

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 septembre 2022

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

M. Neu et Mme Durussel, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 28 aLAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, est mariée et mère de quatre enfants désormais adultes. Sans formation professionnelle, elle a notamment exercé l'activité d'opératrice de production à 100 % auprès de S._____SA jusqu'au 31 mai 2012. Elle a ensuite émargé à l'assurance-chômage et est femme au foyer depuis le 1^{er} juin 2014.

L'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande déposée le 9 mai 2017 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli un rapport auprès du Dr C._____, médecin généraliste traitant. Ce dernier a mentionné, le 12 septembre 2017, les diagnostics incapacitants de tendinopathie du sus-épineux bilatérale, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), ainsi que de personnalité anxieuse et évitante (F.60.6). Il a au surplus renvoyé aux différents rapports de spécialistes joints en annexe, à savoir :

- un rapport de radiologie du 5 mai 2010, concluant à des troubles statiques du rachis cervical avec des discopathies en C3-C4 et C4-C5 associées à ce dernier niveau à un rétrolisthésis ;
- un rapport du 7 novembre 2011 du Dr D._____, spécialiste en cardiologie, retenant notamment une absence d'ischémie myocardique et d'arythmie, une bonne fonction systolique ventriculaire gauche, ainsi qu'une extrasystolie ventriculaire de très haute incidence originaire du ventriculaire gauche ; le bilan s'avérait rassurant et le pronostic excellent ;
- un rapport de radiologie du 26 novembre 2014, concluant à une sténose cervicale modérée et uncarthrose droite et gauche sévère en C3-C4 sur protrusion discale

postéromédiane légèrement sténosante et remaniements spondylarthrosiques et uncarthrosiques sévères, une sténose canalaire modérée et une sténose foraminale droite et gauche sévère en C4-C5 sur hernie discale postéromédiane légèrement sténosante, avec des remaniements spondylarthrosiques et uncarthrosiques sévères, une légère sténose canalaire et foraminale en C5-C6 sur protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante et remaniements spondyl-uncarthrosiques, ainsi qu'une légère sténose canalaire en C6-C7 sur protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante ;

- un rapport consécutif à un scanner thoracique du 27 novembre 2014, observant des aspects compatibles avec une fracture non consolidée avec pseudarthrose de l'arc postéro-latéral de la douzième côte droite, une absence de lésion pulmonaire, et une extasie de l'aorte thoracique ;
- un rapport consécutif à une mammographie et une échographie mammaire du 24 novembre 2015, constatant une lésion à cheval sur les quadrants externes du sein gauche dont les aspects étaient compatibles avec un fibroadénome, pour laquelle une ponction-biopsie était préconisée.

Par avis médical du 1^{er} mai 2018, le Service médical régional de l'AI (SMR) a conclu à l'absence d'atteinte à la santé incapacitante relatée par le médecin traitant.

Par projet de décision du 7 mai 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente, au motif qu'elle ne présentait pas d'incapacité de travail au sens de l'AI.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 24 mai 2018, soutenant que son état de santé avait commencé à se dégrader en 2010,

alors qu'elle travaillait chez S._____SA. Elle avait totalisé près de 300 jours d'absence pour des raisons de maladie. Elle se prévalait de différents certificats médicaux attestant de plusieurs incapacités de travail entre le 9 octobre 2011 et le 20 septembre 2013, ainsi que d'une incapacité totale de travail pour des raisons psychiques du 2 septembre 2013 au 31 mai 2014.

Le 26 juin 2018, l'assurée a informé l'OAI de la réalisation d'examens médicaux complémentaires. Etaient notamment annexés un rapport de radiologie du 1^{er} décembre 2015, recommandant d'exciser la lésion du sein gauche, et un rapport du 2 décembre 2015 du Dr G._____, pathologiste, concluant à un parenchyme mammaire sans lésion notable.

Par avis du 9 juillet 2018, le SMR a réitéré que les pièces médicales produites ne permettaient pas de reconnaître une atteinte à la santé durablement incapacitante.

L'OAI a rendu sa décision le 12 juillet 2018, confirmant son projet de décision du 7 mai 2018 de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité.

B. Par acte du 17 juillet 2018, transmis par l'OAI à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 19 juillet 2018, l'assurée a recouru contre la décision précitée, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à cet office pour mise en œuvre d'une expertise médicale. Elle a subséquemment produit un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis cervical du 9 octobre 2018. Ce document concluait à une sténose canalaire modérée et une sténose foraminale sévère des deux côtés en C3-C4 sur protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante et remaniements cervic-uncarthrosiques, à une sténose canalaire modérée à marquée et une sténose foraminale sévère des deux côtés en C4-C5 sur hernie discale postéromédiane modérément sténosante et remaniements cervic-uncarthrosiques sévères, ainsi qu'à une suspicion de foyer de myélopathie cervicale à la hauteur de C4-C5.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu un arrêt le 11 janvier 2019 en la cause AI 230/18 - 8/2019, par lequel elle a observé que le rapport d'imagerie du 9 octobre 2018 justifiait une instruction complémentaire de l'état de santé somatique de l'assurée. Elle a par conséquent annulé la décision de l'OAI du 12 juillet 2018 et prononcé le renvoi de la cause à l'administration pour procéder aux mesures d'instruction utiles avant nouvelle décision.

C. En exécution de cet arrêt, l'OAI a sollicité un rapport médical actualisé du Dr C._____. Celui-ci a réitéré, le 17 avril 2019, que sa patiente souffrait d'une tendinopathie du sus-épineux, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et d'une personnalité anxieuse, lesquels entraînaient une incapacité totale de travail « de longue date ». Il annexait le rapport d'une consultation spécialisée du 9 avril 2019, rédigé par le Dr H._____, spécialiste en neurologie. Ce dernier relevait que les céphalées dont se plaignait l'assurée étaient des céphalées de tension, en partie secondaires aux cervicalgies chroniques. Il ne retrouvait aucun signe clinique en faveur d'une myélopathie. L'étendue des plaintes rapportées dépassaient largement le tableau clinique constitué par les troubles dégénératifs. Une prise en charge antalgique et psychologique était recommandée. Sur le plan neurologique, aucun déficit clinique ne justifiait une incapacité de travail.

Par rapport à l'OAI du 17 juillet 2019, le Dr H._____ s'est référé à la teneur de son rapport d'examen du 9 avril 2019 susmentionné. Il a confirmé que l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail pour des motifs neurologiques.

Sur avis du SMR du 3 décembre 2019, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont le mandat a été confié au Centre d'expertises médicales L._____SA (ci-après : le L._____SA) le 5 mai 2020.

Dans l'intervalle, l'assurée a informé l'OAI, par courrier du 17 février 2020, de sa prise en charge auprès de la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle a subséquemment indiqué avoir fait l'objet d'une hospitalisation, dès le 5 mai 2020, au sein du Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier T._____. La lettre de sortie, établie le 28 mai 2020 par ledit centre, fait état des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, et de trouble mixte de la personnalité. Peuvent être également mises en évidence les considérations suivantes :

« [...] Durant le séjour, l'évolution clinique est globalement favorable. La thymie est stable, nous ne constatons pas d'état anxieux aigu, Mme B._____ n'exprime aucune plainte spontanée concernant les hallucinations auditives (nous n'observons aucun élément allant dans ce sens, poursuite oculaire ou attitude d'écoute). Elle reste toutefois très plaintive en termes de douleurs somatiques et de fatigue, discours parfois discordant de nos observations sur le service (patiente souriante, discrète mais qui se sociabilise correctement, adoptant parfois un rôle maternel avec d'autres patients et respectueuse du cadre hospitalier, participe volontiers aux séances de physiothérapie et de balade). Durant les entretiens, elle se montre souvent très plaintive, parfois démonstrative, exprimant souvent sa crainte de ne pas être entendue, crue ou comprise, se positionnant souvent en tant que victime. Sa capacité d'élaboration est assez faible, elle peine à se concentrer sur la crise actuelle, digresse perpétuellement sur le passé et les maltraitements vécus dans son enfance. Bien que collaborante en surface, il reste actuellement difficile d'aider concrètement Mme B._____ qui rejette souvent nos propositions (RI, mesures de réinsertion, ...), préférant maintenir une certaine homéostasie dans laquelle elle se repose principalement sur l'autre pour trouver des solutions (conjoint, fils, médecins, AI). Elle refuse pour l'instant toute proposition concrète en terme social, position que nous respectons tout en la confrontant à certaines contradictions évidentes entre ses demandes d'aide et la position passive (voire oppositionnelle) qu'elle adopte (p.ex. conflits avec [sa] mère mais refus de tout dialogue, demande d'aide mais tendance à refuser la proposition, peine à faire confiance et se confier au thérapeute).

[...]

Status à la sortie

Patiente orientée, calme, collaborante, thymie conservée (sans idées suicidaires), absence de symptômes psychotiques, présente [une] réactivation avant la sortie (sous forme de baisse de la thymie, plaintes multiples et somatiques), réactivation qui nous permet de confronter la patiente et travailler sur son fonctionnement relativement passif voire oppositionnel aux changements, et la nécessité donc d'investir son suivi ambulatoire avec vous-même, Dre J._____, si volonté de changement. Patiente en accord avec le projet de sortie. [...] »

Par rapport à l'OAI du 18 juin 2020, la Dre J._____ a fait part de l'incapacité totale de travail de sa patiente, à compter de sa prise en charge en novembre 2019. Celle-ci souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, d'un trouble mixte de la personnalité (dépendante, passive-agressive, histrionique) et d'un trouble psychosomatique indifférencié, depuis environ 10 ans. Elle présentait des symptômes dépressifs résiduels, de type fatigabilité, faible endurance, tristesse, difficultés de concentration de légère à moyenne, mais avec d'intenses fluctuations durant la journée. La spécialiste relatait également des insomnies, des larmes, une tristesse profonde, une culpabilité, une faible estime de soi, des idées de mort passives, une anhédonie, une faiblesse, des angoisses et un pessimisme.

L'assurée a été expertisée au sein du L._____SA en juin 2020 par les Drs K._____, spécialiste en médecine interne générale, P._____, spécialiste en rhumatologie, et M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport d'expertise, rédigé le 9 septembre 2020, fait mention des diagnostics de cervicalgies (M50.2), de douleur scapulaire (M75.9), de neurasthénie (F48.0), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01), d'hypertension artérielle (I10) et de céphalées de tension (G442). Selon les experts, l'assurée était dotée d'une capacité de travail nulle dans une activité physique, mais de 80 % dans une activité adaptée depuis le 26 novembre 2014. Les limitations fonctionnelles, du registre rhumatologique, avaient trait au port de charges de plus de 8 kg, au travail les bras en hauteur avec les épaules au-dessus de 90° d'antépulsion, à l'hyperextension et aux flexions répétées du rachis cervical, ainsi qu'à la rotation du cou associée à une hyperextension. Une fatigue et une tristesse étaient prises en compte sur le plan psychiatrique. Les experts ont justifié leur appréciation consensuelle du cas en ces termes :

« [...] Madame B._____ présente [...], au niveau cervical, une atteinte anatomique objective sous forme d'une discarthrose et d'une hernie discale, avec contrainte confirmée par l'imagerie et inflammation discale avec œdème des plateaux tibiaux (Modic). Il n'y a toutefois pas de répercussion importante à l'examen clinique

actuel : pas d'atteinte radiculaire fonctionnelle ni complication neurologique ; toute chirurgie a été d'ailleurs été réfutée. En revanche, l'atteinte anatomique est susceptible de se décompenser et de générer des manifestations radiculaires, sur décompensation d'un canal cervical rétréci, d'où contre-indication à certains efforts physiques.

L'atteinte ostéoarticulaire n'a pas de conséquences fonctionnelles, tant sur les activités quotidiennes que professionnelles, comme l'explique l'expertisée. Il n'y a pas de symptomatologie canalaire carpienne susceptible de faire échapper les objets ou gêner l'alimentation. Il n'y a pas non plus d'atteinte neurologique.

Sur le plan psychiatrique, il y a d'importantes divergences entre les dires de l'expertisée et les différents rapports figurant au dossier, que nous mettons sur le compte d'un facteur culturel qui n'a pas été tenu en compte jusqu'à présent. Ainsi, ni son médecin généraliste, ni les différents psychiatres consultés en 2014, ni l'expertise psychiatrique réalisée en 2012, ni son psychiatre actuel ne mentionnent les difficultés rencontrées par Madame B. _____ dans son enfance, difficultés qui la hantent et qui la poursuivent depuis toujours, selon ses dires. Elle dit avoir été maltraitée par sa mère, avoir subi un viol et elle a dû se marier de force à l'âge de 14 ans et demi. Des facteurs culturels nous échappent peut-être dans la notion qu'elle a de la souffrance, ce d'autant plus qu'elle ne s'entend plus avec son mari et qu'elle aimerait retrouver une indépendance financière : c'est pourquoi elle compte sur le fait d'obtenir une rente AI.

Nous pensons que l'expertisée a plus de ressources qu'elle veut bien le faire croire. C'est en tout cas l'impression clinique qu'elle nous a donnée tout au long des entretiens. Elle a également des mécanismes adaptatifs qui sont diminués en raison de ses douleurs, mais il faut dire qu'elle en tire aussi beaucoup d'avantages, car toute la famille se met autour d'elle pour l'aider.

Nous avons retenu le diagnostic de neurasthénie qui regroupe les plaintes de l'expertisée et tient compte du facteur culturel, ainsi, ce qu'elle appelle des hallucinations auditives correspondent à des illusions senso-perceptives et n'entrent pas dans un registre psychotique. Le trouble dépressif a toujours été, à notre connaissance, d'un degré léger.

Les plaintes actuelles consistent en fatigue, faiblesse dans les mains depuis ces derniers temps, elle sent comme des picotements dans les mains et dans les pieds. Elle a du mal à plier les doigts, faiblesse dans les jambes. Elle a souvent des malaises.

L'examen clinique pluridisciplinaire a mis en évidence l'atteinte cervicale, la douleur scapulaire ainsi que les caractéristiques de la neurasthénie chez une expertisée qui s'attend à avoir l'AI pour devenir indépendante financièrement.

La présente évaluation corrobore les diagnostics rhumatologiques, mais pas psychiatriques figurant au dossier et les incapacités qu'ils entraînent.

[...]

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

La personnalité avec des mécanismes adaptatifs a peu d'incidence, mais il y a une influence des facteurs culturels chez l'expertisée dans les manifestations de ses difficultés tant somatiques que physiques.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Selon l'expert en médecine interne, l'expertisée a la capacité de s'adapter à règles et routines. Elle se décrit comme étant très dépendante de son entourage familial, c'est-à-dire de son mari et de son fils, surtout depuis 4 ans, les laissant planifier et structurer les tâches à sa place. Il y a altération des relations sociales. Elle ne dispose pas du permis de conduire, mais peut être autonome pour ses déplacements. Madame B._____ est capable de s'assumer en partie elle-même ayant parfois recours à l'aide de son fils pour les soins personnels. Au total, ses ressources actuelles sont jugées moyennes.

Selon l'expert psychiatre, Madame B._____ a plus de ressources qu'elle ne veut bien le faire croire. Nous pensons qu'elle est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et de structurer ses tâches. Pour mémoire, lorsqu'elle va [...], elle se sent beaucoup mieux qu'en Suisse, car elle peut aller sur la tombe de son père. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement. La capacité de mobiliser ses compétences et ses connaissances est toutefois perturbée par le sentiment qu'elle a de ne plus pouvoir travailler. Tout ceci, selon nous, est influencé par des facteurs culturels. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement. Selon elle, elle n'est pas capable d'initiatives et d'activités spontanées, mais nous n'avons pas pu l'objectiver. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation. Elle dit qu'elle ne peut pas établir le contact avec des tiers, mais nous pensons qu'elle a toujours bien vécu entourée de sa famille. Théoriquement elle est apte à vivre en groupe et à lier d'étroites relations. Depuis son arrivée en Suisse, elle a toutefois vécu au sein de sa famille et beaucoup moins à l'extérieur. Elle dit qu'elle ne peut pas prendre soin d'elle-même à cause de ses symptômes somatiques, mais qu'elle peut subvenir à ses besoins. Elle a les moyens de se déplacer, mais elle a souvent besoin de quelqu'un pour l'accompagner, car elle dit qu'elle tombe souvent dans les pommes. Sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de ce qu'elle appelle sa « souffrance » (celle-ci est liée à des facteurs culturels importants).

4.6. Contrôle de cohérence

L'expert psychiatre signale que les plaintes de l'expertisée ne sont ni plausibles ni cohérentes. Elle dit qu'elle ne peut rester assise que quelques minutes alors qu'elle n'a pas bougé pendant tout l'entretien. Ce qu'elle appelle des hallucinations auditives correspondent plutôt, chez elle, à des illusions senso-perceptives et n'entrent pas dans un registre psychotique. Il existe aussi des incohérences entre ce qu'elle a dit et les différents rapports psychiatriques qu'elle nous a fournis.

L'expert rhumatologue signale que Madame B._____ n'a que très peu bougé son dos et ses membres lors de l'examen clinique, elle a parfaitement mobilisé le rachis cervical pendant l'entretien et montré, avec d'amples mouvements des épaules, quels étaient les gestes professionnels réalisés dans son entreprise.

L'expert en médecine interne signale que l'expertisée n'a pas manifesté de stress apparent. Le discours est cohérent, fluide, avec réponses adaptées aux questions. La position assise est maintenue pendant toute la durée de l'entretien sans manifester d'inconfort. [...] »

Sur demande de précisions du SMR, le L._____ SA a complété son évaluation comme suit, par courrier du 23 novembre 2020 :

« [...] 1. Merci d'évaluer de façon formelle l'impact fonctionnel des troubles selon les indicateurs de la jurisprudence en cours (à l'attention de l'expert psychiatre)

Réponse : Nous avons déjà répondu dans le rapport psychiatrique, notamment à la question 7.4 (critères de la Mini-ICF), et expliqué (questions 6 et 7.3) les motifs pour lesquels les diagnostics retenus ne sont pas susceptibles de restreindre la capacité d'exécuter une tâche ou une action. Nous avons aussi évoqué les ressources psychologiques de l'expertisée. Par ailleurs, les plaintes alléguées par Madame B. _____ ne sont pas plausibles, cohérentes ni présentes dans tous les domaines de la vie quotidienne. Nous avons aussi soulevé l'importance de l'aspect culturel dans la présentation des symptômes.

Ces explications sont rapportées dans la rubrique 4.5 de la synthèse.

2. Merci de donner précisément la CT [réd. : capacité de travail] dans l'activité d'agente de production avec son historique (consensuellement)

Réponse : En tant qu'agent de production, la capacité de travail a été :

- du 01.08 au 31.05.2012 : 100%
- de 2012 à 2014 : l'expertisée a été au chômage.
- dès le 26.11.2014 : capacité de travail de 80 % en tant qu'agent de production (plein temps avec 20 % de baisse de rendement).
- du 5 au 27.05.2020 : incapacité de travail totale (hospitalisation [...])

3. Merci de donner la CTAA [réd. : capacité de travail dans une activité adaptée] avec son historique (consensuellement)

Réponse : Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 % depuis toujours, mis à part durant l'hospitalisation [...]. »

Le SMR s'est rallié aux conclusions des experts ci-dessus dans un rapport final du 8 décembre 2020.

L'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée le 11 janvier 2021, sur la base des statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), et mis en évidence un taux de 5 %.

Par projet de décision du 12 janvier 2021, il a signalé à l'assurée envisager de lui refuser des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, vu le taux d'invalidité précité.

L'assurée a manifesté son désaccord avec la position de l'OAI par courrier du 25 janvier 2021, complété le 2 mars 2021, contestant l'appréciation médicale de son cas. Elle a adressé à l'OAI de nouvelles

pièces, dont notamment un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 4 février 2021. Les conclusions mentionnaient le peu d'évolution de la situation de la colonne cervicale depuis 2018, une sténose foraminale bilatérale due à une uncarthrose avec ostéophytose très marquée bilatérale en C3-C4, une uncarthrose avec protrusion discale en barre postérieure entraînant un rétrécissement des trous de conjugaison bilatéraux et un canal cervical étroit sans myélopathie sous-jacente en C4-C5, une minime majoration d'une protrusion médiane du disque à l'étage C6-C7 et la stabilité d'une protrusion discale D2-D3 et D3-D4. Était également produit un rapport de la Dre J. _____ du 2 février 2021, laquelle réitérait les diagnostics précédemment avancés et soulignait ce qui suit :

« [...] **Les limitations fonctionnelles entraînant une incapacité de travail :**

Les limitations présentées sont en fonction de sa thymie dépressive, fragile, avec forte vulnérabilité et influencée par les événements existentiels. Cet état est très fluctuant durant ses journées. La patiente fait également preuve d'une diminution de la capacité de concentration et de l'endurance avec d'une fatigabilité importante.

La gestion des émotions est limitée, avec tendance à s'effondrer ou à fonctionner sous les mécanismes de défense de type projectifs. À noter que lors de son dernier emploi, elle a vécu des difficultés relationnelles. Par ailleurs, ses relations sociales actuelles restent limitées à sa famille et ne sont pas simples.

Madame présente encore des multiples plaintes somatiques, pas toujours expliquées par les somaticiens et spécialistes. Un trouble psychosomatique indifférencié n'est pas écarté, des crises dissociatives semblent avoir également eu lieu.

Impression :

Il est un fait que ses symptômes sont très durables dans le temps, avec impact sur ses activités basiques, telles que les activités ménagères, avec notion des vertiges et chutes fréquentes, par ailleurs, la dernière la semaine passée.

Il est aussi fait connu que les vécus traumatiques infantiles tel que les maltraitances précoces dans la vie laissent des séquelles durables (adolescence, âge adulte et aussi âge avancé) sur le plan psychiatrique, entre autres, sur le plan de la personnalité, soit sur le plan thymique.

Les limitations au-dessus mentionnées impliquent, à mon avis une incapacité significative, voire totale de travail dans la première économie.

J'estime que Mme B. _____ n'est pas capable d'assumer un travail, vu la fragilité psychiatrique. En plus, les crises fréquentes l'empêcheraient de maintenir un travail et ses exigences sur le plan assiduité, ponctualité, qualité et performance. [...] »

L'assurée a par ailleurs fourni un tirage du rapport d'expertise psychiatrique, rédigé le 19 avril 2012, par le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de l'assureur perte de gain en cas de maladie de son ancien employeur. Ce spécialiste retenait le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte, en rémission. Il avait préconisé une reprise de l'activité professionnelle à plein temps dès le 1^{er} juin 2012.

Par décision du 16 avril 2021, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente, maintenant la teneur de son projet de décision du 12 janvier 2021.

D. B._____ a déféré la décision du 16 avril 2021 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 10 mai 2021, contestant derechef l'appréciation médicale de son cas, tant sur le plan physique que psychique.

L'OAI a répondu au recours le 8 juillet 2021 et conclu à son rejet, sur la base des conclusions communiquées par les experts du L._____SA.

L'assurée, désormais représentée par PROCAP, Service juridique, a répliqué le 25 août 2021, concluant principalement à la réforme de la décision litigieuse et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Elle a remis en question la valeur probante conférée au rapport d'expertise du L._____SA, singulièrement à l'analyse du registre psychiatrique. Elle a fait valoir que l'expert psychiatre avait, à son avis, fait preuve de discrimination, en retenant des facteurs culturels difficilement identifiables. En outre, dit expert n'avait pas examiné la situation à l'aune de la grille d'indicateurs élaborée par le Tribunal fédéral, en dépit de la demande en ce sens formulée par le SMR. L'assurée s'est prévaluée des appréciations communiquées par sa psychiatre traitante, ainsi que par le Centre hospitalier T._____ à la suite de son hospitalisation. Était produit, au titre de justificatif, un nouveau

rapport de la Dre J._____ du 28 juin 2021. Cette praticienne communiquait ses observations en lien avec l'évaluation psychiatrique de l'expert du L._____SA, en ces termes :

« [...] Le fait de ne pas avoir donné des détails au sujet des maltraitances durant l'enfance-adolescence-vie adulte ne change pas le fait qu'elle a été maltraitée sur toutes les formes hormis négligence alimentaire. [...] En effet, je n'ai pas trouvé nécessaire de mentionner exactement les multiples scènes vécues par Mme B._____, qui auraient été répétées. [...]

[I]l est aussi bien connu [...] la chronicité et la répétition de ces vécus dans la détermination des maladies psychiques, entre autres, des troubles de l'humeur et des troubles anxieux.

[...]

Je suis bien d'accord que des éléments culturels nous échappent et pourraient aider la compréhension des manifestations pathologiques de

Mme B._____. [...]

Ma constatation est que depuis que j'accompagne Mme B._____, je me trouve face à une patiente à historique de vulnérabilité psychosociale et qui présente une souffrance psychique chronique.

Sa situation de détresse/précarité sociale en lien avec sa capacité de travail existe depuis 10 ans environ. La raison pour laquelle elle se trouve actuellement et se maintient dans cette condition depuis tant de temps n'est pas autre, à mon avis, qu'une maladie mentale insidieuse et incapacitante qui s'est installée et qui progresse.

[...]

[C]oncernant son trouble de l'humeur, les éléments dépressifs peuvent s'amender par périodes. Néanmoins, depuis que je connais Mme B._____, les phases d'amendement des symptômes psychiques se sont données de manière très partielle, très transitoire et pas durable dans le temps. Au niveau symptomatologique : la tristesse, les crises de larmes, le pessimisme, la faiblesse, le manque d'énergie et de motivation, l'envie de mourir transitoire, la difficulté de concentration, la honte de ne pas réussir à assumer les tâches de son propre ménage sont toujours là, à intensité variable, lors des consultations.

Je conclus ce rapport en disant que vu la chronicité, la durabilité et la fluctuation de l'état psychique de ma patiente, j'estime que Mme B._____ n'est pas capable d'assumer un travail dans la première économie. Ses crises sont fréquentes et ne permettraient pas le maintien d'un travail et des exigences telles qu'assiduité, ponctualité, endurance, qualité et performance. [...] »

Par complément du 3 septembre 2021, l'assurée a fait parvenir à la Cour de céans le tirage d'un rapport du 18 août 2021 de son nouveau médecin généraliste traitant, le Dr N._____. Ce dernier a indiqué les éléments suivants :

« [...] D'un point de vue somatique, la patiente annonce systématiquement des plaintes douloureuses intéressant le membre supérieur gauche associées à des troubles sensitifs. Elle souffre

également de cervicalgies et de céphalées récidivantes. Les douleurs et les troubles sensitifs du bras gauche sont aggravés par la réalisation de tâches simples comme la tenue de son ménage, qu'elle doit déléguer à son fils ou à son mari.

Les plaintes sont corrélées à des troubles dégénératifs du rachis cervical avec un diagnostic de canal cervical étroit sévère.

Bien qu'une décompression chirurgicale ne soit pas retenue pour l'instant, rappelons que les plaintes douloureuses sont compatibles avec les anomalies radiologiques.

Nos consultations sont également occupées par une symptomatologie dépressive avec des pleurs, une tristesse manifeste et un abattement, toujours associés à l'évocation de souvenirs traumatiques.

[...]

Il est établi également que la patiente souffre d'une pathologie psychiatrique associant un trouble de la personnalité mixte et des troubles thymiques chroniques et incapacitants.

La vulnérabilité psychosociale et les souffrances physiques de la patiente ont également un impact négatif sur les troubles psychiatriques et concourent à figer la situation dans une souffrance chronique et de moins en moins réversible.

La situation psychiatrique de Mme B. _____ ne montre pas de signes d'amélioration sur le long cours et n'est pas compatible avec une activité lucrative dans la première économie.

Le vécu traumatique, les multiples carences et maltraitements subies limitent drastiquement la résilience face aux problématiques psychosociales et aux douleurs et limitations physiques. [...] »

L'assurée a également produit une attestation, non datée, du Centre médico-social de [...], lequel relatait un suivi hebdomadaire infirmier, sur mandat de la Dre J. _____, depuis mars 2021.

L'OAI a dupliqué le 4 octobre 2021 et maintenu ses conclusions. Il s'appuyait sur un avis du SMR du 16 septembre 2021. Ce dernier retenait que les pièces produites par l'assurée ne faisaient état d'aucune aggravation significative de la situation, ni d'aucun élément nouveau depuis l'expertise réalisée par le L. _____ SA.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1, let. a, LAI dispose qu'en dérogation

aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93, let. a, LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 10 mai 2021 contre la décision de l'intimé du 16 avril 2021 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux

principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (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).

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

c) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-

quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

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

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

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

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les

références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en

cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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

7. **a)** En l'espèce, l'état de santé somatique a été investigué, sur les plans de la médecine interne générale et de la rhumatologie, par les Dres K._____ et P._____ pour le compte du L._____SA.

b) La Dre K._____ a mis en évidence une hypertension artérielle, adéquatement traitée, et des céphalées de tension, sans incidence sur la capacité de travail de la recourante. Elle s'est ainsi ralliée aux constatations relatées en mai 2020 par le Centre hospitalier T._____,

respectivement en avril 2019 par le Dr H._____ (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du L._____SA du 9 septembre 2020, Annexe 2, page 19 ; lettre de sortie du Centre hospitalier T._____ du 28 mai 2020, p. 5 ; rapport du 9 avril 2019 du Dr H._____, p. 2). La recourante ne remet pas en question les conclusions du registre de la médecine interne générale, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'y attarder plus avant.

c) Du point de vue rhumatologique, la Dre P._____ a rappelé les constats ressortant de l'ensemble des documents d'imagerie versés au dossier (datés de 2010, 2014 et 2018) et procédé à l'examen clinique de la recourante. Elle a conclu à une cervicarthrose avec cervicalgies sur discarthrose, sans myélopathie, ni radiculopathie, dénuée de répercussions fonctionnelles significatives au quotidien. Elle a précisé ce qui suit (cf. rapport d'expertise du 9 septembre 2020 du L._____SA, Annexe 3, p. 26 et 27) :

« [...] L'atteinte cervicale permet un horaire de travail normal pour l'activité professionnelle exercée de 2008 à 2012, mais justifie une baisse de rendement de 20 % du fait des précautions à prendre. L'atteinte scapulaire évoquée restreint théoriquement les gestes des bras au-dessus de 90° - ce qui était le cas dans l'activité professionnelle de Mme B._____ - mais la tendinopathie du sus-épineux n'ayant pas fait ses preuves - non documentée - et l'examen clinique ne la confirmant pas, nous ne retenons pas d'incapacité de travail. [...] »

La Dre P._____ a également détaillé les limitations fonctionnelles (port de lourdes charges et contraintes particulières du rachis cervical) à respecter dans une activité lucrative adaptée (cf. ibidem, Annexe 3, p. 27).

On ne voit aucune raison objective de s'écarter de l'appréciation de la Dre P._____, laquelle n'est contredite par aucun avis spécialisé et rejoint d'ailleurs celle exprimée par le Dr H._____ le 9 avril 2019 sur le plan neurologique. On ajoutera que le rapport radiologique subséquent, daté du 4 février 2021, dont s'est prévalu la recourante au stade de la procédure d'audition, vient faire état d'une situation stationnaire. Ce document a en effet expressément souligné « le peu d'évolution de la situation de la colonne cervicale depuis 2018 », ainsi que

« la stabilité d'une protrusion discale D2-D3 et D3-D4 ». Quant au rapport du Dr N. _____ du 18 août 2021, ce praticien se limite pour l'essentiel à rapporter les plaintes somatiques de la recourante, en lien avec les troubles dégénératifs du rachis cervical, précédemment connus et investigués au sein du L. _____ SA.

9. a) Le registre psychiatrique a été évalué par le Dr M. _____ pour le compte du L. _____ SA. Il a fait part de ses constats cliniques comme suit (cf. rapport d'expertise du L. _____ SA du 9 septembre 2020, Annexe 1, p. 10) :

« [...] L'expertisée fait son âge, elle a les cheveux blonds, les yeux bruns, elle est bien soignée, elle porte un masque en raison du COVID19. Son mari l'a amenée en voiture, elle n'a pas le permis de conduire. Son discours est cohérent, elle a le regard vif, elle donne beaucoup de détails. Elle est d'ailleurs très bien ordonnée, elle a avec elle un dossier sur lequel elle s'est basée lors de l'entretien. Bonne collaboration.

L'expertisée est bien orientée aux trois modes, c'est-à-dire dans le temps, l'espace et concernant la situation.

Concernant les troubles cognitifs, il n'y a pas de trouble de la concentration ni de la mémoire (anciens souvenirs ou faits récents). Son intelligence correspond à son niveau de scolarité.

En ce qui concerne la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'expertisée présente des clivages du Moi dans le sens que tout est beau ou tout est mauvais. Pas de barrages, pas de bizarreries ou de réponses à côté. L'expertisée note des hallucinations auditives depuis 3 ou 4 mois, mais sans aucun affect. Pas d'hallucinations visuelles, cénesthésiques ou olfactives. Pas d'idées délirantes, notamment de persécution.

Présence d'idées interprétatives non délirantes. Pas d'idées de concernement, simples ou délirantes.

Pas d'euphorie, pas de fuites d'idées. Pas de comportement revendicateur, familial ou provocateur. Comportement vindicatif.

Concernant le registre dépressif, il existe une tristesse et une humeur dépressive plutôt légères. Pas de signe clinique en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Présence d'un sentiment d'infériorité, de dévalorisation et de découragement. Pas de sentiment d'inutilité ou de ruine. L'élan vital n'est pas perturbé. Elle dit avoir des idées noires, mais sans scénario : elle ne veut pas entrer dans les détails. Elle n'a jamais fait de tentative de suicide, elle a été hospitalisée à Cery au mois de mai.

Présence de troubles du sommeil.

Pendant l'entretien, nous n'avons pas constaté d'irritabilité, de nervosité ou d'angoisse. Il n'y a pas de rituel ni de phobies.

L'expertisée dit avoir des cauchemars la nuit par rapport à son passé. Elle n'a pas de flashback.

Aucun trouble alimentaire. Pas d'anorexie, courte période de boulimie à l'adolescence.

Pas de trouble de l'addiction : elle ne fume pas, ne consomme pas d'alcool, ne prend pas de drogue.

Nous avons constaté des divergences entre les dires de Madame B._____ et nos propres constatations. Elle dit par exemple qu'elle ne peut pas rester assise longtemps, mais elle n'a pas bougé pendant tout l'entretien. En outre elle parle de ses hallucinations auditives sans aucun affect, de manière un peu rationnelle. L'expertisée ne se comporte pas du tout comme une personne psychotique. »

Après avoir confronté ses observations aux rapports des différents médecins psychiatres consultés, le Dr M._____ a estimé que la recourante ne présentait aucun trouble psychotique, ni aucun trouble de la personnalité. Il a également exclu un trouble somatoforme douloureux, faute d'intensité des douleurs et d'impact sur l'ensemble des domaines de la vie. Il a finalement retenu une neurasthénie en présence de facteurs culturels participant à des manifestations psychiques, et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique. Diverses incohérences, également relevées au sein du Centre hospitalier T._____, étaient relatées. La recourante était dotée de ressources personnelles et avait été en mesure de récupérer rapidement à l'occasion de son séjour auprès du Service de psychiatrie du Centre hospitalier T._____ (cf. ibidem, Annexe 1, p. 12).

b) En l'occurrence, contrairement à ce que soutient la recourante, on peut retenir que le Dr M._____ s'est attaché à examiner l'ensemble des avis médicaux du registre psychiatrique avant de déterminer les diagnostics pertinents in casu. Il a tout particulièrement veillé à l'analyse du comportement de la recourante, mettant en évidence des discordances, lesquelles avaient également été relevées au sein du Centre hospitalier T._____ (cf. lettre de sortie du 28 mai 2020, p. 4 et 5).

c) S'agissant spécifiquement du diagnostic de trouble dépressif récurrent, réitéré par la Dre J._____, le Dr M._____ a exposé les raisons le conduisant à retenir un degré de gravité léger dans le cas particulier, à l'instar d'ailleurs de ce qu'avait constaté en son temps le Dr R._____. Si l'on peut envisager des fluctuations de l'état de santé psychique, telles qu'évoquées par la Dre J._____ dans son rapport du 28 juin 2021, on ne peut néanmoins considérer que le trouble dépressif revête un degré de gravité suffisant en

termes d'intensité et de durée pour être qualifié d'incapacitant. On ajoutera que le rapport de la psychiatre précitée ne vient faire état d'aucun élément nouveau ou inconnu du Dr M._____, tout en formulant des considérations d'ordre général sur les conséquences des traumatismes infantiles et en relatant essentiellement les plaintes alléguées par la recourante. Le rapport en question apparaît donc insuffisant pour mettre en doute l'appréciation de l'expert.

10. a) Eu égard à la grille des indicateurs préconisée par le Tribunal fédéral, le tableau clinique et la question de la cohérence ont été commentés par le Dr M._____. Ce dernier a retenu que la symptomatologie présentée par la recourante manquait de cohérence et de plausibilité, alors qu'elle demeurerait dotée de ressources personnelles. En effet, la recourante s'avère notamment susceptible de flexibilité et d'adaptabilité, tout en faisant montre de capacités significatives au quotidien. Elle est en outre dotée d'un entourage familial étayé, lui prodiguant assistance en cas de nécessité (cf. rapport d'expertise du L._____SA du 9 septembre 2020, Annexe 1, p. 13).

b) Quand bien même cette appréciation est relativement succincte, il n'en demeure pas moins qu'elle concorde avec les observations cliniques consignées par le psychiatre du L._____SA au cours de son examen. Elle s'avère par ailleurs congruente avec les remarques consignées par le Centre hospitalier T._____ dans la lettre de sortie du 28 mai 2020. Ce document a en effet mis en évidence le potentiel de rétablissement de la recourante, après trois semaines d'une prise en charge adéquate, ainsi que les ressources personnelles et sociales affichées par celle-ci dans le contexte hospitalier (cf. lettre de sortie du Centre hospitalier T._____ du 28 mai 2020, p. 5, 1^{er} paragraphe).

c) On dispose ainsi des éléments pertinents permettant d'apprécier la situation de la recourante à l'aune des indicateurs jurisprudentiels relatifs aux ressources et à la cohérence du tableau

clinique. Il n'y a donc pas de motif de compléter l'analyse de l'état de santé psychique communiquée par le Dr M._____.

11. a) Il convient en définitive de considérer que la recourante a fait l'objet d'investigations spécialisées exhaustives et motivées à satisfaction, lesquelles permettent de conclure à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée sur le plan rhumatologique, à hauteur de 100 %.

b) On relèvera enfin que le degré d'invalidité déterminé par l'intimé au moyen des statistiques salariales ne fait l'objet d'aucun grief spécifique. Ce procédé ne prête pas flanc à la critique, de sorte que le degré d'invalidité de 5 % mis à jour par l'intimé peut être ici confirmé.

12. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 16 avril 2021 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. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe.

c) En outre, 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 16 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de 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, par l'envoi de photocopies, à :

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :