

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Piguet, juge, et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissante kosovare, G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mariée et mère de quatre enfants (nés en [...], [...] et [...]). Elle est arrivée en Suisse le [...]. Titulaire d'une autorisation de séjour en Suisse de type F, sans formation, elle était sans activité lucrative. Elle était prise en charge par l'EVAM (Etablissement Vaudois d'accueil des migrants).

b) En incapacité de travail, elle a présenté une demande de détection précoce de l'assurance-invalidité le 3 avril 2018. Cette démarche a été suivie d'une demande de prestations de cette assurance sociale (mesures professionnelles / rente) déposée le 11 mai 2018, en raison de « maladie auto-immunitaire Behçet, hernie discale V. 3 et 5. Arthrose, migraines ophtalmiques et migraine sans aura, dépression et traumatisme psychologique » existant depuis le 16 août 2016.

 Dans un rapport du 29 juin 2018 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), les médecins de l'Hôpital ophtalmique [...] à [...] n'ont pas retenu d'incapacité de travail de l'assurée au plan ophtalmologique.

 Selon le questionnaire 531bis enregistré le 3 juillet 2018 au dossier, l'assurée en bonne santé travaillerait à 100 % depuis le 1^{er} avril 2014 comme auxiliaire de santé par intérêt personnel et nécessité financière.

 Dans un rapport du 11 juillet 2018 à l'OAI, la Dre A._____, spécialiste en médecine interne ainsi qu'en allergologie et immunologie clinique, a posé les diagnostics incapacitants de maladie de Behçet (existant depuis juillet 2016) et de lombalgies et gonalgies chroniques. Sans incidence sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué une tuberculose latente traitée depuis 2016 - 2017. En raison du traitement par immunosuppresseur (Imurek®) de la maladie de Behçet sur la base

d'une aptose bipolaire et d'arthralgies inflammatoires, la capacité de travail de l'assurée était évaluée « de l'ordre de 50 % ».

Dans un rapport du 24 août 2018 à l'OAI, le Dr U._____, médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de maladie de Behçet (existant depuis 2016) et de trouble anxiodépressif (existant depuis 2013). Il estimait la capacité de travail de sa patiente à 20 % dans une activité adaptée, à évaluer lors d'un stage à l'EVAM en cours.

Dans un rapport du 27 août 2018 à l'OAI, le Dr C._____, spécialiste en neurologie, consulté le 4 décembre 2015 ainsi que les 5 juillet et 17 août 2017, a posé les diagnostics incapacitants de céphalée migrainiforme et céphalée de tension chroniques, d'état anxiodépressif traité, et de suspicion de maladie de Behçet. Indiquant un pronostic réservé, ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport du 4 octobre 2018 à l'OAI, la Dre Z._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, consultée depuis le 4 mai 2018, a diagnostiqué, avec incidence sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée secondaire au décès de la mère de sa patiente en juin 2017 ([F43.2] ; existant depuis 2018). Cette médecin évaluait la capacité de travail de l'assurée comme nulle, mais de 20 % dans le cadre de la réadaptation à laquelle les symptômes anxieux et dépressifs ainsi qu'une fatigue importante faisaient obstacle.

Dans un rapport du 21 octobre 2018 à l'OAI, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté depuis le 27 juillet 2015, a posé les diagnostics incapacitants de discopathie L4-L5 et L5-S1, de lombosciatalgies chroniques (existant depuis 2015) et de suspicion de syndrome de Behçet. Indiquant un pronostic très réservé, ce médecin a estimé qu'au plan strictement orthopédique la capacité de travail de l'assurée était limitée à 50 %. Il suggérait une évaluation pluridisciplinaire dans le cas de l'assurée qui, à ses yeux, n'était pas stabilisé.

Dans un avis médical du 11 novembre 2019, la Dre E._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a constaté que l'assurée étaient atteinte dans sa santé à plusieurs niveaux (immunologique, psychiatrique, neurologique et orthopédique) et que les spécialistes consultés faisaient des appréciations divergentes de la capacité de travail ne permettant pas d'en avoir une vision univoque. En l'état des choses, il convenait de réinterroger la psychiatre traitante, se renseigner sur la mesure mise en place par l'EVAM, respectivement si l'assurée avait été engagée à 20 % comme mentionné au dossier. A réception de ces éléments, le cas serait réexaminé pour les suites à y donner.

Le 25 novembre 2019, en réponse à un courrier du 14 novembre précédant de l'OAI, l'EVAM a informé que l'assurée ne travaillait pas pour cet établissement et qu'elle avait un emploi depuis le 15 juin 2019 auprès de la société R._____ SA à [...] (SO).

A l'invitation de l'OAI, l'assurée lui a remis un contrat de travail de durée indéterminée à temps partiel (3,75 heures par semaine) pour un poste de « personnel de nettoyage et d'entretien Catégorie E3 » du 12 juin 2019, une lettre de résiliation du 13 août 2019 de son contrat, et un certificat de salaire du 27 janvier 2020 de son ancien employeur R._____ SA. Elle a joint également deux certificats d'incapacité de travail à 100 % établis par son médecin traitant (le Dr U._____), pour la période allant du 29 juillet au 20 août 2019.

Le 21 février 2020, la Dre Z._____ a répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI :

"1. Quel est le diagnostic précis ayant actuellement une répercussion durable sur la capacité de travail de Mme G._____ ?

Troubles anxieux graves réactionnels à des facteurs de stress sévères (F43.9)

2. Quelle a été l'évolution de l'état de santé depuis octobre 2018 ?

Psychiquement, il y a eu une amélioration puis une rechute après la diminution du Cymbalta d'où la reprise de celui-ci. L'humeur est fluctuante liée au deuil compliqué de sa mère, au vécu chargé de traumatismes et aux événements stressants survenus dans sa vie.

A plusieurs reprises Mme a eu des crises de perte de connaissance dans le contexte de difficultés diverses.

Physiquement, Mme G._____ a continué à présenter des crises par cycle. Elle a beaucoup de plaintes somatiques avec une exacerbation de ses douleurs articulaires, son périmètre de marche est limité la contraignant à s'arrêter à plusieurs reprises.

3. *Merci de nous fournir une anamnèse détaillée.*

Mme G._____ est originaire de [...] (Kosovo). Elle est avant-dernière d'une fratrie de 10 enfants. Elle décrit une enfance magnifique dans un milieu familial paysan, chargé de bonheur et d'amour. Elle suit une scolarité sans difficulté jusqu'en 8^{ème} année qu'elle a arrêté malgré elle en raison de la guerre. Cela lui manque toujours.

Son mari était soldat de l'armée Kosovare. Le vécu de la guerre a été très difficile, elle évoque les différents bombardements (Serbie, OTAN), sa fuite en famille et le refuge dans la forêt pendant 6 semaines. Les conditions de survie étaient des plus angoissantes, elle se souvient encore de sa vision de corps mutilés et des nuits marquées de cauchemars. L'évocation de ces souvenirs suscite beaucoup d'émotions.

Elle décrit avoir une personnalité anxieuse depuis jeune, elle avait une sensibilité exacerbée.

Elle s'est mariée à 18 ans et demi (1999), 2 mois après le début de la guerre. Elle a été enceinte de trois grossesses difficiles. La première grossesse gémellaire a été marquée par une menace d'accouchement prématuré, la 2^{ème} grossesse a été difficile et le 4^{ème} enfant, a eu une suspicion de cancer.

D'autres événements marquants ont jalonné sa vie : le décès tragique de son père, assassiné par un voisin et l'emprisonnement de son frère qui a vengé ce père.

Les persécutions subies dans son pays bien après la guerre lorsque son mari a contribué à la recherche de fausses communes. On aurait voulu le faire taire en kidnappant son fils ou qu'un homme a tenté de s'approcher de sa fille. Pendant des années Mme a vécu dans un climat de peur et d'insécurité malgré sa présence en Suisse, car elle ne savait pas qui étaient les personnes voulant leur nuire. En 2017, il y a eu le décès de sa mère, le deuil est compliqué par l'éloignement de Mme et la culpabilité qui s'en est suivie, elle pense toujours à elle.

Sur le plan professionnel, Mme G._____ n' a pas travaillé en dehors de son domicile.

Mme G._____ est arrivée en Suisse en 2013 traumatisée, choquée et stressée. Elle avait beaucoup de craintes et de peurs, ses pensées et son sommeil étaient perturbés.

Un premier suivi a eu lieu à [...] de 2014 à 2016 puis chez le Dr [...] à [...] de 2016 à 2018.

Durant son suivi, Mme G._____ a vécu de façon intense les menaces d'un copain sur l'une des jumelles, de l'agression sexuelle de sa fille cadette et le harcèlement subi par celle-ci à l'école.

4. *Merci de nous fournir un status psychiatrique détaillé (constatations objectives lors de vos consultations).*

Lors des entretiens, Mme G._____ avait une bonne présentation. Elle aborde avec beaucoup d'émotions les différents thèmes douloureux de sa vie. Elle s'est montrée régulièrement anxieuse avec une baisse de l'humeur accompagnée de pleurs. Elle frappe par une vulnérabilité accrue aux situations de stress. Elle se plaint beaucoup de fatigue et d'épuisement souvent en lien avec le sommeil défaillant. Lorsque le moral s'était amélioré, les douleurs physiques ont été présentes tout le long du suivi. Il n'y a pas eu de symptômes psychotiques florides ni d'idées suicidaires.

5. *Merci de décrire, dans la mesure du possible, le déroulement d'une journée type de votre patiente.*

Elle se réveille vers 10 heures tellement mal, son corps est douloureux, elle est fatiguée, nerveuse et irritable. Elle n'a pas la force de se réveiller à 7 h 45 pour préparer le petit-déjeuner de son fils de 13 ans, il le fait lui-même.

Elle boit un café, elle prend son traitement de Cymbalta puis elle fait des mouvements pour l'échauffement.

Si elle n'a pas de rendez-vous, elle essaie de mettre de l'ordre dans l'appartement. Elle commence une pièce et au vu de la fatigue, elle n'arrive pas à la finir. Elle se recouche dans son lit 30 minutes environ, se réchauffe, se lève et prépare la table pour le repas de midi (préparé la veille avec sa fille).

Si elle a un rendez-vous, elle va directement se reposer avant de faire autre chose. Entre 13h30 et 15h, si elle n'a pas de rendez-vous, elle fait la sieste après le départ des enfants à l'école. Elle se sent bien dans la position couchée et au chaud.

A 15h, elle se réveille, elle est aidée à préparer le souper et le repas du lendemain par sa fille aînée. Si elle a la force, elle fait une machine.

A 18h c'est le souper.

Entre 19h15 et 21h, elle sort habituellement marcher avec ses copines en faisant des pauses régulières toutes les 10 minutes pour se reposer. Malgré que cela lui coûte physiquement, elle s'accroche pour maintenir un peu d'exercice physique.

A son retour à la maison, elle prend le thé avec son mari et à 22h, sa médication du soir (Colchicine et Méthotrexate) puis s'endort.

6. *Merci d'indiquer quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé invoquée dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales).*

Ménage : Mme se sent totalement changée : elle n'est plus la mère qu'elle était, elle est devenue irritable, s'énerve facilement et n'a plus de patience. Ses enfants subissent le changement. Elle n'arrive pas à aider aux devoirs les plus jeunes, elle en est tellement touchée qu'elle était émue aux larmes. Elle a toujours aidé les filles aînées.

Sur le plan du couple, avant, elle sortait beaucoup, alors que maintenant, elle ne sort pas souvent. En fait, elle n'a plus envie de sortir malgré qu'elle a moins de contraintes. Avant, elle débordait de vitalité, elle était positive.

Loisirs : elle n'arrive pas à avoir du plaisir. Avant, elle allait 1 fois par semaine voir les membres de sa famille, au vu de

l'éloignement de cette dernière et du décès de ses parents, maintenant elle ressent un vide.

Activités sociales : elle n'a plus le même plaisir pour ses sorties.

7. *Merci de détailler les ressources disponibles ou mobilisables sur lesquelles l'assurée peut compter (soutien par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, etc...).*

Elle peut compter sur son réseau familial qui se limite à son mari et à ses filles adolescentes.

8. *Quelles sont les limitations fonctionnelles au plan psychiatrique ?*

La fatigue, les problèmes de mémoire et de concentration, l'humeur dépressive.

9. *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations énumérées ci-dessus ? (Sur un taux de 100% dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps) ?*

Dans une activité adaptée la fatigue psychique pourrait être un frein. Elle aimerait essayer à 20 %.

10. *Depuis quand ?*

Dès le mois d'avril 2020.

11. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*

Entretiens psychothérapeutiques hebdomadaires dans un premier temps puis toutes les deux semaines.

Traitements médicamenteux : Cymbalta 90 mg (augmentation effectuée en novembre).

12. *L'AI pourrait proposer des mesures de réinsertion, un programme d'activités qui vise d'abord l'endurance (travail journalier de 2h, 4 jours par semaines sur trois mois, en institution) et qui s'échelonne par palier, suivi d'un deuxième palier d'entraînement doublant le premier sur 3-6 mois toujours en institution), puis une entrée progressive dans l'économie libre après 6 à 12 mois.*

Cette option ne lui convient pas car elle ne se sent pas en mesure de travailler 4 jours de suite.

13. *Il s'agit donc d'un programme souple et « à la carte » qui reste ouvert et s'adapte aux possibilités de l'assuré. Cette proposition va également dans le sens d'une réafférentation sociale.*

Elle adorait travailler mais elle se sent freinée par la fatigue physique et psychique. Elle serait prête d'essayer cette possibilité par exemple 2h 1 jour sur 2 car elle a beaucoup de rendez-vous médicaux et qui lui prennent beaucoup d'énergie. [...]"

Le 27 février 2020, la Dre S. _____, spécialiste en médecine interne ainsi qu'en allergologie et immunologie clinique, a confirmé à l'OAI la nécessité d'un traitement immunosuppresseur pour la maladie de Behçet avec atteintes inflammatoires des chevilles et articulations des pieds.

Sur proposition du SMR (avis médical du 2 juin 2020 de la Dre E. _____), l'assurée a bénéficié de la prise en charge, par l'OAI, d'un entraînement à l'endurance au sens de l'art. 14a LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) avec un taux de présence de deux heures réparti sur quatre jours de la semaine auprès de l'[...] à [...], du 8 février au 7 mai 2021 (communication de l'OAI du 4 février 2021) ; lors du premier bilan du 19 mars 2021, il est ressorti en particulier que l'intéressée avait suivi la mesure à 10 % d'un taux de 100 % ; le deuxième bilan du 23 avril 2021 signalait que l'assurée y avait participé trois fois et que sa santé continuait à se dégrader ; il a été conclu à une capacité de travail nulle et à la clôture du mandat (documents « Partenaire - Note d'entretien » des 19 mars et 23 avril 2021 ; rapport du 12 avril 2021 de l'[...] ; document « REA - Rapport final » du 23 avril 2021).

Les médecins du Service d'immunologie et allergie au CHUV ont informé le médecin-conseil du SMR qu'ils n'avaient pas revu l'assurée depuis le 21 novembre 2018 et qu'ils n'étaient pas en mesure de répondre au questionnaire envoyé dans l'intervalle (document « Assuré - Note d'entretien » du 10 juin 2021).

A sa demande, l'OAI a reçu un rapport du 2 juillet 2021 de la Dre Z. _____ confirmant le diagnostic de troubles anxieux graves réactionnels à des facteurs de stress sévères (F43.9) depuis des années, mais en aggravation progressive depuis la fin 2020. Au status, l'assurée présentait des angoisses avec une baisse de l'humeur et des pleurs. Elle se plaignait de fatigue et d'épuisement souvent en lien avec le sommeil défaillant secondaire à ses ruminations (guerre, décès violent de son père et les onze pertes de son entourage subies en huit ans). Les limitations fonctionnelles étaient un sommeil perturbé, une fatigue importante, un manque d'énergie, des problèmes de mémoire et de concentration, une humeur dépressive ainsi qu'une incapacité à gérer les situations stressantes. La capacité de travail de l'assurée était nulle, même dans une activité adaptée, dès le mois d'avril 2020, sans qu'aucune mesure ne

pouvait être mise en place compte tenu de la situation physique et psychique défailante de l'intéressée.

Dans un rapport du 21 juillet 2021 au SMR, le Dr F. _____, du Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme au CHUV, a indiqué que, sur le plan endocrinologique, un nodule thyroïdien diagnostiqué de façon fortuite en 2018 était stable, que la fonction thyroïdienne était dans la norme, mais que l'assurée exprimait une fatigue chronique avec des fluctuations pour sa maladie de Behçet. Elle se disait très anxieuse et démoralisée face à la maladie qui impactait fortement son bien-être physique et psychique. Pour le reste, ce médecin renvoyait auprès de la Dre A. _____ pour des questions spécifiques au diagnostic de maladie de Behçet.

Dans un avis médical du 22 juillet 2021, la Dre E. _____, du SMR, a sollicité une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, rhumatologie [ou médecine physique et réadaptation] et médecine interne).

L'OAI a, via la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) au X. _____ de [...] (X. _____). Dans leur rapport du 13 décembre 2021, ces experts ont diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), des autres troubles anxieux mixtes (F41.3), une dysthymie (F34.1), une maladie de Behçet, des lombalgies chroniques (en partie en relation avec des troubles dégénératifs inchangés par rapport aux IRM de 2015 et 2017, mais apparition de signes de type Modic 1 en L4-L5 et L5-S1, absents sur les IRM de 2015 et 2017), un probable syndrome douloureux chronique avec des douleurs diffuses, une fatigue et tous les points de fibromyalgie présents, ainsi que des céphalées multifactorielles. Sur la base de leurs propres constatations, les experts ont estimé que si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans une activité lourde de type femme de ménage (seule activité effectuée) depuis 2016, elle disposait toutefois d'une capacité de travail de 100 %, avec une diminution de rendement de 30 % en raison de la fatigue liée à la maladie

de Behçet, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

Par décision du 16 juin 2022, après avoir requis le point de vue du SMR validant les constatations et les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire précité (rapport d'examen du 18 janvier 2022 de la Dre E. _____) et nanti des renseignements économiques sollicités (documents « REA – Rapport final » et « Calcul du salaire exigible » du 14 mars 2022), l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité. Selon ses constatations, à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de sa demande de prestations (en l'occurrence à partir du 1^{er} novembre 2018), la capacité de travail résiduelle de l'intéressée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« pas de travaux lourds, pas de ports de charges, pas de positions debout prolongées ») était de 70 %. Après comparaison des revenus sans (47'037 fr. 35) et avec invalidité (32'926 fr. 14), tous deux ressortant des données salariales de l'Office fédéral de la statistique (OFS), le degré d'invalidité était de 30 %.

B. Par acte du 5 juillet 2022, G. _____ a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur sa capacité de travail (et de gain). Elle a reproché à l'office intimé de s'être basé sur les conclusions de l'expertise X. _____ retenant une capacité de travail résiduelle de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. Ce faisant, elle a contesté la valeur probante de cette expertise pluridisciplinaire, en particulier son volet psychiatrique. A son avis, l'expert psychiatre n'avait pas tenu compte de la sévérité (dégradation) de son état de santé telle qu'attestée par sa psychiatre traitante. A ses yeux, la position de l'expert psychiatre était d'autant moins compréhensible dès lors qu'il retenait un trouble somatoforme douloureux bien qu'elle présentait des atteintes physiques expliquant ses douleurs et sa fatigue ressenties.

Dans sa réponse du 16 novembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le

caractère probant de l'expertise X._____. De son point de vue, la mise en place de mesures de réadaptation n'était pas susceptible de réduire le préjudice économique, et les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Une copie de cette écriture a été communiquée à la recourante pour information le 17 novembre 2022, avec la possibilité de consulter le dossier auprès du greffe du tribunal.

C. Par décision du 18 octobre 2022, G._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 juillet 2022. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

E n d r o i t :

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

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

2. **a)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1). Le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse, sous réserve de motifs particuliers imposant exceptionnellement l'application immédiate du nouveau droit (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 119 Ib 103 consid. 5). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022 (cf. ch. 9100 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022). Comme la date de la survenance de l'invalidité (art. 28 al. 1 et 1bis LAI) peut ne pas coïncider avec la date du début du droit à la rente, une rente d'invalidité est traitée selon le nouveau droit si le début du droit naît à partir du 1^{er} janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021. Les rentes d'invalidité du nouveau droit sont donc les rentes dont le début du droit, au sens de l'art. 29 al. 1 et 2 LAI, est intervenu dès le 1^{er} janvier 2022 (cf. ch. 1007 et 1008 de la Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rente linéaire [Circ. DT DC AI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 16 juin 2022 fait suite à une demande de prestations déposée en mai 2018. Le droit éventuel à une rente a pris naissance avant le 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'à cette date sont applicables.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

b) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

c) 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).

d) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

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. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient 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 bienfondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

4. En l'espèce, l'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité, au motif que si la recourante présente une incapacité de travail dans son activité habituelle depuis 2016, sa capacité de travail est de 70 % (100 % avec une diminution de rendement de 30 % en raison de la fatigue) dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (*pas de travaux lourds, pas de ports de charges, pas de positions debout prolongées*) ; après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, le degré d'invalidité est de 30 %. Cette décision s'appuie sur les constatations et les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du X._____ du 13 décembre 2021.

De son côté, la recourante conteste l'évaluation de la répercussion des atteintes à la santé sur la capacité de travail et l'expertise pluridisciplinaire précitée, sur le volet psychiatrique en particulier, en se fondant sur l'avis divergeant de la DreZ._____.

5. a) Dans l'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie), confiée au X._____ par l'OAI courant 2021, les experts (à savoir les Drs V._____, médecin praticien, B._____ spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et I._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie) ont unanimement évalué la capacité de travail de l'assurée comme étant nulle dans l'activité habituelle depuis 2016 et de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % en raison de la fatigue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues en raison des polyarthralgies et des lombalgies, mais sans restrictions en relation avec le syndrome douloureux chronique, ni d'ordre psychiatrique.

Dans leur évaluation consensuelle de la situation, les experts du X._____ ont émis les considérations suivantes (expertise, évaluation consensuelle, pp. 4 - 8) :

“4.1 Évaluation médicale interdisciplinaire

Madame G. _____ est une assurée âgée de 40 ans, originaire du Kosovo. Elle est en Suisse depuis [...]. Elle est mariée depuis plus de 20 ans et mère de quatre enfants dont deux adultes (des jumelles) et deux mineurs.

Après la scolarité obligatoire jusqu'à l'âge de 14 ans, elle débute une formation d'école d'infirmière, mais qui doit être interrompue en raison de la guerre.

Elle n'a pas de formation professionnelle, elle n'a que peu d'expérience professionnelle en Suisse (aide d'un professeur de français et nettoyeuse à temps très partiel pendant quelques mois). Elle a des dettes à hauteur de CHF 7000.- et elle est aux poursuites.

Plusieurs mesures de réadaptation ont été essayées mais ces mesures ont dû être closes en raison d'un absentéisme trop important de l'assurée.

Madame G. _____ présente des lombalgies de longue date. En 2016, en raison d'une aphtose bipolaire associée à des lombalgies chroniques, des polyarthralgies ainsi qu'une très importante fatigue, un diagnostic de maladie de Behçet a été posé. Avec les différents traitements, actuellement Humira et Méthotrexate, les aphtes n'ont pas récidivé, les arthralgies ont diminué mais il persiste cette importante fatigue qui la limite dans toutes les activités.

À l'examen clinique, on note des douleurs lombaires avec un discret syndrome vertébral et des douleurs à la palpation de tout le rachis. Toutes les articulations périphériques sont calmes, sans signe de synovite, sans tuméfaction, sans limitation de la mobilité. On note des douleurs à palpation des MCP [métacarpo-phalangiens] et des MTP [métatarso-phalangiens], des poignets et des chevilles principalement. Tous les points de fibromyalgie sont sensibles. Un bilan biologique a été effectué le 15.09.2021. Il n'y a pas d'anémie. La VS [vitesse de sédimentation] et la CRP [protéine C réactive] sont normales. Une IRM lombaire et des sacro[-]iliaques effectuée le 12.10.2021 ne montre pas de signe de sacro[-]ilite ni d'atteinte inflammatoire lombaire. Il existe uniquement des troubles dégénératifs avec des signes de type Modic 1 en L4-L5 et L5-S1.

En conclusion, Madame G. _____ présente une maladie de Behçet avec une aphtose bipolaire associée à des polyarthralgies et une importante fatigue. Pour l'instant, il n'y a pas eu d'autre manifestation de la maladie, en particulier il n'y a jamais eu d'arthrite objectivée. Actuellement, la situation est calme avec un traitement de Méthotrexate et d'Humira. La Prednisone a été stoppée récemment. Il persiste principalement une importante fatigue, symptôme décrit dans la maladie de Behçet.

Elle présente des lombalgies chroniques de longue date. L'IRM récente décrit l'absence de lésion inflammatoire mais des troubles dégénératifs compatibles avec l'âge, avec des signes

de Modic 1 en L4-L5 et L5-S1 pouvant être en partie en relation avec les douleurs. Tous les points de fibromyalgie sont douloureux. Un syndrome douloureux chronique est également probable.

En raison de la fatigue associée, son rendement est diminué de 30 % dans une activité adaptée.

Elle est suivie par le centre [...]. Elle a été suivie de 2014 à 2016 pour suspicion de dépression, de troubles douloureux chroniques, de fatigue chronique. De 2016 à 2018, elle a été suivie par une psychologue. Elle a recommencé un suivi le 04.05.2018 avec le Dr Z._____, psychiatre. Son traitement actuel consiste en du Cymbalta 60 mg le matin et 30 mg le soir, du Temesta 1 à 2 mg par jour et du Redormin 1 comprimé au coucher occasionnellement. Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée secondaire au décès de sa mère en juin 2017 a été retenu en 2018, ainsi que celui de trouble anxieux grave réactionnel à des facteurs de stress sévères (le code 43.9 se réfère à une réaction à un facteur de stress important sans précision). Elle rencontre son psychiatre 1 heure chaque deux semaines et parfois elle rajoute une séance supplémentaire au besoin.

Comme facteurs de stress, retenons le fait qu'elle a vécu des faits de guerre entre 1998 et 1999 ; le décès de son père d'un accident en 2003 ; le fait que sa famille a été intimidée fin 2013 et la décision de quitter précipitamment le Kosovo pour venir en Suisse ; le décès de sa mère en 2017, l'agression sexuelle subie par une de ses filles le 29.07.2019.

L'expertisée se plaint d'une symptomatologie dépressive qu'elle fait remonter à début 2014 lorsqu'elle est arrivée en Suisse, parce qu'elle a dû quitter précipitamment le Kosovo après que sa famille ait été menacée. La symptomatologie dépressive s'est apparemment exacerbée d'après ses dires à partir de 2016 lorsqu'on lui a annoncé le diagnostic de maladie de Behçet. L'expertisée ressent une humeur dépressive, elle se sent triste, pleure, est très sensible, s'énerve pour un rien. Cette humeur dépressive est présente toute la journée avec parfois des crises de pleurs et de nervosité mais certains jours, elle se sent un peu mieux. L'intensité de l'humeur dépressive est estimée à 8-9/10 mais elle est proportionnelle à l'intensité des douleurs. Depuis trois ans, en raison des douleurs, elle a peu de désir sexuel. Certains jours, elle met 1 heure à s'endormir en raison de bruissements qu'elle ressent dans sa tête et qui l'énervent. Elle ressent une fatigue maximale le matin et d'intensité moyenne durant l'après-midi et le soir qu'elle attribue à sa maladie de Behçet mais aussi à sa *dépression*. Depuis deux ans son estime et sa confiance ont baissé car elle ne peut plus rien faire physiquement et psychologiquement ne se sent pas bien. Selon son état de fatigue, elle a des difficultés à se concentrer. Depuis cinq à six mois, elle se décourage car les traitements pour sa maladie de Behçet n'apportent pas d'amélioration. En 2016, elle a eu deux reprises des idées suicidaires mais elle n'en a plus depuis. L'examen psychiatrique montre une femme plutôt euthymique.

Son psychiatre lui prescrit du Cymbalta 90 mg par jour. En octobre 2018, son psychiatre traitant retenait un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, secondaire au décès de sa mère en juin 2017. Une grande partie de la symptomatologie dépressive semble rentrer dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, voir ci-dessous. Nous pouvons éventuellement retenir également une dysthymie (F34.1) face à cette symptomatologie dépressive chronique, objectivement plutôt légère.

Une des plaintes principales de cette expertisée est un syndrome douloureux généralisé qu'elle relie à la maladie de Behçet. Il existe un contexte psycho-social : décès de sa mère en 2017, abus sexuel d'une de ses filles en 2019, problèmes financiers. Le trouble lui assure une sollicitude et une aide accrue de la part de son entourage familial. Nous retenons un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4).

L'expertisée se plaint d'une symptomatologie anxieuse associant anxiété généralisée (inquiétudes autour de ses enfants depuis qu'elle est devenue mère qui peuvent être un peu envahissantes, perturber sa concentration, créer une tension musculaire et une fatigabilité). Elle se plaint également de symptômes résiduels d'état de stress post-traumatiques (flash-back occasionnels lorsqu'elle est confrontée à un documentaire sur la guerre, ce qu'elle évite de regarder en général, elle avait des souvenirs répétitifs qui ont beaucoup diminué depuis la prescription de Cymbalta). Elle se plaint de crises d'angoisse, deux à trois fois par jour qui ne durent qu'1 minute, qui atteignent une intensité maximale, qui peuvent être provoquées par diverses contrariétés mais peuvent survenir sans raison (elle ressent des palpitations, elle a peur de mourir, elle a une boule dans la gorge et dans le ventre, des sensations vertigineuses). Cette symptomatologie est compatible avec un diagnostic d'autres troubles anxieux mixtes (F41.3).

4.2 Diagnostiques pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4).
- Autres troubles anxieux mixtes (F41.3).
- Dysthymie (F34.1).
- Maladie de Behçet.
- Lombalgies chroniques, en partie en relation avec des troubles dégénératifs inchangés par rapport aux IRM de 2015 et 2017, mais apparition de signes de type Modic 1 en L4 L5 et L5 S1, absents sur les IRM de 2015 et 2017.
- Probable syndrome douloureux chronique avec des douleurs diffuses, une fatigue et tous les points de fibromyalgie présents.
- Céphalées multifactorielles.

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

En raison des polyarthralgies et des lombalgies, elle est limitée dans les travaux lourds, les ports de charges, les positions debout prolongées. Pas de limitation en relation avec le syndrome douloureux chronique.

Aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychique.

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

- Aucun.

4.5 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les ressources sont dans l'ensemble conservées et exploitables. L'expertisée paraît un peu démonstrative dans l'expression de sa symptomatologie psychique mais il n'y a pas de facteur de surcharge patent.

4.6 Contrôle de cohérence

Il existe une divergence concernant la notion de fatigue. Celle-ci est subjective mais aucun caractère objectif ne peut être mis en lumière au jour de cette évaluation. Il n'y a pas de bâillement, pas d'attaque de paupières ni perte de vigilance. Madame G. _____ a pu garder le focus pendant toute la durée de cette expertise.

L'échelle de somnolence est perturbée montrant des signes de dette de sommeil mais au vu du tableau clinique, il ne semble pas à l'expert qu'il soit nécessaire de réaliser des investigations pour éliminer un syndrome d'apnée obstructive du sommeil.

Le bilan sanguin pratiqué au décours de l'évaluation est également dans les normes.

La fatigue est décrite dans la maladie de Behçet.

La description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes surtout physiques.

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

Dans une activité lourde de type femme de ménage (seule activité effectuée), sa capacité de travail est de 0 % depuis 2016.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

100 %, avec une diminution de rendement de 30 % en raison de la fatigue, depuis 2016.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

La diminution de rendement due à la fatigue peut être évaluée entre 20 et 30 % dans une activité adaptée.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Sans objet."

Les experts du X. _____ ont dûment motivé leurs conclusions et, s'en tenant à leur rôle, ont distingué les éléments subjectifs reposant sur les plaintes exprimées et leurs propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail. Dans ce contexte, l'expert psychiatre a eu connaissance de l'ensemble du dossier médical, s'est entretenu avec l'assurée dont il a recueilli les indications fournies spontanément. Au terme de son entretien approfondi sur différents thèmes (affection actuelle, anamnèse systématique, déroulement d'une journée-type, traitements suivis y compris médicamenteux), l'expert psychiatre a, sur la base de ses divers examens, analysé de manière circonstanciée, détaillée et approfondie, les capacités intellectuelles de la recourante. En l'absence de contradictions et de défauts manifestes, il y a lieu de valider les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire qui est pleinement probant (cf. consid. 3d supra). Ce rapport comporte des anamnèses complètes, fait état des plaintes exprimées par la recourante, et décrit le contexte déterminant. Il est le résultat d'un examen pluridisciplinaire *lege artis*, repose sur des considérations dûment documentées, complètes et minutieuses, exemptes de contradiction dans leur motivation. Les conclusions claires de ce rapport sont posées au terme d'un consilium tenant compte de l'appréciation globale du cas.

b) A l'instar du consensus, chaque expertise est cohérente, convaincante et bien motivée, conformément aux réquisits jurisprudentiels en la matière, s'agissant tant des diagnostics que de l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail.

aa) Sur le plan de la médecine interne (rapport d'expertise, volet de médecine interne, pp. 27 - 31), l'expert V._____ n'a mis en évidence aucun diagnostic incapacitant. Il a rappelé tout d'abord l'existence d'un diagnostic de maladie de Behçet, découverte en 2016 avec une aphtose bipolaire (buccale et génitale) et pour laquelle l'assurée a été suivie au Service d'immunologie du CHUV et a bénéficié d'un traitement par corticoïdes. Elle est suivie depuis 2019 en ambulatoire par la Dre S._____, avec la mise en route d'un traitement par Humira®, Metoject® ainsi qu'à nouveau de la Colchicine® et une corticothérapie à doses dégressives. Une coloscopie au cours de l'année 2017 a montré une muqueuse calme sans aucune ulcération et un bilan ophtalmologique en juin 2018 était parfaitement dans les normes, sans aucune répercussion sur la capacité de travail.

Au jour de l'expertise, il n'est mis en évidence aucune lésion de type aphte au niveau buccal. Il n'est d'autre part retrouvé aucune manifestation cutanée. Sur le plan digestif, les bruits hydro-aériques sont normaux et la palpation ne met en évidence aucune contracture ni défense. Le système veineux est également indemne de pathologie et le reste du bilan est dans les normes. Le bilan sanguin pratiqué au décours de cette expertise retrouve des valeurs normales concernant la vitesse de sédimentation (VS) et la protéine C réactive (CRP), témoins de l'absence de pathologie inflammatoire en cours d'évolution. Aucun syndrome fébrile n'est retrouvé. La situation semble donc stabilisée pour ce qui concerne la maladie de Behçet. La fatigue importante assimilée à un épuisement majeur alléguée n'est pas objectivée lors de l'expertise où il n'y a pas de bâillement, pas d'attaque de paupières alors que l'assurée a pu garder le focus pendant toute la durée de l'examen, sans perdre de vigilance. De même, le bilan sanguin ne retrouve aucune carence en ferritine pouvant éventuellement participer à cette sensation subjective de fatigue. L'échelle de somnolence est perturbée, mais sans la nécessité d'investigations complémentaires à la recherche d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil associé compte tenu du tableau clinique. Devant la stabilité de cette maladie de Behçet, aucune incapacité de travail ne

peut être reconnue à l'heure actuelle. Seule une perte de rendement de l'ordre de 20 % peut être accordée en rapport avec la fatigue existante.

Devant un diagnostic de céphalées d'origine multifactorielle justifiant un suivi régulier par un neurologue avec de nombreuses investigations menées et chaque fois revenues dans les normes, l'examen neurologique pratiqué au cours de l'expertise est quasiment normal, ne retrouvant qu'une hypoesthésie du membre inférieur gauche, subjective, mais sans aucune systématisation. L'expert est d'avis que les céphalées ne sont pas responsables d'une incapacité à long terme dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle, mais peuvent être sources d'arrêts de travail ponctuels, de courte durée.

L'expert conclut ainsi à une baisse de rendement de 30 % qui peut être retenue en raison de la fatigue faisant partie du tableau de la maladie de Behçet diagnostiquée le 16 août 2016.

bb) A l'issue de l'examen rhumatologique (expertise, volet rhumatologique, pp. 22 - 25), l'experte I. _____ a posé les diagnostics de maladie de Behçet diagnostiquée en 2016 en raison d'une aphtose bipolaire et de polyarthralgies, actuellement calmes sous Humira® et Méthotrexate®, avec persistance d'une importante fatigue, de lombalgies chroniques, en partie en relation avec des troubles dégénératifs inchangés par rapport aux IRM de 2015 et 2017, mais apparition de signes de type Modic 1 en L4-L5 et L5-S1, absents sur les IRM de 2015 et 2017, et de probable syndrome douloureux chronique avec des douleurs diffuses, une fatigue et tous les points de fibromyalgie présents.

A l'examen clinique, l'experte note des douleurs lombaires avec un discret syndrome vertébral et des douleurs à la palpation de tout le rachis. Toutes les articulations périphériques sont calmes, sans signe de synovite, sans tuméfaction, sans limitations de la mobilité. Elle constate des douleurs à la palpation des métacarpo-phalangiens (MCP) et des métatarso-phalangiens (MTP), des poignets et des chevilles principalement. Tous les points de fibromyalgie sont sensibles. Un bilan

biologique du 15 septembre 2021 ne montre pas d'anémie, et la vitesse de sédimentation (VS) ainsi que la protéine C réactive (CRP) sont normales. Une IRM lombaire et des sacro-iliaques du 12 octobre 2021 ne met pas en évidence de signe de sacro-iliite ni d'atteinte inflammatoire lombaire. L'experte retient une maladie de Behçet avec une aphtose bipolaire associée à des polyarthralgies et une importante fatigue. Elle note que pour l'instant, il n'y a pas eu d'autre manifestation de la maladie, en particulier il n'y a jamais eu d'arthrite objectivée. En l'état actuel, la situation est calme avec un traitement de Méthotrexate® et d'Humira®. Elle observe que la Prednisone® a été stoppée récemment et qu'il persiste principalement une importante fatigue, symptôme décrit dans la maladie de Behçet. A côté de cette maladie, l'experte conclut à des lombalgies chroniques de longue date ; l'IRM récente décrit l'absence de lésion inflammatoire mais des troubles dégénératifs compatibles avec l'âge, avec des signes de type Modic 1 en L4-L5 et L5-S1 pouvant être en partie en relation avec les douleurs. Tous les points de fibromyalgie sont douloureux. Un syndrome douloureux chronique est également probable.

Compte tenu des polyarthralgies et des lombalgies, l'experte estime que l'assurée est limitée dans les travaux lourds, les ports de charges et les positions debout prolongées. Elle ne retient par contre pas de limitation en relation avec le syndrome douloureux chronique et rappelle, qu'en raison de la fatigue associée, le rendement est diminué de 30 % dans une activité adaptée.

Le traitement régulier auprès de la Dre S. _____ est adéquat, sans autre investigation ou proposition thérapeutique formulée par l'experte. Il n'existe pas de contre-indication à des mesures de réadaptation professionnelle dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles ni d'incohérence, la fatigue étant un symptôme subjectif. L'experte retient ainsi une capacité de travail résiduelle de 70 % (en réalité 100 % avec baisse de rendement de 30 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, pas de ports de charges et pas de positions debout prolongées) qui est inchangée depuis 2016 chez la recourante disposant de ressources ainsi que de l'entourage de sa famille et ses amis.

cc) Au niveau psychiatrique (rapport d'expertise, volet psychiatrique, pp. 25 - 30), l'expert B._____ conclut à un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), une dysthymie (F34.1) et à d'autres troubles anxieux mixtes (F41.3). Il ne retient pas de limitation fonctionnelle d'ordre psychique.

aaa) Tout d'abord, l'expert psychiatre a mis en évidence les éléments cliniques propres à chaque diagnostic retenu et il a posé les diagnostics en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10).

L'expert a examiné les symptômes de la lignée dépressive, de la lignée hypomaniaque et maniaque, de la lignée anxieuse et de la lignée psychotique, ainsi que la personnalité. Il a ensuite procédé à des constatations sur la présentation de la recourante, le contact et l'attitude relationnelle, l'activité psychomotrice, les fonctions cognitives et le langage, la pensée, la perception, l'affectivité et les comportements observables. L'expert a relevé que le psychiatre traitant retenait, en octobre 2018, un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, secondaire au décès de sa mère, mais l'expert a considéré qu'une grande partie de la symptomatologie dépressive semblait rentrer dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Une des plaintes principales de la recourante est en effet un syndrome douloureux chronique qu'elle relie à la maladie de Behçet. Après avoir constaté l'existence d'un contexte psycho-social, l'expert a noté que le trouble assurait à la recourante une sollicitude d'une aide accrue de son entourage familial. Il a ajouté, face à la symptomatologie dépressive chronique objectivement plutôt légère, qu'une éventuelle dysthymie (F34.1) pouvait être retenue. Enfin, il a relevé que la recourante se plaignait d'une symptomatologie anxieuse associant une anxiété généralisée, ainsi que des symptômes résiduels d'état de stress post-traumatique et de crises d'angoisse. Il a retenu que cette symptomatologie était compatible avec un diagnostic d'autres troubles anxieux mixtes (F41.2).

bbb) Selon la jurisprudence, il s'agit d'évaluer les capacités fonctionnelles de la personne assurée à la lumière des indicateurs pertinents, dans une analyse axée sur les ressources et les déficits fonctionnels découlant d'une ou plusieurs atteintes à la santé. Dans le cadre de cette analyse, les indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel permettent de faire certaines constatations qui doivent être confrontées aux indicateurs relatifs à la cohérence.

Concernant le degré de gravité fonctionnel du ou des troubles, l'expert psychiatre n'a pas constaté la présence de manifestations concrètes des atteintes à la santé sur l'activité habituelle de l'assurée, laquelle n'a travaillé qu'un peu plus d'un an dans sa vie. Mais du point de vue psychiatrique, elle pourrait travailler à plein temps selon l'avis de l'expert.

S'agissant du traitement ou de la résistance au traitement, l'expert psychiatre observe que le traitement psychiatrique intégré paraît adéquat. Il ne préconise aucune autre mesure thérapeutique, si ce n'est un éventuel changement de molécules antidépressives (par exemple de la Sertraline®) car le Cymbalta® prescrit depuis plusieurs années n'est pas efficace à 100 % sur la symptomatologie anxieuse notamment ; une autre molécule antidépressive à visée anxiolytique pourrait être proposée à l'assurée comme de la Sertraline® par exemple.

Pour l'examen des ressources personnelles (rapport d'expertise, volet psychiatrique, pp. 27-28), l'expert constate des ressources personnelles et externes qui, pour la plupart d'entre elles, ne sont pas limitées. Il note que l'intéressée a pu s'adapter aux règles de l'expertise (arrivée à l'heure et collaborante), s'est adaptée à ses problèmes physiques (elle fractionne ses tâches ménagères), conserve une flexibilité-adaptabilité, conserve des capacités à porter des jugements et prendre des décisions, à s'affirmer, à contacter et converser avec des tiers, à s'intégrer dans un groupe ou dans une relation privilégiée à deux, ainsi qu'à prendre soin d'elle-même et de se prendre en charge. L'expert a

retenu que l'assurée peut compter sur son mari et sur son réseau amical. Ainsi, pour effectuer des activités spontanées, elle requiert un stimuli de la part de ses amies pour sortir, ce qu'elle accepte volontiers. En été, elle aime nager mais n'y va pas seule, préférant être accompagnée. Enfin, l'assurée peut se déplacer seule en transports publics.

S'agissant du contexte social, la recourante est mère de quatre enfants dont deux jeunes adultes. Elle bénéficie d'une excellente relation avec son mari et a trois amies très proches qu'elle rencontre chaque soir. Elle a en outre des contacts téléphoniques quotidiens avec sa fratrie. Elle n'a pas de formation professionnelle et peu d'expérience professionnelle. Elle a des dettes.

Au niveau de la cohérence, l'expert décrit une assurée qui paraît un peu démonstrative dans l'expression de sa symptomatologie psychique. La description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes, surtout physiques.

L'expert B._____ a examiné le caractère invalidant des atteintes psychiques diagnostiquées à l'aune des indicateurs jurisprudentiels applicables (cf. consid. 3b supra). Sur la base de l'analyse de ces critères, la capacité de travail de la recourante a été évaluée par l'expert psychiatre comme entière et stable au fil des années.

ccc) La recourante tente de remettre en question le caractère probant du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire X._____. Elle lui oppose l'avis divergeant de sa psychiatre traitante, la Dre Z._____.

La psychiatre traitante retient les diagnostics de troubles anxieux graves réactionnels à des facteurs de stress sévères (F43.9) depuis des années mais en aggravation progressive et estime que sa patiente n'est plus en mesure de travailler, même dans une activité adaptée depuis le mois d'avril 2020. Les diagnostics finalement retenus par l'expert sont justifiés sur le plan médical comme vu plus haut. L'expert

psychiatre constate en particulier l'existence de ressources et le peu de limitation dans la vie quotidienne, ce que la psychiatre traitante ne prend pas en considération. Cette dernière, dont les rapports contiennent peu de constatations objectives, ne motive pas son évaluation de l'incapacité de travail complète qui ne paraît pas fondée sur des éléments objectifs. Les constatations de la Dre Z._____ se basent pour ainsi dire uniquement sur les déclarations de la recourante (à savoir « elle aimerait essayer à 20% » s'agissant de la capacité de travail ; ou encore « cette option ne lui convient pas car elle ne se sent pas en mesure de travailler 4 jours de suite »). De plus, la principale limitation fonctionnelle retenue par la psychiatre traitante est la fatigue importante. Or cet élément a déjà dûment été pris en compte par les experts du X._____. La recourante a du reste travaillé, certes à un taux très réduit (3,75 heures par semaine), dans un poste de nettoyeuse quelques mois durant l'été 2019, contredisant l'estimation de la capacité de travail nulle par sa psychiatre qui la suit depuis le 4 mai 2018. C'est également le lieu de rappeler qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). Il reste que l'actuelle psychiatre traitante procède à une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical, sans que son avis puisse être préféré à celui de son confrère le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

c) Pour le reste, les conclusions des experts du X._____ ne sont pas sérieusement remises en cause par les autres rapports médicaux au dossier, lesquels se caractérisent par leur peu d'indication sur la capacité de travail de la recourante.

Ainsi, dans leur rapport du 29 juin 2018, les médecins de l'Hôpital ophtalmique [...] n'ont pas retenu d'incapacité de travail au plan ophtalmologique.

Dans son rapport du 11 juillet 2018, la Dre A._____, spécialiste en médecine interne ainsi qu'en allergologie et immunologie, a

posé les diagnostics incapacitants de maladie de Behçet (depuis juillet 2016) et de lombalgies et gonalgies chroniques, ainsi que de tuberculose latente traitée depuis 2016 - 2017, sans incidence. A son avis, le traitement de la maladie de Behçet par immunosuppresseur serait responsable d'une capacité de travail résiduelle « de l'ordre de 50 % ».

Dans son rapport du 24 août 2018, le Dr U._____, médecin traitant, a diagnostiqué une maladie de Behçet (depuis 2016) ainsi qu'un trouble anxiodépressif (depuis 2013). Il était d'avis que la capacité de travail de sa patiente était à évaluer et mentionnait un stage à l'EVAM à 20 % en cours, selon les déclarations de l'intéressée.

Dans son rapport du 27 août 2018, le Dr C._____, neurologue consulté les 4 décembre 2015, 5 juillet et 17 août 2017, a posé les diagnostics incapacitants de céphalée migrainiforme et céphalée de tension chroniques, d'état anxiodépressif traité et de suspicion de maladie de Behçet. Ce spécialiste a mentionné un pronostic réservé, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

Dans son rapport du 21 octobre 2018, le Dr W._____, chirurgien orthopédiste, consulté depuis le 27 juillet 2015 à raison d'une ou deux fois par an, a posé les diagnostics incapacitants de discopathie L4-L5 et L5-S1, de lombosciatalgies chroniques (depuis 2015) et de suspicion de syndrome de Behçet. Il a estimé que ces atteintes à la santé limitaient la capacité de travail de l'assurée à 50 % au plan strictement orthopédique. Une évaluation pluridisciplinaire était préconisée.

Dans son rapport du 27 février 2020, la Dre S._____, spécialiste en médecine interne ainsi qu'en allergologie et immunologie clinique, a uniquement confirmé la nécessité d'un traitement immunosuppresseur pour la maladie de Behçet, sans se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

Enfin, dans son rapport du 21 juillet 2021, le Dr F._____, du Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du CHUV, a fait part

de la stabilité d'un nodule thyroïdien diagnostiqué de façon fortuite en 2018 et d'une fonction thyroïdienne dans la norme. Il décrivait un fort impact sur le bien-être physique et psychique de l'assurée en raison d'une fatigue chronique, laquelle se disait très anxieuse et démoralisée face à sa maladie. Sans se prononcer sur la capacité de travail, ce spécialiste renvoyait auprès de la Dre A. _____ pour le diagnostic de maladie de Behçet.

d) Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir une capacité de travail de la recourante à 100 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 30 % sur la base de l'expertise qui bénéficie de toute valeur probante.

6. S'agissant du calcul du taux d'invalidité et en particulier des éléments économiques retenus par l'intimé, la recourante n'a soulevé aucun grief à cet égard, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des chiffres retenus par l'OAI.

Le degré d'invalidité de la recourante est de 30 %. Il n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

7. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 juin 2022 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- G. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :