a joint un rapport du 10 novembre 2021 du Dr L._____ dans lequel celui-ci expliquait à ses confrères la situation orthopédique de sa patiente, tout en attirant leur attention sur la problématique d'incontinence. L'assurée a également produit un rapport établi le 28 septembre 2021 par F._____, ergothérapeute, qui décrivait les répercussions des atteintes à la santé sur sa vie quotidienne et ses relations familiales.

g) Par pli du 13 décembre 2021, l'office AI a relevé que l'hospitalisation à la Clinique X._____ était postérieure à la décision attaquée. Il en allait de même des événements relatés par le Dr L._____ dans son rapport du 10 novembre 2021. Il a indiqué pour le surplus qu'il n'avait rien à ajouter à ses précédentes écritures et a derechef conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

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 5 novembre 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. Il convient en premier lieu d'examiner le grief formel soulevé par la recourante, selon lequel son droit d'être entendue aurait été violé en tant que la décision attaquée serait insuffisamment motivée.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne

concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé. La motivation de la décision du 5 novembre 2020, dont le courrier d'accompagnement daté du même jour fait partie intégrante, permet de comprendre parfaitement quels éléments ont été retenus par l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. Il a ainsi estimé que la recourante ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité et qu'aucun élément médical objectif n'établissait que sa capacité de travail fût limitée. En réalité, en tant que la recourante reproche à l'office intimé de n'avoir pas motivé de manière suffisamment intelligible son refus de rente, le grief se confond avec celui d'arbitraire dans la constatation des faits et l'appréciation des preuves. Il convient donc de l'examiner avec le fond du litige.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le

marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. a) En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, il n'y a pas lieu de retenir les conclusions finales de l'expertise du Centre T. _____ - suivies par l'office intimé pour rendre la

décision attaquée -, d'après lesquelles la recourante avait présenté une capacité de travail de 50 % du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018 et de 100 % à compter du 1^{er} mars 2018.

b) Sur le plan somatique, la recourante présente des problèmes rhumatologiques et de médecine interne.

aa) S'agissant du volet rhumatologique, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions rapportées par le Dr D._____, selon lesquelles les atteintes objectives sont plutôt modérées s'agissant du rachis lombaire et cervical. S'il subsiste une atteinte du nerf cubital au coude, il n'y a toutefois aucun signe d'épicondylite droite ni d'atteinte de la coiffe des rotateurs à droite. De plus, la diminution de la force musculaire de la main gauche n'empêche pas l'assurée, droitère, d'effectuer pratiquement tous les gestes de la vie quotidienne. Bien que, dans son rapport du 3 septembre 2020, le Dr L._____ émette des critiques générales sur le contenu de l'analyse et sur la méthodologie employée, il n'explique pas quelles constatations de l'expert seraient objectivement erronées. Le médecin traitant de la recourante met également en avant la survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé cervicale et de l'épaule droite de sa patiente, fait qui n'est toutefois pas quantifiable et qui ne saurait être pris en considération en l'état.

bb) Quant aux problèmes de médecine interne générale, ils n'entraînent aucune incapacité de travail (cf. rapport d'expertise du 2 juillet 2019, p. 17).

c) aa) S'agissant du volet psychiatrique, les diagnostics retenus par le Dr W._____ de trouble panique (anxiété épisode paroxystique) et d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique - formulés de façon péremptoire - ne résultent pas d'une discussion reposant sur les éléments recueillis au cours de l'anamnèse ou sur les observations cliniques effectuées par l'expert. On s'étonne en particulier que le passé de maltraitance évoqué par la recourante ainsi que les difficultés relationnelles avec son fils cadet ne fassent pas l'objet d'un

examen plus détaillé de la part de l'expert. Cela étant, le volet psychiatrique de l'expertise ne permet pas de comprendre les raisons pour lesquelles il y a lieu de retenir actuellement, contrairement à l'avis des médecins de la recourante, une pleine capacité de travail sur le plan psychique, les développements que l'expert consacrent à l'évaluation médicale et médico-assurantielle étant particulièrement brefs. Ainsi, le Dr W._____ ne donne aucune explication quant à la date du 28 février 2018 qu'il a retenue pour mettre un terme à l'incapacité de travail de 50 % admise pour la période antérieure (alors même que les Drs M._____ et L._____ renaient dans leur rapport des 17 juillet 2018 et 6 août 2018 une capacité de travail inchangée de 50 %). Tout au plus peut-on la déduire des indications fournies par l'assurée, selon lesquelles elle avait débuté une activité de secrétaire-comptable dans une fiduciaire à 50 % depuis le 1^{er} mars 2018 (cf. rapport d'expertise du 2 juillet 2019, p. 5). Or il ne ressort pas des informations rapportées par la recourante au cours de l'anamnèse et des explications données par l'expert des éléments objectifs qui permettraient de retenir une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante ; à cet égard, l'expert ne se prononce pas sur l'évolution dans le temps de la symptomatologie psychiatrique. D'ailleurs, ni l'intimé ni le SMR, alors qu'ils ont été expressément interpellés sur cette incohérence, n'ont été en mesure de fournir une explication permettant de justifier le choix de cette date. A la lumière des conclusions prises, l'expertise ne constitue objectivement qu'une appréciation clinique différente de la situation médicale - demeurée inchangée - de la recourante. Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (sur les exigences en matière de preuve pour une évaluation médicale dans le cadre d'une révision, cf. TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2, in SVR 2012 IV n° 18 p. 81, et 8C_441/2012 du

25 juillet 2013 consid. 6, in SVR 2013 IV n° 44 p. 134), ce qui ne ressort manifestement pas du volet psychiatrique de l'expertise.

bb) Il n'y a pas lieu en l'occurrence de s'écarter des évaluations de la santé psychique rapportées par les personnes en charge du suivi de la recourante, soit le Dr M. _____ (rapports des 11 décembre 2017, 17 juillet 2018, 1^{er} septembre 2020) et l'infirmier spécialisé Q. _____ (rapport du 8 septembre 2020), lesquels font état d'une situation stationnaire et d'une capacité de travail inchangée de 50 %.

d) Au final, il convient de retenir que la recourante présente depuis le 1^{er} mars 2017 une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de secrétaire-comptable. Au vu du délai d'attente et de la date du dépôt de la demande de prestations en juillet 2017, la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2018.

6. a) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision du 5 novembre 2020, en ce sens que P. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2018.

b) Dans la mesure où les dernières pièces médicales produites par la recourante semblent attester d'une aggravation de son état de santé survenue postérieurement à la décision litigieuse, il convient d'inviter l'office intimé à examiner si le droit à la rente de la recourante ne doit pas donner lieu à révision.

7. a) 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 intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'400 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des

frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 5 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que P. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2018.

- III. Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il procède conformément aux considérants.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P. _____ une indemnité de dépens, fixée à 2'400 fr. (deux mille quatre cents francs).

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jeanne-Marie Monney, avocate (pour P. _____),
- 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).

Le greffier :