

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 mars 2023

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Berberat, juge, et Mme Gabellon, assesseuse  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

L. \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 28 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1997 et au bénéfice d'un CFC d'assistante dentaire, 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) le 8 février 2019, annonçant qu'elle était en incapacité de travail depuis octobre 2017 en raison d'une névrite vestibulaire, d'un *persistent postural perceptual dizziness* (PPPD) et de vertiges chroniques visuels et physiques. Elle a également indiqué être suivie pour une dépression et de l'anxiété. Lors d'un téléphone du 5 mars 2019, l'assurée a précisé qu'en raison de sa santé, elle avait dû abandonner la maturité artistique qu'elle était en train d'effectuer dans le but de débiter une haute école d'art.

Dans un rapport du 11 mars 2019, la Dre U.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante, a posé comme diagnostics une possible neuropathie vestibulaire et un trouble visuel. Elle a mentionné que l'assurée avait dû arrêter les études à cause de ses problèmes de santé, qu'elle présentait des vertiges et des risques de chute, qu'elle s'épuisait vite si elle faisait une activité, qu'elle n'arrivait pas à lire sans que sa vision soit floue et était angoissée quand il y avait du monde autour d'elle. La Dre U.\_\_\_\_\_ a annexé divers documents médicaux à son rapport, notamment les résultats d'une IRM cérébrale et des conduits auditifs internes réalisée le 30 octobre 2017, qui était dans les limites de la norme hormis un petit kyste de la glande pinéale, ainsi qu'un rapport du neurologue C.\_\_\_\_\_ du 11 octobre 2018, qui concluait à une possible neuropathie vestibulaire contractée en octobre 2017, désormais bien compensée, compliquée d'un état vertigineux fluctuant, symptomatologie qui faisait évoquer un *persistent postural perceptual dizziness*.

Dans un rapport du 19 septembre 2019 à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), qui n'empêchait pas l'exercice d'un travail lucratif adapté, étant précisé que l'incapacité de travail et les limitations fonctionnelles, à savoir une hypersensibilité au

stress et une baisse de la capacité de concentration, étaient principalement d'ordre somatique.

Dans un avis du 24 octobre 2019, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé nécessaire de réinterroger la Dre U.\_\_\_\_\_.

Cette dernière a répondu le 29 octobre 2019 qu'il y avait une très lente amélioration, mais que les vertiges étaient toujours présents, qu'ils empêchaient l'assurée d'étudier et l'obligeaient parfois à rester alitée. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était difficile à prédire. Elle ne semblait pas apte à travailler en tant qu'assistante dentaire, vu les positions obliques durant cette activité. La Dre U.\_\_\_\_\_ a transmis un rapport du 18 janvier 2019 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, dont l'examen otoneurologique n'avait rien révélé de particulier hormis une petite diminution des réponses aux stimulations caloriques du côté droit. Il évoquait l'éventualité d'un déficit vestibulaire droit expliquant l'épisode initial d'octobre 2017, qu'il qualifiait de furtif et de bas grade, et qui était actuellement très bien compensé. Un PPPD était probable et une composante psychologique paraissait très vraisemblable.

Dans un avis du 10 décembre 2019, le SMR a estimé nécessaire de faire réaliser une expertise psychiatrique et ORL.

Celle-ci a été confiée à A.\_\_\_\_\_, plus particulièrement aux Drs H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, J.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'à la Dre K.\_\_\_\_\_ en tant que médecin superviseur. Dans leur rapport du 23 février 2021, les experts ont posé les diagnostics de trouble vestibulaire fonctionnel chronique (*persistent postural perceptual dizziness* ; R42) et de trouble anxieux et dépressif mixte léger (F41.2). Les limitations fonctionnelles sur le plan otoneurologique préconisaient l'exercice d'une activité légère privilégiant la position assise, ainsi que l'absence de stimulation visuelle excessive. L'activité d'assistante dentaire, qui nécessite des positions statiques et

pas toujours confortables visuellement pendant les soins aux patients, n'était plus adaptée à l'état de santé de l'assurée. Les experts ne retenaient pas de limitation fonctionnelle en lien avec la pathologie psychiatrique, qui n'était pas jugée incapacitante, ni avec la symptomatologie douloureuse et l'asthénie, compte tenu des ressources de l'assurée. Sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis 2017. La poursuite de la physiothérapie vestibulaire était conseillée, les symptômes pouvant encore être améliorés. Les experts ont mentionné avoir reçu plusieurs rapports de la médecin traitante, notamment un rapport du 16 juin 2020 du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, et un rapport de consultation neurologique au E. \_\_\_\_\_ du 14 septembre 2020 qui ne trouvaient pas d'argument pour une pathologie neurologique.

Dans un avis du 4 mai 2021, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise. Il a considéré que le traitement physiothérapeutique n'était vraisemblablement pas exigible dans le sens où une activité adaptée était possible et qu'une amélioration après presque quatre ans d'évolution, telle qu'elle permettrait la reprise de l'activité initiale, était incertaine, sans estimation possible du délai.

Dans un rapport final du 16 décembre 2021, le Service de réadaptation de l'OAI a relevé que, quand bien même l'assurée rapportait des douleurs qui l'avaient poussée à mettre un terme à sa formation, ces dernières n'étaient pas suffisamment objectivées médicalement pour justifier l'abandon de ses études. Etant donné que l'arrêt de ses études n'était pas imputable à son atteinte, l'assurée devait être considérée comme non qualifiée pour le calcul de son degré d'invalidité.

Par projet de décision du 14 janvier 2022, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, son degré d'invalidité étant de 0 %.

L'assurée s'est opposée à ce projet par courrier du 11 février 2022 et a produit deux rapports médicaux en date du 15 mars 2022 :

- Dans un rapport établi le 8 mars 2022, sa nouvelle psychiatre traitante, la Dre Z.\_\_\_\_\_, a confirmé des aspects anxiodépressifs et de personnalité et posé le diagnostic de trouble somatoforme (F45), qu'elle qualifiait de sévère. Elle a estimé que l'assurée était actuellement dans l'incapacité de travailler, et ce malgré un cadre adapté et protégé.
- Dans un rapport du 18 février 2022, la Dre U.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble anxio-dépressif (F41.2), de *persistent postural perceptual dizziness*, de trouble du déficit de l'attention (TDA) sous Ritaline durant quatre ans pendant l'adolescence ainsi que de dyslexie et dysorthographe. Elle a considéré que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était nulle car « le trouble somatoforme l'empêche de travailler ».

Le 23 mars 2022, l'assurée a fait parvenir à l'OAI un rapport de la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, qui faisait état, dans l'anamnèse, d'un TDA, d'un *persistent postural perceptual dizziness*, d'un érythème migrant et d'une confirmation d'une intolérance au gluten et au lactose. Elle renvoyait à l'avis des médecins traitants sur la capacité de travail.

Dans un avis du 20 juillet 2022, le SMR a estimé que ces rapports confirmaient les faits rapportés et analysés par l'expertise d'A.\_\_\_\_\_ sans mentionner d'aggravation depuis lors, ni de nouvelles atteintes à la santé. Il a maintenu sa position.

Par décision du 21 juillet 2022, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité de l'assurée. Il a reconnu qu'elle présentait une incapacité de travail durable dans son « activité professionnelle » depuis octobre 2017, mais qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis cette même date. Il a procédé au calcul du degré d'invalidité sur la base des données salariales statistiques et retenu que celui-ci était de 0 %.

Par lettre du même jour, faisant partie intégrante de la décision précitée, l'OAI a estimé que la contestation de l'assurée n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, se référant à l'avis du SMR.

**B.** Par acte du 12 septembre 2022, L.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> août 2019 au plus tard, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier de la cause pour nouvelle instruction et/ou décision. Elle s'est prévaluée des rapports de ses médecins traitants, qui attestaient d'une totale incapacité de travailler. Elle a relevé que les experts d'A.\_\_\_\_\_ n'avaient pas pris en considération le TDA et le trouble somatoforme dont elle souffrait et a reproché à l'OAI de ne pas avoir soumis aux experts les rapports des Dres U.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ produits dans le cadre de sa contestation, d'autant plus que l'expertise remontait à plus d'une année et demie, estimant que cela constituait une violation de son droit d'être entendue. Elle a requis, à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire avec un examen par un spécialiste du *persistent postural perceptual dizziness*. Elle a produit trois articles de revue médicale au sujet de cette pathologie.

Dans sa réponse du 21 novembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours.

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

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

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité.

**3. a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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). En l'occurrence, la décision, rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, porte sur un premier octroi de rente qui prendrait naissance avant cette date, de sorte que ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (ch. 9101 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI]).

**b)** 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.

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

**d)** Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

**4. a)** 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).

**b)** La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste FMH (Fédération des médecins suisses) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C\_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

**c)** 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).

**5. a)** Contrairement à ce que soutient la recourante, il faut constater que l'expertise d'A.\_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

**aa)** Les experts se sont en effet prononcés en pleine connaissance du dossier, y compris des rapports transmis par le médecin traitant. Ils ont recueilli l'anamnèse de la recourante, tenu compte de ses plaintes, procédé à un examen clinique et ont pris leurs conclusions de manière motivée. A l'issue de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de trouble vestibulaire fonctionnel chronique (*persistent postural perceptual dizziness*, PPPD) et de trouble anxieux et dépressif mixte léger (F41.2). Ils ont estimé que, depuis 2017, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle mais que la capacité de travail dans une activité adaptée était entière, à savoir une activité légère privilégiant la position assise, sans stimulation visuelle excessive.

**bb)** L'expertise contient notamment un volet otoneurologique réalisé par le Dr J.\_\_\_\_\_. Celui-ci, au bénéfice d'une spécialisation dans ce domaine, dispose sans conteste des qualifications et compétences nécessaires pour se prononcer de manière fiable sur le diagnostic de *persistent postural perceptual dizziness* et ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante (cf. consid. 4b *supra*). Outre son examen clinique, il a réalisé une posturographie statique et dynamique sur équitest, une vidéonystagmographie et un examen des potentiels évoqués

otolithiques sacculo-colliques et oculaires. L'examen otoneurologique clinique et instrumental était normal, sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique expliquant les symptômes. Il a conclu que la recourante présente une symptomatologie persistante de conflit visuo-vestibulaire (sensation de tangage postural, vertiges induits par la vision) compatible avec un trouble vestibulaire fonctionnel chronique type *persistent postural perceptual dizziness*. Il relève, comme facteurs déclenchants ou prédisposants, un épisode inaugural de vertiges rotatoires en octobre 2017, évocateur d'une possible vestibulopathie périphérique aiguë, le cas échéant complètement récupérée, et un trouble anxiodépressif. La symptomatologie était susceptible de s'améliorer avec un traitement de physiothérapie vestibulaire. Au final, le Dr J. \_\_\_\_\_ indique que ce trouble entraîne des limitations fonctionnelles sous forme de vertiges posturaux type tangage et une intolérance au défilement visuel. Il estime cependant que ces limitations ne devraient pas empêcher une activité légère privilégiant la position assise et évitant des stimulations visuelles excessives (défilement d'images, effort de focus).

**cc)** Sur le plan psychiatrique, le Dr T. \_\_\_\_\_ conclut, sur la base de l'entretien, de l'anamnèse et de la lecture des rapports médicaux, à l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte, diagnostic qu'il pose en présence d'une anxiété légère et de moments de découragement liés aux sensations vertigineuses et aux limitations éprouvées. Il ne retient pas de limitation de la capacité de travail sur le plan psychique, et cela quelle que soit l'activité envisagée. S'il faut constater que la partie de son rapport relative à l'évaluation médico-assurancielle est succincte, celle-ci comporte toutefois les éléments principaux qui fondent ses conclusions et montre qu'il a tenu compte des indicateurs jurisprudentiels applicables à l'évaluation des atteintes psychiques. En particulier, l'expert relève que la recourante a montré de bonnes capacités adaptatives tout au long de son enfance et son adolescence, qui lui ont permis de faire face à un contexte familial perturbé et qu'elle semble pouvoir s'appuyer sur un entourage affectif restreint mais soutenant. Il ne met pas en évidence de trouble de la personnalité ni d'incohérences dans le cadre de l'entretien (volet psychiatrique pp. 4-5). Les ressources de la recourante ressortent

également de la description qu'elle a donnée du déroulement de sa journée, au cours de laquelle elle fait du yoga, des promenades, elle dessine, bricole, fait de la photo et parfois essaie de danser (volet psychiatrique p. 3). Elle se dit toujours pleine d'envie, active, avec des plaisirs et des passions dans son quotidien, et elle entretient des liens affectifs investis avec ses proches (volet psychiatrique p. 4). Comme le relève le SMR dans son avis du 4 mai 2021 sur la base de l'ensemble de l'expertise, la recourante est autonome dans son quotidien (fait le ménage, les courses), garde des loisirs, s'occupe de son chien, regarde des séries, va sur les réseaux sociaux, a un entourage familial et amical soutenant, utilise les transports en commun et le score Mini-CIF ne montre pas de déficit (cf. également évaluation consensuelle pp. 3-4).

**dd)** Sur le plan de la médecine interne, aucune atteinte invalidante n'est retenue. Il n'est pas retrouvé d'atteinte organique probante pour expliquer les accès d'asthénie et de douleurs musculaires diffuses rapportés par la recourante. Les différents domaines de sa vie sont peu impactés par les limitations qu'elle décrit, celle-ci conservant différentes activités de loisir et un réseau social satisfaisant. Les experts estiment ainsi que la symptomatologie douloureuse et l'asthénie n'entraînent pas de limitations fonctionnelles au vu des ressources de la recourante (évaluation consensuelle p. 4).

**b)** Il convient de souligner que les résultats de l'expertise concordent avec les premières conclusions des médecins traitants. L'existence d'un trouble vestibulaire fonctionnel chronique de type *persistent postural perceptual dizziness* a en effet été retenue par les autres spécialistes qui ont examiné la recourante, à savoir les Drs C.\_\_\_\_\_ (rapport du 11 octobre 2018) et B.\_\_\_\_\_ (rapport du 18 janvier 2019). Ceux-ci ne s'étaient alors pas prononcés sur la capacité de travail de la recourante. La Dre U.\_\_\_\_\_, qui avait repris leurs conclusions, avait douté que l'activité habituelle puisse encore être exigée et estimé que l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée était difficile à prédire sans davantage motiver sa position (rapport du 29 octobre 2019).

Sur le plan psychique, le Dr N. \_\_\_\_\_ avait également conclu à l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) qui n'empêchait pas l'exercice d'un travail lucratif adapté, les limitations fonctionnelles étant une hypersensibilité au stress et une baisse de la capacité de concentration.

**c)** Les rapports médicaux produits par la suite ne permettent en outre pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise.

**aa)** Il convient de rappeler que la capacité de travail est une question qui doit être évaluée en premier lieu par un médecin (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Le rôle de celui-ci est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, soit des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (TF 8C\_96/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3.1).

**bb)** Dans son rapport du 18 février 2022, la Dre U. \_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 0 % dans une activité adaptée car « le trouble somatoforme l'empêche de travailler ». Elle ne pose toutefois pas ce diagnostic dans la rubrique *ad hoc*, ni n'explique quelles sont les répercussions de ce trouble sur la capacité de travail de la recourante au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables (cf. consid. 4c *supra*). Elle retient comme diagnostics un trouble anxio-dépressif (F41.2), un *persistent postural perceptual dizziness*, un trouble de l'adaptation (TDA) ainsi qu'une dyslexie et une dysorthographe. Elle note que l'équilibre de la recourante va un peu mieux, mais qu'elle présente des phases de découragement et des périodes de grande fatigue. Or, la recourante s'était déjà plainte de ces éléments auprès des experts (volet de médecine interne pp. 6-7), qui les ont pris en compte en précisant qu'aucune atteinte organique probante n'avait été retrouvée pour expliquer les accès d'asthénie et de douleurs musculaires diffuses rapportés par la recourante et que les différents domaines de sa vie

étaient peu impactés par les limitations décrites, la recourante conservant différentes activités de loisir et un réseau social satisfaisant (évaluation consensuelle p. 4). Dans la mesure où la Dre U.\_\_\_\_\_ n'explique pas pour quel motif l'assurée, qui dispose de ressources, ne peut pas exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il n'y a pas lieu de retenir son avis. Outre le fait 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), on relève que la Dre U.\_\_\_\_\_ s'est essentiellement fondée sur les déclarations de la recourante et n'a pas mis en évidence d'élément objectif nouveau par rapport à l'expertise.

Par ailleurs, il faut préciser que le trouble déficit de l'attention (TDA) de la recourante, sa dyslexie et sa dysorthographe ne sont pas des atteintes apparues à la suite de l'expertise, mais étaient au contraire présentes dans son enfance. Les experts d'A.\_\_\_\_\_ en avaient d'ailleurs connaissance lorsqu'ils ont rendu leurs conclusions (volet de médecine interne pp. 3 et 8).

**cc)** Sur le plan psychique, la recourante se prévaut du rapport établi le 8 mars 2022 par la Dre Z.\_\_\_\_\_, qui a posé le diagnostic de trouble somatoforme (F45). La psychiatre traitante retient toutefois ce diagnostic sans vraiment le motiver et sans émettre de griefs à l'encontre de l'expertise, qui concluait uniquement à la présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte léger. Elle indique que les pensées disproportionnées et persistantes de la recourante concernant sa santé, l'anxiété corrélée, ainsi que l'énergie et le temps consacrés convergent vers ce diagnostic. Il apparaît cependant que la Dre Z.\_\_\_\_\_ s'est basée sur un postulat erroné, à savoir que les investigations médicales n'ont abouti à aucun diagnostic complètement confirmé à ce jour. Or, le PPPD n'a pas seulement été évoqué comme elle le note, mais a été formellement posé par le Dr J.\_\_\_\_\_. Pour cette raison d'ailleurs, le Dr T.\_\_\_\_\_ a renoncé à retenir le diagnostic psychiatrique de trouble dissociatif, qui restait à envisager comme diagnostic différentiel selon lui

(volet psychiatrique p. 4). En tout état de cause, il faut constater que la psychiatre traitante ne fait pas mention d'éléments nouveaux, qui auraient été ignorés des experts.

La Dre Z.\_\_\_\_\_ qualifie le trouble somatoforme de sévère et estime qu'il est totalement incapacitant. Or, elle se réfère uniquement aux déclarations de sa patiente, sans les avoir mises en perspective avec les éléments objectifs du dossier. Comme déjà mentionné ci-dessus (consid. 5a/cc), la recourante a des activités dans sa vie quotidienne et dispose de ressources, dont la psychiatre traitante ne fait pas mention. Il est pour le moins surprenant que la Dre Z.\_\_\_\_\_ réponde par la négative à quasiment tous les types d'activités exigibles, compte tenu des limitations fonctionnelles, et relève que la recourante semble n'avoir plus pu mobiliser aucune ressource depuis la fin de son CFC, alors que cela contraste nettement avec les descriptions de sa vie quotidienne données par la recourante lors de l'expertise.

Pour toutes ces raisons, il y a lieu d'écarter l'avis de la Dre Z.\_\_\_\_\_, celui-ci n'apportant pas d'élément nouveau permettant de se distancer de l'expertise, comme l'a également constaté le SMR (avis du 20 juillet 2022).

**dd)** Quant aux articles de revue médicale produits par la recourante, ceux-ci ont trait à la pose du diagnostic de PPPD et au traitement de cette pathologie ainsi qu'à une étude faite auprès de personnes atteintes de ce trouble. Il s'agit de considérations médicales générales qui ne sauraient avoir une influence dans le cas concret de la recourante et de l'évaluation de sa capacité de travail.

**ee)** Au final, il faut constater que la recourante ne met pas en évidence d'élément objectivement vérifiable, de nature notamment clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré par les experts et qui justifierait de s'écarter de leurs conclusions.

**c)** La recourante fait grief à l'OAI de ne pas avoir soumis les nouveaux rapports médicaux aux experts et y voit une violation de son droit d'être entendue.

**aa)** La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 ; et références citées).

**bb)** Les rapports médicaux produits ont été soumis au SMR, qui les a examinés et s'est déterminé à leurs propos dans son avis du 20 juillet 2022, qui constitue un rapport au sens de l'art. 54a al. 3 LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.3).

Dans la mesure où les rapports médicaux produits ont dûment été pris en compte par l'OAI, respectivement par le SMR, on ne saurait voir une quelconque violation du droit d'être entendu de la recourante. Son grief porte davantage sur l'appréciation des preuves, dans la mesure où elle estime que les rapports produits méritaient, de par leur contenu,

d'être transmis aux experts d'A.\_\_\_\_\_. Le SMR a fait une appréciation de ces nouveaux rapports médicaux qu'il a mis en perspective avec les éléments au dossier, en particulier l'expertise, et a estimé qu'ils n'apportaient pas d'élément médical nouveau. Or, le fait de poser un nouveau diagnostic sur la base des mêmes éléments déjà connus ne permet pas de remettre en cause les conclusions d'une expertise, sans qu'il n'y ait lieu de soumettre cette nouvelle appréciation aux experts.

**d)** Finalement, l'expertise ne saurait être qualifiée de « surannée » comme le prétend la recourante, puisqu'elle date de février 2021, soit une année et demie avant le prononcé de la décision litigieuse. Par ailleurs, comme vu ci-dessus, les rapports médicaux produits ne permettent pas de conclure à l'existence d'une modification de l'état de santé de la recourante depuis lors.

**e)** L'OAI était dès lors fondé à retenir que la recourante bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis 2017. Le calcul du degré d'invalidité auquel il a procédé sur la base des données salariales statistiques n'est pas contesté et peut effectivement être confirmé. Il en résulte un degré d'invalidité de 0 %, qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

**6.** Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**7. a)** Le recours doit par conséquent être rejeté.

**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 recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** La partie 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 partie 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]).

**d)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie 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).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 21 juillet 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 :

La greffière :

**Du**

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

- Mme L. \_\_\_\_\_,
- 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 :