

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 février 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Férolles et M. Reinberg, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par CAP, Compagnie
d'Assurance de Protection Juridique S.A., à Etoy,

et

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

Art. 28 LAI et 43 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1980, divorcée et mère de 2 enfants nés en 2009 et 2012, travaillait depuis le 20 août 2014 comme responsable administrative et financière auprès de la société I._____SA à [...], lorsqu'elle a présenté une incapacité totale de travail du 3 avril au 1^{er} mai 2017, puis à 50% du 2 mai au 20 juillet 2017, et enfin à nouveau à 100% dès le 21 juillet 2017 en raison d'une surcharge professionnelle et du harcèlement de son ex-mari. E._____SA (ci-après : [...]), assureur perte de gain de l'employeur en cas de maladie, a versé des indemnités journalières en faveur de l'assurée.

Sur demande d'E._____SA du 6 novembre 2017, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre et confiée au Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport y relatif du 21 novembre 2017, le Dr H._____ a fait état des diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), en rémission partielle, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F33.11), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F12.26) ainsi que d'état de stress post-traumatique, en rémission partielle (F43.1). L'expert a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité.

Dans l'intervalle, soit le 29 septembre 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant une dépression et un trouble de stress post-traumatique depuis 2015.

A la demande de l'OAI, l'assurée a indiqué, le 29 novembre 2017, dans le formulaire de détermination du statut, qu'elle travaillerait à 100% si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Par communication du 23 avril 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce et qu'il poursuivait l'instruction de sa demande de prestations.

Dans ce contexte, l'OAI a recueilli des avis auprès des médecins consultés par l'assurée. Ainsi, dans un rapport du 3 mai 2018, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assurée depuis le 5 janvier 2018, a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1), tout en précisant que le pronostic était favorable depuis peu et que le travail thérapeutique devrait permettre à la patiente de retrouver une capacité de travail et d'envisager une réadaptation professionnelle.

En date du 28 juillet 2018, l'assurée s'est remariée.

Dans un rapport du 14 mars 2019, la Dresse K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis le mois de mars 2018, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de syndrome de stress post-traumatique sévère, de migraines sévères, de céphalées de tension chroniques, de fibromyalgie, de hernie discale L4-L5 avec lombo-sciatalgies non déficitaires et trouble dégénératif dorso-lombaire, de suspicion de rhumatisme psoriasique, de cervicalgies simples, de tunnel carpien bilatéral et de kératocône. Du point de vue purement somatique, le Dresse K._____ a conclu à une capacité de travail de 50%, compte tenu des crises de migraine présentes deux à trois fois par semaine. En tenant compte des atteintes psychiatriques, la capacité de travail était nulle mais une activité à temps partiel devrait être possible à terme compte tenu de l'adaptation des traitements.

Dans un rapport du 21 mars 2019, le Dr F._____, spécialiste en neurologie, a précisé que l'examen neurologique de la patiente s'était révélé normal, de même que l'IRM [imagerie par résonance magnétique] et qu'aucune pathologie neurologique ne justifiait une diminution de la capacité de travail.

Le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie, a, dans un rapport du 8 juillet 2019, retenu les diagnostics de lombalgie chronique sur troubles dégénératifs, de possible arthrite psoriasique, de probables douleurs somatoformes dans le contexte de troubles psychiques, de cervicalgies simples et de phénomène de Raynaud. A titre de limitations fonctionnelles, il a mentionné le port de charges jusqu'à 5kg, la position statique assise et debout supérieure à 30 minutes, les mouvements répétitifs de la colonne lombaire de flexion, extension et rotation, se pencher (éventuellement possible occasionnellement), la position accroupie et à genoux, travailler avec les bras au-dessus de la tête, monter fréquemment plusieurs escaliers, travailler dans une position instable, l'exposition aux basses températures. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle en raison de l'état de santé psychique et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise médicale pour déterminer la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée.

Dans un avis du 22 août 2019, le Service médical régional (SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne, les experts devant examiner des questions précises, en particulier quant à l'existence ou non d'un trouble somatoforme et, le cas échéant, son retentissement fonctionnel selon les indicateurs posés par la jurisprudence, avec discussion par l'expert psychiatre de l'ensemble des diagnostics posés. L'expert neurologue devait se prononcer sur l'existence ou non d'un rhumatisme inflammatoire psoriasique et l'expert de médecine interne sur l'existence ou non de tunnels carpiens.

Par communication du 27 septembre 2019, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise pluridisciplinaire serait effectuée par le centre d'expertises B.____ SA (ci-après : [...]).

L'assurée a été examinée auprès du centre précité en novembre 2019 par les Drs M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Q._____, spécialiste en rhumatologie, et Z._____, spécialiste en médecine interne générale. Les experts ont établi leur

rapport le 27 février 2020, aux termes duquel ils ont retenu les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), d'arthrite psoriasique stabilisée et de kératocône de l'œil gauche. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail retenue était nulle de mai 2017 à novembre 2017 puis de 50% à partir de novembre 2017 dans toute activité avec la précision qu'en poursuivant le traitement actuel et qu'en instaurant un traitement psychothérapeutique de type cognitivo-comportemental, la capacité de travail médico-théorique devait évoluer favorablement jusqu'à atteindre 100% dans un délai de 8 mois. Sur le plan rhumatologique et de la médecine interne, la capacité de travail avait toujours été de 100% dans toute activité. L'évaluation consensuelle a en outre été formulée en ces termes :

« I.1.d Évaluation consensuelle

I.1.d.1 Évaluation médicale interdisciplinaire avec un résumé de l'évolution de la maladie (sans anamnèse ni citations des expertises)

La personne assurée est une femme de 39 ans, d'origine française, qui a divorcé en 2017 et s'est remariée en 2019 [recte : 2018], mère de 2 enfants de 10 ans et 7 ans. Elle vit avec son mari et les 2 enfants de celui-ci qui ont le même âge que ses propres enfants. Elle est au bénéfice d'une formation de cadre administratif. Comme dernière activité professionnelle, elle a travaillé en tant que responsable administrative et financière à 100% chez I._____SA depuis octobre 2014. Son contrat a été résilié le 28.02.2018.

Elle a effectué une demande AI en date du 02.09.2017 pour les motifs de dépression et PTSD [Post-traumatic stress disorder ; en français : SSPT, syndrome de stress post-traumatique], depuis 2 ans.

Du point de vue psychiatrique, selon l'anamnèse, suite à une surcharge professionnelle et au harcèlement de son ex-mari, elle a présenté une symptomatologie anxieuse et dépressive, avec l'installation progressive d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. La personne assurée ne travaille plus depuis 2 ans, le trouble douloureux étant selon ses dires la principale cause de cette incapacité de travail.

Du point de vue **rhumatologique**, l'examen actuel retrouve l'existence d'une arthrite psoriasique, actuellement au second plan, avec une stabilisation. Les douleurs sont plutôt d'ordre fonctionnel et le diagnostic de fibromyalgie paraît le plus probable, avec un syndrome de dysbalance musculaire lombaire sur discarthrose L4-L5 et hernie discale L5-S1. La personne assurée est actuellement suivie à l'Institut Suisse de la Douleur. Des perfusions de Lidocaïne ont été réalisées, ainsi que de l'autohypnose.

La reprise de l'activité professionnelle de la personne assurée est tout à fait possible du point de vue rhumatologique. Un traitement de

Méthotrexate a été introduit dernièrement. Les bénéfices ne seront visibles qu'après un délai de 6 à 8 semaines, à réévaluer pour l'optimisation du traitement si besoin.

Du point de vue de la **médecine interne**, le kératocône de l'oeil gauche nécessite un contrôle ophtalmologique afin d'optimiser son traitement (actuellement lentilles sclérales, mais avec la persistance d'une vision floue).

Les autres atteintes à la santé ne sont pas incapacitantes.

1.1.d.2 Évaluation médicale interdisciplinaire avec une explication/motivation des diagnostics actuels

Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée présente une humeur dépressive et une augmentation de la fatigabilité, associées à une baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi, un sentiment de culpabilité et des troubles de l'appétit et du sommeil. Au vu de ces constatations et de l'existence par le passé d'épisodes dépressifs ayant duré plus de 2 semaines, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, est posé. L'épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales et ménagères, ce qui est observé chez la personne assurée. L'épisode dépressif actuel s'accompagne de symptômes somatiques sous forme de douleurs.

L'examen actuel met également en évidence l'existence chez la personne assurée d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Il est en effet constaté chez la personne assurée une tendance à agir avec impulsivité, sans considération pour les conséquences, avec également dans le passé l'existence de gestes auto-agressifs (automutilations en 2018) et d'idées suicidaires (hospitalisation en février 2019 pour tentamen médicamenteux).

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant repose sur la plainte essentielle qui concerne des douleurs intenses et persistantes s'accompagnant d'un sentiment de détresse qui est non expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de conflits psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble (divorce, conflits avec l'ex-mari, difficultés de gestion de la relation avec son fils). Ce trouble assure habituellement à la personne concernée une aide et une sollicitude accrue de l'entourage ainsi que des médecins, ce qui est le cas selon l'anamnèse de la personne assurée (sollicitude plus importante de l'homme qui l'a accompagnée lors du processus de divorce qu'elle a épousé en février 2019).

Il est également retenu le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F12.26), sur la base du dossier et de l'anamnèse, la personne assurée évoquant elle-même une consommation occasionnelle, mais les analyses sanguines démontrant une abstinence actuelle. Ce trouble n'a pas d'impact sur la capacité de travail.

Du point de vue **rhumatologique**, l'examen actuel retrouve effectivement des critères en faveur d'un rhumatisme inflammatoire de type arthrite psoriasique. La personne assurée remplit les critères de CASPAR avec un score supérieur à 7 (elle présente des rachialgies mixtes avec des réveils nocturnes, une raideur matinale, une enthésopathie de la hanche droite, un psoriasis cutané et l'absence de

facteur rhumatoïde). La personne assurée rapporte la notion de syndrome de Raynaud ainsi que des troubles oculaires à type d'uvéites qui ont été constatés autrefois, ceci entrant dans le cadre d'une spondylarthropathie, dont l'arthrite psoriasique fait partie.

Actuellement, l'arthrite psoriasique passe au second plan, avec une stabilisation. Les douleurs sont plutôt d'ordre fonctionnel et le diagnostic de fibromyalgie paraît le plus probable, avec un syndrome de dysbalance musculaire lombaire sur discarthrose L4-L5 et hernie discale L5-S1 (cf. IRM lombaire du 30.11.2018).

La personne assurée est actuellement suivie à l'Institut Suisse de la Douleur. Des perfusions de Lidocaïne ont été réalisées, ainsi que de l'autohypnose.

L'examen rhumatologique actuel est satisfaisant.

Du point de vue de la médecine interne, il s'agit d'une personne assurée qui se plaint de céphalées à raison de 3 fois par semaine de type migraine évoluant sous forme d'hémicrânie à bascule et d'une gêne visuelle en rapport avec son kératocône de l'oeil gauche. Elle souffre aussi d'une myopie au niveau de l'oeil droit.

L'examen clinique retrouve un surpoids avec un IMC de 28 kg/m² associé à un déconditionnement physique.

Au niveau ophtalmologique, il n'y a pas d'amputation du champ visuel, mais une vision floue de l'oeil gauche, siège d'un kératocône diagnostiqué en 2014 selon le dossier et corrigé par lentilles sclérales. L'examen neurologique des fonctions supérieures est normal, de même que celui des membres supérieurs et inférieurs.

L'examen abdominal ne retrouve pas d'abdomen chirurgical.

Il n'y a pas de décompensation de l'état respiratoire.

Des varicosités des membres inférieurs responsables d'une insuffisance veineuse de stade 1 ont été constatées. Elles ne sont pas douloureuses, n'entravent pas la marche et ne sont donc pas incapacitantes.

L'atteinte oculaire du kératocône nécessite un appareillage adapté et engendre actuellement une incapacité de travail transitoire le temps de recevoir les lentilles ou un autre traitement adéquat. Les autres atteintes à la santé ne sont pas incapacitantes.

1.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents avant une incidence sur la capacité de travail

1. F33.11 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique
2. F60.31 Trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline
F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant
3. Arthrite psoriasique stabilisée
4. Kératocône de l'œil gauche, 2014

1.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F12.26 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation épisodique
2. Syndrome de dysbalance musculaire lombaire sur discarthrose L4-L5 et hernie discale L5-S1
3. Syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique

4. Kystes ovariens à répétition entre 2017 et 2019
5. Statut post abdominoplastie
6. Deux épisodes de syncopes en 2019, sans étiologie retrouvée
7. Status post 2 césariennes
8. Status post by-pass en 2014 avec carence en *fer* substituée, carence en B12 substituée, carence en vitamine D substituée
9. Endométrite post IVG médicamenteuse en 2018
10. Avortement spontané en 2019
11. Status post bronchite asthmatiforme
12. Status post appendicite à l'âge de 4 ans
13. Psoriasis du cuir chevelu et des sourcils
14. Surpoids avec déconditionnement physique avec un IMC de 28kg/m²
15. Syndrome de Raynaud des mains et des jambes
16. Migraines sans aura
17. Insuffisance veineuse des membres inférieurs de stade 1, 2019
18. Ulcère (selon formulaire de la personne assurée)

1.1.d.5 Constatations/diagnostics d'éléments avant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Du point de vue **interdisciplinaire**, l'appréciation globale du degré d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, est considérée comme moyenne.

Du point de vue **psychiatrique**, les troubles actuels sont moyens.

Du point de vue **rhumatologique**, les troubles sont légers à moyens en respectant le profil d'effort et avec l'effet du traitement.

Du point de vue de la **médecine interne**, les troubles sont légers, le kératocône pouvant être traité.

1.1.d.6 Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Son comportement face à la maladie est la douleur et la révolte.
Son sens des réalités et sa capacité de jugement sont diminués.
Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts sont diminuées (mais conservées dans la sphère familiale immédiate, par exemple nouveau couple, intégration des enfants du nouveau partenaire dans le foyer).
Sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions sont diminuées.
Son estime de soi et sa capacité de régression sont diminuées.
Son intentionnalité et son dynamisme sont diminués.
Son système de défenses est la revendication et l'abattement.

Au travers de l'analyse du dossier, il apparaît que malgré la gravité clinique dépeinte par les différents médecins traitants la personne assurée a su mettre à profit des ressources puisqu'elle a été capable de partir en vacances avec ses enfants au Kenya en octobre 2017, de fréquenter un nouveau partenaire depuis 2 mois selon le rapport d'expertise de novembre 2017, de décider d'une interruption de grossesse en février 2018, de se réengager dans un projet de vie de couple en présentant un futur mari en juillet 2018 (cf. rapport du 15.07.2018), de se remarier en février 2019 et d'accueillir à cette même période les enfants de son nouvel époux.

1.1.d.7 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

- Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue **psychiatrique**, selon le Mini-ICF :

- Adaptation aux règles et aux routines : problème moyen.
- Planification et structuration des tâches : problème moyen.
- Flexibilité et capacités d'adaptation : problème moyen.
- Usage des compétences spécifiques : problème léger.
- Capacité de jugement et prise de position : problème moyen.
- Capacité d'endurance : problème grave.
- Aptitude à s'affirmer : problème léger.
- Aptitude à établir des relations avec les autres : problème moyen
- Aptitude à évoluer au sein d'un groupe : problème moyen.
- Aptitude à entretenir des relations proches : problème moyen.
- Aptitude à des activités spontanées : problème moyen
- Hygiène et soins corporels : aucun problème.
- Aptitude à se déplacer : problème léger.

La personne assurée peut exercer une activité avec des horaires réguliers, une confrontation au public limitée, une hiérarchie bienveillante, une exposition mesurée à des demandes pressantes elles-mêmes contrôlées, sans exposition à des urgences, ni à la gestion d'événements imprévus.

Du point de vue **rhumatologique**, la personne assurée est tout à fait capable de reprendre son activité professionnelle. Elle doit éviter de travailler dans des conditions difficiles telles que des extrêmes variations de températures, les positions à genoux ou accroupie, le port de charges de plus de 10 kg et les activités avec des postures forcées. Elle doit pouvoir alterner les différentes positions.

Du point de vue de la **médecine interne**, le kératocône est à traiter de façon adéquate en raison d'une vision floue. Dans l'attente de cet ajustement de traitement, les activités nécessitant une pratique de la conduite ne sont pas recommandées pour éviter tout risque, de même que les activités exigeant une vision parfaite.

- Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue **psychiatrique**, médico-théoriquement, avec la poursuite du traitement actuel et l'introduction d'une psychothérapie de type cognitivo-comportemental, le profil d'effort se maintiendra, avec la restitution d'une capacité de travail totale.

Du point de vue **rhumatologique**, le profil d'effort restera inchangé.

Du point de vue de la **médecine interne**, avec l'adaptation du traitement du kératocône, le profil d'effort évoluera favorablement et les limitations fonctionnelles en lien avec la vision floue pourront être levées.

1.1.d.8 Contrôle de cohérence

- Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines

Du point de vue **psychiatrique**, selon l'expertise actuelle, la personne assurée est limitée selon le profil d'effort.

Au travers de l'analyse du dossier, il apparaît que malgré la gravité clinique dépeinte par les différents médecins traitants la personne assurée a su mettre à profit des ressources puisqu'elle a été capable de partir en vacances avec ses enfants au [...] en octobre 2017, de fréquenter un nouveau partenaire depuis 2 mois selon le rapport

d'expertise de novembre 2017, de décider d'une interruption de grossesse en février 2018, de se réengager dans un projet de vie de couple en présentant un futur mari en juillet 2018 (cf. rapport du 15.07.2018), de se remarier en février 2019 et d'accueillir à cette même période les enfants de son nouvel époux.

Du point de vue **rhumatologique**, l'examen actuel est pauvre. Le diagnostic d'arthrite psoriasique posé passe au second plan actuellement. La fibromyalgie prédomine, avec des douleurs diffuses, sans caractère inflammatoire, sans arthrite, sans synovite et sans oedème. Ceci n'entraîne aucune limitation fonctionnelle dans son domaine habituel, qui semble tout à fait adapté du point de vue rhumatologique.

Du point de vue rhumatologique, la personne assurée est limitée selon le profil d'effort.

Du point de vue de la **médecine interne**, la personne assurée est actuellement limitée selon le profil d'effort.

- Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Du point de vue **psychiatrique**, il n'a pas été constaté de divergence entre les symptômes décrits et le comportement de la personne assurée en situation d'examen.

Du point de vue **rhumatologique**, la personne assurée décrit des douleurs diffuses compatibles avec une symptomatologie fibromyalgique. L'arthrite psoriasique passe au second plan.

La personne assurée est restée assise sur une chaise pendant plus d'1h20 pendant l'entretien, sans demander à se lever ou changer de position. Elle n'a laissé apparaître aucune douleur sur son visage. Elle a pourtant relaté que la chaise n'était pas confortable.

Du point de vue de la **médecine interne**, néant.

Remarque : les réponses dans les anamnèses peuvent différer un peu entre chaque expertise spécialisée.

Par exemple, à l'expert psychiatrique, elle dit qu'elle ne boit pas d'alcool, qu'elle ne fume pas de tabac, qu'elle consomme occasionnellement du cannabis et qu'elle ne consomme pas de cocaïne, ni d'héroïne.

Elle indique qu'elle vit dans un appartement de 4 chambres.

Elle rapporte qu'elle a les dettes de son ex-mari.

Elle explique qu'elle se lève à 7h et se couche vers 21h-22h.

Elle déclare qu'elle n'a pas de loisir.

La personne assurée indique qu'elle ne prend pas de vacances, hormis chez son mari au [...].

Elle explique qu'elle a fait une école de commerce en [...] et en [...], puis un master en économie entre la [...] et [...].

A l'expert rhumatologique, elle dit qu'elle ne consomme pas de drogue, ne fume pas et ne boit de l'alcool qu'occasionnellement.

Elle indique que son père est âgé de 70 ans et présente un psoriasis, sinon il est en bonne santé, et que sa mère est âgée de 68 ans et a bénéficié de 2 prothèses totales des genoux.

Elle déclare qu'elle vit dans un appartement de 4 pièces au 1er étage.

Elle mentionne qu'elle n'a pas d'endettement.

Elle explique qu'elle se lève entre 8h30 et 10h et se couche à 22h.

Comme loisirs, elle dit qu'elle lit et regarde la télévision.
Elle rapporte que pendant l'été 2019 elle est partie au Kosovo rendre visite à sa belle-famille.
Elle mentionne qu'elle a obtenu un master en économie en 2007 et a suivi l'école supérieure de commerce en 2007 à [...] en [...].

A l'expert de la médecine interne, la personne assurée dit qu'elle ne consomme pas d'alcool, de tabac, ni de drogue.
Elle déclare que sa mère est décédée d'une pathologie cardiaque et que son père est décédé d'un cancer de la prostate. Elle explique que du côté de sa mère plusieurs proches sont décédés de cancers de la vessie et de l'estomac.
Elle dit qu'elle vit dans un logement de 120 m² au 3^{ème} étage.
Elle rapporte qu'elle se lève à 7h30 lorsqu'elle va bien et que parfois elle se couche à 17h30 et se réveille seulement le lendemain matin.
Elle dit qu'elle n'a pas de loisir.
Elle déclare qu'elle ne va pas en vacances.
Elle explique qu'elle a fait un master en économie en 2007 en [...] et la HEG (Haute école de gestion) en 2007 en [...].

Ces différences n'influencent pas le taux de la capacité de travail d'un point de vue consensuel.

· Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation

Du point de vue **psychiatrique**, une autolimitation a été constatée lors de l'expertise dans le sens d'une tentative constante de la personne assurée de prendre le contrôle des différentes approches psychothérapeutiques, limitant la possibilité d'un réel travail psychothérapeutique personnel sur la gestion de la douleur et la gestion du trouble anxieux.

Du point de vue **rhumatologique**, néant.

Du point de vue de la **médecine interne**, néant. »

Dans un avis du 10 mars 2020, le SMR a conclu, en se fondant sur l'expertise réalisée par B. _____ SA, à une capacité de travail nulle de l'assurée du 6 mai au 20 novembre 2017, et de 50% dès le 21 novembre 2017.

Par projet de décision du 11 mars 2020, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2018, basée sur un degré d'invalidité de 50%.

En date du 26 juin 2020, l'assurée, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a contesté le projet précité. A l'appui de cette contestation, elle a fourni un rapport du 11 mai 2020 du Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, un rapport du 11 juin 2020 de

la Dresse K._____ et un rapport du 19 juin 2020 de Dr D._____. Tandis que le Dr L._____ précisait ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, les Drs K._____ et D._____ ont tous deux conclu à une capacité de travail nulle. L'assurée a dès lors sollicité le versement d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} avril 2018.

Le 1^{er} juillet 2020, l'assurée a encore transmis un rapport établi le 29 juin 2020 par le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, par lequel ce médecin a attesté une hospitalisation du 17 au 30 juin 2020 et retenu le diagnostic principal de rhumatisme psoriasique avec uvéite, phénomène de Raynaud et psoriasis cutané du conduit auditif externe, des coudes, des plis inguinaux et du pli interfessier et, à titre de diagnostic secondaire, des lombalgies chroniques sur troubles statiques avec projection antérieure du tronc et rétraction de la musculature de la racine des membres inférieurs. Le Dr G._____ a également précisé que tous les traitements introduits jusqu'alors, comprenant du Méthotrexate, de la Salazopyrine, des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des opiacés, n'avaient eu aucun effet déterminant.

Dans un avis du 9 octobre 2020, le SMR a souligné que l'expertise du B._____SA était claire et convaincante et que l'expert rhumatologue avait décrit une absence totale d'inflammation articulaire et des mobilités conservées. Il a considéré que l'aggravation alléguée par l'assurée dans le cadre de la procédure d'audition n'avait pas été prouvée par les pièces médicales produites et que, partant, le projet de décision devait être maintenu tel quel.

Par décision du 26 mars 2021 confirmant le projet du 11 mars 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} avril 2018, basée sur un degré d'invalidité de 50%.

B. Par acte du 11 mai 2021, l'assurée, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision précitée, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente à compter du 1^{er} avril 2018 et ce, pour une durée illimitée, et

subsidiairement à l'annulation de la décision du 21 mars 2021 et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Outre des rapports déjà produits dans le cadre de la procédure administrative, la recourante a fourni un rapport du 7 janvier 2021 de la Dresse K._____, au terme duquel celle-ci évoque une évolution favorable sur le plan somatique (rhumatisme psoriasique) et neurologique (migraines), tout en concluant à une capacité de travail de 20%. Elle a également produit un rapport du 20 avril 2021 du Dr D._____, lequel indique que la présence d'une composante somatoforme est très probable mais exclut un tableau fibromyalgique. Le Dr D._____ estime la capacité de travail de la patiente de 20 à 30% sur le plan rhumatologique, tout en émettant une réserve en lien avec la réponse au traitement et avec son état psychologique qui, selon lui, est la cause prédominante qui pourrait limiter sa capacité de travail.

L'intimé a répondu au recours le 5 juillet 2021 et a conclu à son rejet. Il a mentionné que les rapports produits avait été soumis au SMR (cf. avis du 9 juin 2021), lequel avait maintenu l'exigibilité telle que retenue par les experts dans leurs évaluations de fin 2019 et considéré que les rapports médicaux versés postérieurement à l'expertise n'apportaient pas la preuve d'une aggravation ultérieure de l'état de santé de la recourante, mais au contraire faisaient état d'une nette amélioration des atteintes rhumatismales et migraineuses. L'intimé a par ailleurs constaté qu'aucune comparaison des revenus avec et sans invalidité n'avait été effectuée par un spécialiste des questions professionnelles alors que les limitations fonctionnelles présentées par la recourante étaient susceptibles de se répercuter sur le revenu avec invalidité. Le dossier allait ainsi être soumis à un tel spécialiste pour analyse de la situation économique.

Le 20 juillet 2021, l'intimé a complété sa réponse en indiquant que selon le calcul effectué par une spécialiste des questions professionnelles, le degré d'invalidité se montait à 70% ouvrant le droit à une rente entière, mais que la recourante devait se soumettre à un traitement médical tel que préconisé par les experts du B._____SA pour

permettre de restaurer totalement l'exigibilité dans l'activité habituelle dans un délai d'environ huit mois. L'intimé a ainsi proposé qu'on lui renvoie le dossier pour mise en place des démarches précitées et, en cas d'accord de l'assurée avec ledit traitement médical, l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} avril 2018.

Répliquant le 20 août 2021, la recourante a confirmé accepter de suivre le traitement médical proposé par l'intimé et a conclu au renvoi de son dossier à celui-ci pour l'octroi en sa faveur d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} avril 2018.

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si elle peut prétendre à une rente d'invalidité entière (et non à une demi-rente) à partir du 1^{er} avril 2018.

3. 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 21 mars 2021 (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. 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).

5. a) 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).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 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 revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

d) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

6. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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).

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).

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).

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement

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

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes

émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

8. Au préalable, il sied de relever que dans sa réponse du 20 juillet 2021, l'intimé a estimé que la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité par suite de la comparaison des revenus - à laquelle il n'avait pas procédé dans la décision attaquée - sans toutefois remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressée retenue par les experts du B._____SA, soit 50% dès le 21 novembre 2017. Ainsi, même si le complément de réponse du 20 juillet 2021 peut être considéré comme un acquiescement au recours, cela ne dispense pas la Cour de céans de se prononcer sur le recours, l'acquiescement étant en principe inopérant en droit des assurances sociales (TF 9C_149/2017 consid. 1). Il convient par conséquent de rendre une décision sur le fond.

9. En l'espèce, la recourante conteste tout particulièrement la valeur probante, conférée par l'intimé, au rapport d'expertise du B._____SA du 27 février 2020. Dans ce contexte, elle fait notamment valoir que l'expertise est contradictoire en plusieurs points, ne semble pas tenir compte de la gravité réelle de ses troubles et de leur impact et qu'elle s'écarte sans explications des avis des autres médecins consultés. Les critiques formulées par la recourante portent essentiellement sur les volets rhumatologique et psychiatrique.

10. a) Cela étant, on relèvera tout d'abord, sur le plan de la médecine interne, que l'experte Z._____ a retenu le diagnostic incapacitant de kératocône à l'œil gauche, tout en estimant que la capacité de travail de la recourante était de 100%, dans la mesure où cette atteinte était corrigée par le port de lentilles sclérales et qu'elle

engendrait des incapacités uniquement transitoires. L'experte a mentionné cependant que même avec le port de telles lentilles, la vision restait floue et qu'il convenait encore de trouver un traitement adéquat. L'évaluation de la capacité de travail de la recourante par la Dresse Z._____ repose dès lors sur une hypothèse (fait de trouver un traitement adéquat) qui ne s'est en définitive pas réalisée. Il s'avère en effet que le traitement pour l'atteinte ophtalmique n'a pas été satisfaisant, ce qui tend à jeter le discrédit sur les conclusions de l'experte quant à la capacité de travail retenue. Du reste, dans son rapport du 7 janvier 2021, la Dresse K._____ a précisé que la recourante connaissait des uvéites récidivantes, si bien qu'elle ne pouvait plus porter de lentilles indispensables à la lecture et qu'elle ne pouvait plus conduire depuis mi-décembre. Elle a estimé la capacité de travail de la recourante à 20%, compte tenu des différentes pathologies dont souffrait celle-ci. L'experte Z._____ a également mentionné qu'elle n'avait pas retrouvé de signe clinique de tunnel carpien au jour de l'expertise. Or le Dr G._____ a évoqué, dans son rapport du 29 juin 2020, la présence d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral à titre de comorbidité active. Ces éléments contradictoires suffisent à faire douter des conclusions de l'expertise de la Dresse Z._____ et auraient ainsi dû amener l'intimé à investiguer plus avant sur ces questions.

b) Concernant le volet rhumatologique, le Dr Q._____ a posé le diagnostic incapacitant d'arthrite psoriasique stabilisée, tout en concluant à une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle. Il a constaté, à l'examen rhumatologique, que les critères en faveur d'un rhumatisme inflammatoire de type arthrite psoriasique étaient effectivement retrouvés, précisant que la recourante présentait notamment des rachialgies mixtes avec des réveils nocturnes, une raideur matinale, une enthésopathie de la hanche droite ainsi qu'un psoriasis cutané. Le Dr Q._____ a toutefois conclu à une stabilisation de l'arthrite psoriasique, indiquant que celle-ci passait au second plan et que le diagnostic de fibromyalgie paraissait le plus probable. Il n'a toutefois pas expliqué les raisons pour lesquelles il considérait que le diagnostic d'arthrite psoriasique, bien que jugé incapacitant, était stabilisé et

n'entraînait de ce fait aucune incapacité de travail, si ce n'est transitoirement. Or l'arthrite psoriasique, que le Dr Q. _____ considère au second plan, est clairement démontrée par le Dr G. _____ qui a précisé que la patiente était atteinte d'un psoriasis cutané au niveau du conduit auditif externe, des coudes, des plis inguinaux et du pli interfessier (cf. rapport médical du 29 juin 2020). Cette affection ne peut ainsi pas être considérée comme stabilisée, alors que trois essais de traitement ont été tentés, le dernier en date ayant débuté en mai 2020 (cf. rapport de la Clinique de la [...] du 29 juin 2020). Le Dr Q. _____ n'a par ailleurs aucunement discuté les pièces médicales ressortant à son champ de compétences et s'est contenté de mentionner le rapport du 31 octobre 2019 du Dr [...], qui avait retenu le diagnostic d'arthrite psoriasique, avec pour seul commentaire que ce diagnostic n'avait pas encore été posé lorsque ce médecin avait vu la recourante. Le Dr Q. _____ a diagnostiqué les atteintes sans incidence sur la capacité de travail de syndrome de dysbalance musculaire lombaire sur discarthrose L4-L5 et hernie discale L5-S1 ainsi que de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique. Il n'a toutefois pas jugé utile de commenter le diagnostic de fibromyalgie, lequel avait été écarté par le Dr D. _____ (cf. rapports des 18 décembre 2018 et 19 juin 2020), et d'indiquer pour quelles raisons celui-ci demeurerait sans incidence sur la capacité de travail de la recourante. On doit ainsi retenir que le rapport du Dr Q. _____ est dénué de valeur probante.

c) Dans son rapport d'expertise psychiatrique, la Dresse M. _____ a retenu les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). S'agissant des diagnostics de trouble dépressif récurrent et de la personnalité émotionnellement labile, la Dresse M. _____ a expliqué, quoique très succinctement, pour quelles raisons elle les retenait (cf. rapport d'expertise p. 46). Elle a également précisé pour quelles raisons elle avait écarté d'autres diagnostics, tels que l'état de stress post-traumatique ou de trouble de l'adaptation, en commentant brièvement les

pièces médicales versées au dossier de la recourante (cf. rapport d'expertise pp. 47 à 51). Pour ce qui est du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, l'experte s'est contentée de rappeler la définition de ce syndrome et a considéré qu'elle était applicable à la recourante, mais n'a pas réellement motivé ses constatations (cf. rapport d'expertise p. 46). On ne saisit pas non plus, à la lecture du rapport, quelle est la gravité de cette atteinte et quel est son impact du point de vue des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail.

La structure de la personnalité de l'assuré doit faire l'objet d'une analyse détaillée avec une exigence de motivation accrue selon la jurisprudence. En l'espèce, l'experte a exposé ses observations en lien avec la personnalité de la recourante (cf. rapport d'expertise p. 52). Elle a constaté une diminution dans quasiment toutes les rubriques concernant les aptitudes (capacité de jugement, capacité relationnelle, aptitude à nouer des contacts, aptitudes à gérer l'affect, faculté à contrôler ses impulsions, estime de soi, capacité de régression, intentionnalité et dynamisme) ainsi qu'un abattement chez la recourante. Toutefois, elle a estimé que malgré la gravité clinique constatée, la recourante avait su mettre à profit des ressources, dès lors qu'elle avait été capable de partir en vacances au [...] durant deux semaines en octobre 2017 et qu'elle avait fréquenté un nouveau partenaire. Or force est de constater que son avis reste peu étayé et quelque peu contradictoire. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'experte a utilisé la mini-CIF, en constatant que le problème était moyen dans quasiment toutes les aptitudes, sans développement, ni aucune motivation (cf. rapport d'expertise p. 54), ce qui n'est pas admissible. Pour ce qui est du critère de la cohérence, l'experte a précisé que la recourante était limitée, selon l'expertise actuelle, dans le profil d'effort, tout en rappelant à nouveau le fait qu'elle avait pu partir en vacances et rencontrer un nouveau partenaire. Ce critère est toutefois peu analysé par l'experte.

Pour ce qui est de la capacité de travail de la recourante à proprement parler, l'experte M. _____ ne démontre pas l'amélioration qui aurait été constatée dès le 21 novembre 2017, date qui correspond à celle

de l'expertise psychiatrique du DrH._____, alors que ce médecin, bien qu'ayant retenu un épisode dépressif sévère en rémission partielle, a tout de même conclu à une incapacité de travail totale. Par la suite, l'éventuelle reprise d'emploi envisagée par le Dr H._____ trois mois plus tard ne s'est pas concrétisée. Ainsi, on ne discerne pas pour quelles raisons l'experte M._____ a conclu à une capacité de travail de 50% depuis le 21 novembre 2017 avec augmentation progressive jusqu'à atteindre 100% huit mois après l'expertise, alors que les médecins consultés, à savoir le Dr Phan Hoang (cf. rapport des 11 octobre 2017 et 5 mai 2018) et le Dr V._____ (cf. rapport des 3 mai et 15 juillet 2018), y compris l'expert H._____ (cf. rapport du 21 novembre 2017) ont tous estimé que la capacité de travail de la recourante était nulle. L'analyse à laquelle a procédé l'experte M._____ n'apparaît ainsi pas convaincante.

d) Dans la mesure où le rapport d'expertise du B._____ SA n'apparaît pas suffisamment étayé, est lacunaire sur certains points et est contredit par les rapports médicaux figurant au dossier de la recourante, il ne permet pas de trancher le litige. Compte tenu des multiples pathologies présentées par la recourante, les documents médicaux ne permettent en outre pas de statuer sur son cas. Il manque à cet égard une évaluation consensuelle fiable de l'état de santé de la recourante sur les plans de la médecine interne, rhumatologique et psychiatrique.

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

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), pour procéder à une nouvelle expertise de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique.

Une fois les résultats de l'instruction complémentaire médicale obtenus, il incombera à l'intimé de procéder au calcul des revenus avec et sans invalidité de la recourante pour déterminer le degré d'invalidité.

12. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, avant nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 26 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. _____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection juridique S.A. (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :