

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 novembre 2024

Composition : Mme LIVET, présidente
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. **a)** T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], est titulaire d'une licence en [...] obtenue en 2009, d'un master en [...] obtenu en 2013 et d'un bachelor en [...] obtenu en 2020. Elle a notamment été employée par l'association U._____ à 10 % depuis mars 2013. Depuis le 19 octobre 2017, elle a touché des indemnités de chômage à hauteur de 60 %. En novembre 2019, elle a débuté une activité à 40 % auprès de la Fondation V._____, en parallèle de son activité à 10 % précitée. Elle a en outre suivi les cours et passé les examens, avec succès, pour l'obtention d'un master en [...] jusqu'en 2022, année durant laquelle elle devait encore rédiger et déposer son mémoire afin d'obtenir son diplôme.

Le 16 octobre 2021, l'assurée s'est mariée.

b) Le 12 août 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant comme motifs une thrombose veineuse cérébrale étendue en 2002, un infarctus du myocarde en 2011, un diabète de type II dès 2016, ainsi que les lourds traitements nécessités par ces différentes atteintes et l'anxiété générée par celles-ci.

Selon le formulaire « détermination du statut », complété le 30 septembre 2019, l'assurée revendiquait une part active à 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

c) Dans un rapport médical établi le 6 décembre 2019 à la demande de l'OAI, la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assurée, a indiqué les diagnostics de « thrombose cérébrale veineuse (jugulaire dt [droite], sinus transverse dt, sinus longitudinal supérieur et inférieur) avec céphalées et vertiges secondaires (07.11.2002), vertiges d'origine multifactorielle (variation glycémique, TA [tension artérielle] labile, séquellaire post thrombose ; 2002), s/p [status post] STEMI [*ST-Elevation myocardial infarction*,

infarctus du myocarde avec élévation du segment ST] sur lésion thrombotique de l'IVA [interventriculaire antérieure] proximale traité conservativement (2011), DM [diabète mellitus] type 2 insulino-traité (2016), troubles digestifs fonctionnels (2011), lombosciatique G [gauche] récidivante sur scoliose (2000), trouble anxieux secondaire (problématique médicale) avec soutien psychiatrique (2011) » et a retenu une incapacité de travail à 50 % depuis le 6 août 2019.

d) Dans un rapport médical du 20 janvier 2020, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de trouble anxieux (F 41.8) depuis 2011, polyopathie somatique depuis 2002 et adoption en [...]. Le traitement consistait en une psychothérapie avec entretiens réguliers, sans médication. Bien qu'il ait indiqué n'avoir jamais attesté d'incapacité de travail, il a retenu que, compte tenu de l'importance des problèmes somatiques et de leurs répercussions sur la santé psychique de l'assurée, il était raisonnable d'admettre qu'elle était limitée dans l'exercice d'une activité professionnelle à plein temps et qu'une activité à 50 % semblait le taux adapté.

e) A la suite de l'interpellation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), la Dre E._____ a établi un nouveau rapport le 8 mars 2021. Elle y a indiqué que l'évolution de la patiente était stable et les diagnostics identiques. Les limitations fonctionnelles sur le plan psychique étaient des troubles de la concentration et de l'attention, une asthénie, une fatigabilité accrue et une diminution de la résistance psychique. Sur le plan physique, l'assurée souffrait de douleurs ostéoarticulaires, d'une diminution de la capacité respiratoire à l'effort et de malaises secondaires aux épisodes d'hypo ou d'hyperglycémie. La Dre E._____ a attesté d'une incapacité de travail à 50 %, en raison du développement du diabète de type II mal équilibré.

f) Dans son rapport établi le 24 avril 2021, le Dr H._____ a confirmé le diagnostic de trouble anxieux et a attesté une incapacité de travail de 50 % en raison des altérations de l'état de santé de l'assurée et

de la surcharge psychique et émotionnelle qu'ils engendraient. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a souligné qu'elles étaient essentiellement liées aux atteintes à la santé somatique de l'assurée, notamment la fatigabilité très importante et les malaises récurrents. Sur le plan psychique, l'anxiété et l'appréhension constantes liées à sa santé étaient des facteurs restrictifs quant à la pleine expression de ses aptitudes professionnelles.

g) Selon un avis médical établi le 26 mai 2021 par la Dre J. _____ du SMR, une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrique et rhumatologique) était nécessaire.

Le 10 août 2021, l'OAI a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire à C. _____ SA, à [...].

h) Les Drs X. _____, médecin praticien en médecine générale, K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et R. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, ont déposé leur rapport le 20 janvier 2022.

Les experts ont retenu les diagnostics de lombalgies de surcharge sur insuffisance de la sangle abdominale et dysbalance musculaire associées à une hyperlordose lombaire, syndrome du pyramidal gauche, diabète de type 2, insulino-requérant, traité, connu depuis 2016, vertiges mixtes intermittents, transitoires, depuis 2015, orthostatiques, hypoglycémiques, positionnels et neuro-végétatifs, troubles chroniques digestifs fonctionnels, depuis 2014 et allergie cutanée au Nickel, depuis l'enfance. Aux titres des diagnostics non incapacitants, ils ont notamment retenu des autres troubles anxieux mixtes (F 41.3), des céphalées mixtes de tension, chroniques, depuis 2010, migraineuses, intermittentes depuis l'adolescence, un status post céphalées vasculaires, anciennes de 2002 à 2006, sur thrombose veineuse cérébrale étendue, en 2002, d'extrasystoles intermittentes depuis 2011, de status post infarctus du myocarde, STEMI sur thrombose de l'IVA proximale le 1^{er} juin 2011, stenté avec une fraction d'éjection ventriculaire conservée, foramen ovale

perméable à l'échographie de juin 2011, un syndrome métabolique avec obésité de classe 2, une dyslipidémie traitée et une insulino-résistance diabétique.

S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, les experts ont retenu que, du point de vue psychiatrique et rhumatologique, la capacité de travail médico-théorique avait toujours été de 100 %. Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail avait toujours été médico-théoriquement de 100 % (sauf de manière transitoire lors des périodes d'hospitalisation et de convalescence pour la thrombose veineuse cérébrale étendue en 2002 pendant 15 jours et pour l'infarctus du myocarde à partir du 1^{er} juin 2011 pendant 28 jours où la capacité de travail était de 0 %), puis de 95 % à partir de février 2016 (en raison de crises hyperglycémiques pendant 2 heures par semaine), ensuite de 85 % à partir de février 2017 (en raison de deux crises hypoglycémiques quotidiennes d'environ 30 minutes sur les horaires professionnels).

Les experts ont en outre retenu qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique et que, du point de vue rhumatologique, il fallait une alternance des positions assise et debout, en limitant le port de charges à 5 kg et la marche à 30 minutes et éviter toute activité qui demandait une sécurité augmentée sur des escabeaux, des échafaudages ou des échelles ainsi que toute activité qui exigeait une posture non ergonomique pour le rachis. Sur le plan de la médecine interne, les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues :

« Relatives aux crises d'hyperglycémies liée[s] au diabète insulino-requérant :

Nécessité de pauses courtes, en cas de crises intenses, pour faire ses soins et se reposer pendant 15 à 30 minutes.

Relatives aux éventuelles hypoglycémies transitoires sous insulinothérapie :

Nécessité de pauses courtes pour des automesures glycémiques, et des soins (par exemple l'ingestion d'un snack, en cas d'hypoglycémie).

Eviter la station debout prolongée, ou la marche rapide prolongée au-delà de 30-45 minutes, ou l'utilisation intensive des escaliers.

Ses horaires doivent être réguliers, sans travail nocturne.

Proscrire le port de charges lourdes au-dessus de 10 kg de manière fréquente et au-dessus de 5 kg de manière intensive.

La glycémie doit être vérifiée avant le départ et à intervalles réguliers lors de déplacements prolongés pour la conduite de tout véhicule, manipulation d'engins/accessoires dangereux, travail en hauteur.

En cas d'hypoglycémie (notamment une glycémie avant le départ ou le début de l'activité < 5 mmol/l), la conduite de tout véhicule, la manipulation d'engins/accessoires dangereux, le travail en hauteur, sur des échelles ou échafaudages, ou toutes activités exigeant des capacités attentionnelles, de concentration, de compréhension et d'adaptabilité, sont prohibés jusqu'à normalisation de la glycémie et disparition de tout symptôme d'hypoglycémie.

Avoir des glucides à disposition en réserve en cas d'hypoglycémie.

Des pauses normales de 5 minutes 1 à 3 fois par jour doivent être respectées pour les automesures glycémiques et les soins.

Relatives aux troubles digestifs fonctionnels :

L'accès rapide à des toilettes de proximité est recommandé.

Relative aux vertiges intermittents, par précaution :

Eviter l'exposition aux sources de chaleur ou atmosphères chaudes.

Eviter les travaux en hauteur, sur des échelles ou des échafaudages.

Eviter l'alternance rapide des positions debout-assise, accroupie.

Eviter la station debout prolongée.

Relatives au traitement anticoagulant et antiagrégant plaquettaire à vie :

Éviter tous les travaux avec des risques de se couper, de frottements répétitifs ou d'impacts cutanés.

Relatives à l'allergie au Nickel :

Éviter tout poste avec un contact cutané au Nickel »

i) Selon le rapport établi le 16 mars 2022 par la Dre J._____, médecin du SMR, il n'y avait pas de motif de s'écarter des conclusions de l'expertise. Elle a ainsi retenu que l'incapacité de travail était de 5 % de février 2016 à février 2017 et qu'elle était ensuite de 15 %. La capacité de travail était donc de 85 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis septembre 2017. Les limitations fonctionnelles retenues

étaient une baisse de rendement en raison d'asthénie, de pauses complémentaires pour la gestion du diabète et d'hypo/hyperglycémie hebdomadaire, de vertiges intermittents et d'accès rapide aux WC. Elle a également retenu qu'il était nécessaire d'éviter le contact avec le Nickel, d'éviter la marche et la station debout prolongées et le port de charge de plus que 5 kg, qu'il convenait d'écartier le travail sur échelle et à genoux et qu'une position ergonomique pour le dos était requise.

j) Par projet de décision du 18 mars 2022, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Il a constaté qu'en raison des atteintes à sa santé, l'assurée avait présenté une incapacité de travail et de gains de 5 % de février 2016 à août 2017 et de 15 % dès septembre 2017. Depuis cette date, elle était à même d'exercer une activité lucrative à 85 % dans son domaine de prédilection ou dans toute autre activité adaptée à sa situation professionnelle. Le préjudice économique correspondait au degré d'invalidité de 15 %, qui n'ouvrait pas de droit à une rente. Elle n'avait pas non plus le droit à des mesures professionnelles, le taux de 20 % de manque à gagner durable n'étant pas atteint.

k) Par courrier du 30 mars 2022, l'assurée s'est opposée au projet de décision du 18 mars 2022.

l) Par courrier du 2 juin 2022, dans le délai prolongé par l'OAI, T._____, assistée par Procap, Service juridique, a complété ses objections, critiquant le rapport d'expertise du 20 janvier 2022. A l'appui de ses objections, elle a notamment produit différents rapports médicaux, à savoir :

- un rapport médical du Dr H._____ du 25 avril 2022, constatant que, du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de modification significative des éléments médicaux, si ce n'est que l'aggravation actuelle de son état de santé somatique accentuait le trouble anxieux ;

- un rapport médical de la Dre E._____ du 13 mai 2022, constatant une aggravation des vertiges avec une augmentation des troubles de la concentration et de la fatigue, annonçant une consultation neurologique et une consultation angiologique et indiquant que l'évolution actuellement défavorable corroborait l'impossibilité de l'assurée de travailler à un taux supérieur à 50 % ;

- un rapport médical du Dr O._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie du 19 mai 2022, dont il ressort notamment qu'il ne s'estime pas en mesure de juger de la capacité de travail de l'assurée.

m) Par avis médical du 6 juillet 2022, le SMR a estimé que les rapports médicaux susmentionnés n'apportaient aucun nouvel élément objectif et a maintenu son avis du 16 mars 2022.

n) Par décision du 14 juillet 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, confirmant son projet de décision du 18 mars 2022.

o) Le 11 août 2022, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent.

B. a) T._____, désormais assistée de Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 14 septembre 2022, concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2020. Elle a par ailleurs requis l'assistance judiciaire. En substance, la recourante a critiqué la valeur probante de l'expertise, contraire, selon elle, aux pièces du dossier, dénonçant le centre d'expertise mandaté comme étant « une usine à expertise » et un « centre de profit ».

Par décision du 11 octobre 2022, la juge instructrice alors en charge du dossier a octroyé l'assistance judiciaire à la recourante avec

effet au 14 septembre 2022, a désigné Me Jean-Michel Duc en qualité de mandataire d'office et a exonéré la recourante des frais judiciaires et de leur avance, l'astreignant au paiement d'une franchise mensuelle de 50 francs.

b) Par envoi du 24 octobre 2022, la recourante a spontanément produit deux rapports médicaux, à savoir :

- un rapport établi par la Dre E._____ le 7 octobre 2022, reprenant les diagnostics et limitations fonctionnelles déjà évoqués, attestant une incapacité de travail à 50 %, reprochant à l'expertise de ne pas procéder à une évaluation globale mais de traiter les diagnostics séparément et indiquant que les vertiges et malaises lipothymiques avaient été aggravés par une infection au COVID-19 ;

- un rapport établi le 14 octobre 2022 par la Dre P._____, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale, indiquant que la recourante se plaignait d'une exacerbation de ses vertiges avec faiblesse, instabilité et tachycardie depuis une infection au COVID-19 au printemps 2022 et qu'elle n'avait pas constaté de symptomatologie inquiétante sur le plan cardiologique, hormis des palpitations symptomatiques, l'incapacité de travail de 50 % lui paraissant raisonnable.

c) Dans sa réponse du 16 novembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant au rapport d'expertise, et a produit un avis médical établi le 12 novembre 2022 par le SMR. Celui-ci porte sur les nouveaux rapports médicaux susmentionnés mais également sur des pièces qui ont été directement produites devant l'OAI, dans le cadre de la procédure de demande d'allocation pour impotent, à savoir un questionnaire pour allocation pour impotent du 12 août 2022, des rapports de consultation des 23 mai et 21 juillet 2022 de la Dre M._____, spécialiste en neurologie, un courrier du 15 septembre 2021 du Dr O._____ et un rapport du 26 juillet 2021 de la Dre P._____.

d) Par courrier du 8 décembre 2022, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a répété que les rapports médicaux produits émettaient des critiques pertinentes à l'égard de l'expertise, démontrant l'absence de valeur probante de celle-ci, et souligné que l'avis du SMR admettait que la situation médicale de la recourante s'était aggravée en mars 2022, à savoir avant la décision litigieuse, si bien que l'instruction était lacunaire. Me Jean-Michel Duc a, par ailleurs, produit la liste des opérations effectuées pour le compte de sa mandante.

e) Par courrier du 21 décembre 2022, l'OAI a maintenu ses conclusions.

C. Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1^{er} mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci.

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. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de sa demande du 12 août 2019.

a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, l'incapacité de travail de la recourante a débuté en février 2016 et la recourante a déposé sa demande de prestations auprès de l'AI en mars 2019. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, son droit à la rente prend naissance au plus tôt six mois après, à savoir en août 2019. Elle prétend par ailleurs à l'octroi d'une rente dès le 1^{er} janvier 2020. C'est donc l'ancien droit qui est applicable au présent cas.

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.

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

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

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

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012

du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 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 et les références citées).

d) 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).

5. a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 20 janvier 2022, a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail de 85 % dans toute activité, dès le mois de septembre 2017.

De son côté, la recourante remet en cause le bien-fondé de cette appréciation, en particulier la valeur probante de l'expertise.

b) A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'un examen circonstancié par les experts spécialistes, l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier et se fonde sur des examens cliniques menés par chaque expert dans son domaine (consultations et examens de laboratoire notamment). Elle prend par ailleurs en compte les plaintes de l'expertisée. Les différents avis médicaux ont été discutés par les experts, ces derniers examinant en outre les ressources, la gravité des troubles retenus ainsi que la cohérence. Tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions médicales sont le fruit d'une analyse pluridisciplinaire réalisée par les différents experts et sont bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Dans son acte de recours, la recourante ne formule aucune critique substantielle du rapport d'expertise. Elle se contente d'affirmer que celui-ci serait « choquant et totalement contraire à la réalité vécue » par elle-même, que les experts auraient « minimisé les atteintes à la santé pourtant bien documentées » et qu'il contiendrait « un grand nombre de faits inexacts ». Toutefois, elle ne cite aucun élément de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré par les experts, pas plus qu'elle ne mentionne un quelconque document médical permettant de remettre en cause les constatations des experts. Elle n'indique même pas les faits qu'elle estime inexacts. Pour le surplus, elle émet des critiques toutes générales quant au centre d'expertise mandaté. Les seules affirmations selon lesquelles ce centre rendrait systématiquement des rapports défavorables aux assurés et qu'il s'agirait d'une « usine à expertise » et d'« un centre de profit qui vise à satisfaire les intérêts financiers de l'Office AI, ce qui mérite d'être dénoncé de manière générale » sont manifestement insuffisantes - outre qu'elles ne sont absolument pas

étayées – pour remettre en cause le rapport d’expertise qui doit ici être concrètement jugé. Enfin, la simple allégation, sans autre explication, que l’expertise n’aurait retenu aucun diagnostic psychiatrique, contrairement à l’avis du psychiatre traitant pourtant motivé – outre qu’elle est fausse (puisque les experts ont retenu le diagnostic d’autres troubles anxieux mixtes [F 41.3]) – n’est pas suffisante pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l’expertise.

Dès lors les critiques formulées par la recourante ne sont pas propres à remettre en cause la valeur probante de l’expertise et doivent être écartées.

d) La recourante a complété son acte de recours par la production de deux rapports médicaux des 7 et 14 octobre 2022 (cf. *supra* consid. B.b). Ceux-ci ont été soumis au SMR, avec d’autres pièces produites par la recourante directement à l’OAI, dans le cadre de la procédure de demande d’allocation pour impotent. La recourante soutient, d’une part, que l’avis du SMR ferait état d’une aggravation de son état de santé depuis son infection au COVID-19 en mars 2022, à savoir antérieurement à la décision attaquée, ce qui serait d’ailleurs admis par l’OAI dans sa réponse. D’autre part, la recourante prétend que les nouvelles pièces examinées par le SMR contiendraient « des critiques pertinentes » à l’encontre de l’expertise. Au sujet de ce second grief, elle n’expose toutefois pas en quoi consisteraient ces critiques, ni comment elles seraient aptes à remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts. Quoiqu’il en soit, s’agissant de ces différentes pièces, il convient de relever les éléments suivants.

aa) Il ressort certes des pièces produites que la recourante a été infectée par le COVID-19 en mars 2022 et qu’elle se plaint d’une augmentation de ses vertiges depuis. Si ce diagnostic d’infection au COVID-19 n’était pas connu des experts et peut être qualifié de nouveau – comme l’a reconnu le SMR – il n’en demeure pas moins que les pièces produites ne permettent pas d’établir pour autant, au degré de la

vraisemblance prépondérante, une aggravation de l'état de santé de la recourante pour les motifs suivants.

bb) Les rapports établis le 26 juillet 2021 par la Dre P. _____ et le 15 septembre 2021 par le Dr O. _____ font partie des pièces déjà soumises aux experts. Ils étaient ainsi connus de ceux-ci et n'apportent aucun élément nouveau. La recourante n'expose d'ailleurs pas en quoi ils seraient susceptibles de pouvoir remettre en cause les conclusions de l'expertise.

cc) Le rapport du 21 juillet 2022 de la Dre M. _____ fait état d'une évolution favorable depuis l'introduction d'un nouveau traitement en mai 2022 (Sibelium) s'agissant des migraines et des vertiges, ceux-ci ayant quasi disparu au repos persistant toutefois en position debout. La Dre M. _____ évoque un tilt-test pour rechercher l'origine d'une « sensation désagréable debout » mais note également que la patiente a réussi ses examens en [...]. La question des vertiges était connue des experts et a été discutée par ceux-ci (cf. rapport d'expertise, p. 6). La recourante en a fait état, les décrivant de la même manière que relatée dans le rapport de la Dre M. _____, lors de l'entretien approfondi avec l'expert X. _____ (cf. rapport d'expertise, p. 19). Ils ont d'ailleurs été retenus aux titres des diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail dans le cadre de l'appréciation interdisciplinaire (cf. rapport d'expertise p. 7) et des limitations fonctionnelles ont également été retenues en lien avec ces vertiges (cf. rapport d'expertise, p. 13). Dès lors, le rapport de la Dre M. _____ du 21 juillet 2022 n'apporte aucun élément nouveau qui aurait été ignoré des experts. Au contraire, il permet de retenir que les vertiges ont diminué depuis la mise en place d'un traitement en mai 2022 - soit postérieurement à l'infection au COVID-19 de la recourante. Par ailleurs, la réussite des examens en [...] - en parallèle à son activité professionnelle à 40 % auprès de V. _____ (cf. rapport médical de la Dre M. _____ du 23 mai 2022) - plaide en faveur d'un impact limité des vertiges de la recourante, à tout le moins, va à l'encontre d'une aggravation significative de son état de santé.

dd) S'agissant du formulaire de demande d'allocation pour impotent du 12 août 2022, outre qu'il est postérieur à la décision attaquée, il ne permet pas d'attester d'éléments médicaux objectifs, par un professionnel, mais ne fait que relater les demandes de la recourante. Il n'est ainsi pas propre à remettre en cause le rapport d'expertise.

ee) Dans son rapport du 7 octobre 2022, la Dre E. _____ fait état d'une aggravation des vertiges et malaises lipothymiques depuis l'infection de la recourante au COVID-19 en mars 2022. Tout d'abord, cette affirmation se fonde essentiellement sur les déclarations de la recourante. A tout le moins, il ne ressort pas du rapport médical précité qu'elle se base sur des constatations médicales objectives. C'est le lieu de rappeler qu'elle entre, en outre, en discordance avec le fait que la recourante a, durant la même période, passé ses examens de [...], qu'elle a réussis, en parallèle à son activité professionnelle à 40 %. Par ailleurs, elle va à l'encontre des constatations de la Dre M. _____ qui, si elle a également fait état d'une aggravation des vertiges depuis mars 2022 en lien avec l'infection au COVID-19, a également indiqué que ceux-ci s'étaient améliorés avec la mise en place d'un nouveau traitement. A cela s'ajoute que la Dre E. _____ atteste, dans son rapport du 7 octobre 2022, d'une incapacité de travail de 50 %. A cet égard, il convient de relever que cette médecin a attesté d'une incapacité de travail de 50 % depuis le 6 août 2019 déjà, notamment en raison de vertiges (cf. rapport du 6 décembre 2019, rapport du 8 mars 2021). Dès lors, quand bien même la Dre E. _____ retient une aggravation des vertiges, elle n'atteste pas que celle-ci exercerait une influence sur la capacité de travail de la recourante. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il convient de retenir que si le diagnostic d'infection au COVID-19 en mars 2022 est un élément nouveau inconnu des experts, ses conséquences sur la recourante ne sont pas rendues vraisemblables, à tout le moins qu'elles ont perduré de manière significative.

ff) Quant au rapport établi le 14 octobre 2022 par la Dre P. _____ à la suite de la consultation du même jour, il relate les plaintes de la recourante quant à l'augmentation de ses vertiges depuis son

infection au COVID-19. Là encore, il se fonde essentiellement sur les déclarations de la recourante. En outre, la Dre P. _____ n'indique pas de diagnostic nouveau, ceux évoqués dans son rapport étant déjà connus. Par ailleurs, cette médecin évoque une arythmie supraventriculaire, constatée lors de la consultation du 14 octobre 2022. Ce diagnostic est qualifié de nouveau et de potentiellement incapacitant par le SMR (cf. rapport du SMR du 12 novembre 2022). Toutefois, il a été objectivement constaté pour la première fois lors de la consultation du 14 octobre 2022, c'est-à-dire postérieurement à la décision attaquée. Dès lors, il ne peut en être tenu compte dans l'examen de la légalité de ladite décision. Tout au plus, pourrait-il fonder une nouvelle demande de la recourante.

e) En définitive, l'appréciation faite par les experts de C. _____ SA de la situation médicale de la recourante est claire et convaincante, sans qu'il n'existe au dossier d'éléments antérieurs à la décision attaquée, justifiant de s'éloigner de leurs conclusions. Tout au plus, l'arythmie supraventriculaire nouvellement évoquée par la Dre P. _____, impliquant des examens complémentaires (notamment une consultation auprès du Prof. [...], électrophysiologue au Centre [...] selon le rapport de la Dre P. _____) pourrait-elle justifier le dépôt d'une nouvelle demande auprès de l'OAI.

f) Sur le vu de ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise établi le 20 janvier 2022 par les Drs X. _____, K. _____ et R. _____, dont la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter. Partant, il sied de suivre les conclusions des experts et de retenir que la recourante présente depuis à tout le moins le mois de février 2017 une capacité de travail de 85 % dans son activité habituelle ou dans toute activité répondant aux limitations fonctionnelles retenues. Dans la mesure où la recourante est capable de travailler dans son activité habituelle, son taux d'incapacité de travail se confond avec son taux d'invalidité. C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé d'allouer une rente à la recourante, un taux d'invalidité de 15 % n'ouvrant pas de droit à une rente.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Me Jean-Michel Duc a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 14 septembre 2022 et peut donc prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il a produit une liste des opérations, qui sont globalement justifiées par la bonne exécution du mandat de conseil d'office de la recourante. L'indemnité de Me Duc est ainsi arrêtée à 1'713 fr. 25 ([8h25 × 180 fr.] + [75 fr. 75 ; débours] + [7,7 % ; TVA 2022]), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, 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 (art. 5 RAJ).

**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 14 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.** L'indemnité de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office de T._____, est arrêtée à 1'713 fr. 25 (mille sept cent treize francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** 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 et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement 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 :

- Me Jean-Michel Duc (pour T._____),
- 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 :