

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 janvier 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Pasche et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Me Valentin Groslimond,
avocat à Vevey,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. a) C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité [...], mariée et mère deux enfants majeurs, a exercé la profession de [...] auprès du [...], à 100 %, dès mars 2007.

Dès le mois d'octobre 2019, elle s'est trouvée en arrêt de travail à 20 %, puis à 40 % dès le mois de novembre 2020.

b) Le 10 janvier 2020, 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 cervicarthrose de C5-C6 et C6-C7 avancée et une discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1 ainsi que diverses douleurs dans l'hémicorps droit.

Selon le formulaire « détermination du statut », complété le 13 mars 2020, l'assurée indiquait qu'elle travaillerait à 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

c) Dans son rapport du 2 avril 2020 à l'OAI, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, a posé les diagnostics de cervicalgies dans le cadre d'une discarthrose C5-C6 et C6-C7, de syndrome sous-acromial de l'épaule droite et de lombalgies chroniques. Aux titres des limitations fonctionnelles, il indiquait les postures statiques et le travail au-dessus de l'horizontal et estimait la capacité de travail dans une activité adaptée à 80 %.

d) Le 28 avril 2020, l'OAI a accordé à l'assurée une mesure sous la forme d'un suivi dans le cadre de la reprise (art. 7d LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) et, par décision du 1^{er} mai 2020, il lui a octroyé un droit à des moyens auxiliaires, sous la forme de la prise en charge d'un bureau réglable en hauteur, à la suite des recommandations émises par le Département santé, travail et environnement d'Unisanté (cf. rapports des 18 février et 19 mai 2020).

e) Dans un rapport établi le 17 août 2020, le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, de cervicalgie avec irradiation scapulaire et brachiale droite intermittente mais récurrente, douleur sous-acromiale accentuée en élévation et en abduction à l'épaule droite, dorsalgie lombaire ressentie en position assise et debout statique et accentuée par les mouvements et les efforts sollicitant le rachis, douleur métacarpo-phalangienne et interphalangienne du pouce et interphalangienne proximale de l'index de la main droite et douleur plantaire sous-capitométatarsienne des gros orteils. Il a formulé les limitations fonctionnelles suivantes : limiter les positions assise et debout statiques prolongées, éviter des mouvements répétés de flexion/extension du rachis, pas de rotation ni de torsion rapide de la nuque et du dos, pas de port de charge de plus de 9 kg et de 5 kg si répétitif, limitation des activités manuelles surtout impliquant des préhensions en force et en charge, limitation dans les travaux avec les bras notamment le bras droit en hauteur et en charge, éviter des travaux en déséquilibre et en contrainte, et pas de travail posté, ni à la chaîne. Il a encore précisé que dans une activité professionnelle hypothétique légère sédentaire, l'assurée pourrait travailler au mieux 6h50 par jour.

f) Dans son rapport de suivi du 26 juin 2020, le Dr W._____ a constaté que la situation de l'assurée était stationnaire.

g) Selon le rapport établi le 7 octobre 2020 par le Dr T._____, spécialiste en médecine interne, l'assurée présentait une capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée de 60 %, en raison des douleurs chroniques éprouvantes au niveau cervico-brachial droit, permanentes et sans réponse aux antalgiques.

h) Dans son rapport du 9 avril 2021, la Dre F._____, spécialiste en neurologie, a relevé que l'examen clinique de l'assurée était rassurant et ne montrait pas de syndrome cervical, ni de déficit sensitivo-

moteur. Elle a indiqué que le trajet algique n'était pas clair et a constaté une discrète limitation à la rotation interne de l'épaule droite. L'examen au niveau lombaire ne montrait pas non plus de syndrome radiculaire algique, ni de déficit sensitivo-moteur. Elle a encore noté la thymie abaissée de l'assurée.

i) Dans un rapport du 25 mai 2021, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites chroniques sur cervicarthrose de C5 à C7, douleurs sous-acromiales antéro-latérales droites, lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5 et L5-S1 et douleurs trochantériennes sur tendino-bursite pertrochantérienne de la hanche droite et a attesté d'une capacité de travail de 60 % dans toute activité.

j) Selon un avis médical établi le 2 août 2021 par le Dr N._____, médecin praticien et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique était nécessaire.

Le 26 novembre 2021, l'OAI a confié un mandat d'expertise rhumatologique et psychiatrique au D._____ Sàrl (ci-après : D._____).

k) Le 31 janvier 2022, les Drs X._____, spécialiste en rhumatologie, et S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont déposé leur rapport d'expertise.

Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu, sur le plan somatique, les diagnostics incapacitants de cervicalgies sans irradiation dans les membres supérieurs sur discopathie (M54.2), lombalgie sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie (M54.5), douleur de hanche droite sur tendinopathie du moyen fessier à l'insertion sur le grand trochanter (M76.0), aponévrosite plantaire bilatérale (M72.2), légère gonalgie bilatérale sur gonarthrose débutante avec syndrome fémoro-patellaire dans les suites de deux arthroscopies au genou droit, la première en 2005, une à gauche, la dernière en 2016 pour

des problèmes de ménisque (M22.2) et le diagnostic non-incapacitant de douleurs diffuses et mal systématisées de l'hémicorps droit dont l'origine n'était pas rhumatologique. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic non-incapacitant de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) a été retenu.

Les limitations fonctionnelles découlant des atteintes subies par l'assurée étaient les suivantes : pas de positions assise et debout statiques prolongées avec le changement de position régulier, pas de porte-à-faux du buste et du rachis cervical ni de rotations répétées du buste et du rachis cervical, pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, port de charge limité à 9 kg proche du corps, éviter les montées et les descentes d'escalier répétées, pas de position à genoux et accroupie prolongée, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage).

Les experts ont, en outre, retenu une capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée de 80 %.

l) Selon le rapport établi le 4 février 2022 par le Dr N._____, médecin du SMR, il n'y avait pas de motif de s'écarter des conclusions de l'expertise. Il a ainsi retenu une incapacité de travail à 20 % dès le mois d'octobre 2019 et donc une capacité de travail de 80 %, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée dès cette date. Les limitations fonctionnelles étaient celles énumérées par les experts.

m) Par projet de décision du 10 février 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, elle avait présenté une incapacité de travail depuis juillet 2019. Au terme du délai d'attente d'une année, en juillet 2020, son incapacité de travail était de 20 %. Son activité habituelle respectait ses limitations fonctionnelles telles qu'énumérées si bien que son degré d'invalidité était fixé à 20 % et n'ouvrait pas de droit à la rente.

n) Par courrier du 22 février 2022, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité. Désormais assistée de Me Valentin Groslimond, elle a complété ses objections par courrier du 29 avril 2022, soulignant essentiellement l'aggravation de son état de santé et contestant l'évaluation de sa capacité de travail. Elle a requis d'être examinée par un médecin conseil de l'Al, que son cas soit soumis à un « médecin neutre » et qu'au besoin, une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée. A l'appui de son courrier, elle a produit un certificat médical établi le 24 mars 2022 par le Dr B._____, rappelant les douleurs dont souffrait sa patiente, la nécessité de l'alternance des positions assise et debout et attestant d'une capacité de travail de 60 % et un certificat médical établi le 28 mars 2022 par le Dr H._____, chiropraticien, rappelant les diagnostics de sa patiente, son suivi et constatant que sa situation clinique n'avait pas progressé mais s'était même légèrement péjorée.

Le 31 mai 2022, l'assurée a encore produit :

- un rapport établi le 16 mars 2022 par le Dr W._____ reprenant les diagnostics déjà retenus, y ajoutant la fibromyalgie, exposant l'historique de ses constatations et parvenant à la conclusion que la situation globale de l'assurée s'était péjorée ;

- un rapport d'évaluation de la performance occupationnelle établi le 31 mars 2022 par la société R._____ SA, constatant essentiellement des limitations de port de charges et de la durée des positions assise et debout ;

- un rapport établi le 1^{er} avril 2022 par le Dr W._____ à la fin de la cure thermale de l'assurée, concluant qu'elle présentait des douleurs polyarticulaires prenant surtout l'hémicorps droit et constatant que la cure thermale avait permis une amélioration fonctionnelle notable mais une stagnation du syndrome douloureux global.

o) Appelé à se prononcer sur les pièces produites par l'assurée, le Dr N._____, dans son avis SMR du 14 juin 2022, a souligné

que le médecin traitant n'amenait aucun élément nouveau, les limitations fonctionnelles étant déjà prises en compte. Quant aux Drs H._____ et W._____, s'ils constataient une légère aggravation de la situation, ils ne se prononçaient ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail et devaient donc être interpellés à ce sujet.

p) En réponse à l'interpellation de l'OAI, le Dr W._____ a, le 21 juin 2022, repris, *in extenso*, les données figurant dans le rapport de la société R._____ SA s'agissant des limitations fonctionnelles et a indiqué que la capacité de travail était de 60 %.

Quant au Dr H._____, il a indiqué, dans son courrier du 4 juillet 2022, aux titres des limitations fonctionnelles, qu'il fallait éviter les positions prolongées et les ports de charges et permettre une adaptation du poste de travail. Il a estimé la capacité de travail à 60 %.

q) Dans un avis SMR du 18 août 2022, le Dr N._____ a relevé qu'aucun des deux rapports médicaux n'apportait d'élément pour envisager une aggravation depuis l'expertise. Les pathologies étaient exactement celles retenues par les experts hormis une fibromyalgie qui apparaissait pour la première fois malgré les nombreux rapports médicaux antérieurs. Ce diagnostic avait été éliminé par les experts et ne pouvait apparaître dans un délai aussi court. De plus, il n'était pas argumenté. Le rapport ne comportait pas de status précis, ni de nouvelle limitation fonctionnelle. La capacité de travail de 60 % retenue par les deux médecins n'était pas argumentée (étant rappelé qu'avec le même tableau, le Dr W._____ avait précédemment estimé la capacité de travail à 80 %) et correspondait exactement au taux auquel l'assurée travaillait, ce qui n'était sans doute pas fortuit. Les médecins ne démontraient pas l'aggravation qu'ils alléguaient et leur détermination de la capacité de travail à 60 % correspondait à une vision différente d'un même état de fait. Le projet de décision pouvait ainsi être maintenu.

r) Par décision du 19 août 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, confirmant son projet de décision du 10 février 2022.

B. **a)** C._____, toujours assistée de Me Groslimond, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 16 septembre 2022, concluant, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Elle a, par ailleurs, requis que son cas soit soumis « à un médecin neutre » et au besoin, à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Se référant aux différents certificats médicaux de ses médecins traitants attestant une capacité de travail de 60 %, elle a soutenu que son taux d'invalidité était supérieur à celui retenu par l'intimé et que seule une nouvelle expertise « totalement indépendante » permettrait de le prouver.

b) Dans sa réponse du 27 octobre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant le caractère probant de l'expertise et l'absence d'élément produit par la recourante permettant de la remettre en cause.

c) Par courriers des 3 et 4 janvier 2023, la recourante a réitéré ses arguments et sa requête de mise en œuvre d'une nouvelle expertise, se référant aux nouveaux rapports médicaux joints, à savoir :

- une attestation du 8 novembre 2022, dans laquelle V._____, acuponctrice, a indiqué prodiguer des soins à la recourante pour les douleurs chroniques dont elle souffrait, celles-ci se situant du côté droit du cou, du bras, du dos et de la jambe et compromettant sérieusement sa qualité de vie privée et professionnelle ;

- un rapport établi le 22 novembre 2022, par lequel le Dr H._____ a noté que sa patiente souffrait d'un état douloureux chronique sur sensibilisation du système nerveux et douleurs nociplastiques, exacerbées notamment au niveau cervical et lombaire par la présence de discarthroses cervicales basses importantes et de discopathies

dégénératives lombaires, le pronostic étant extrêmement limité et gardé ; selon le médecin précité, les douleurs étaient constantes et insomniantes et engendraient une importante fatigue et la capacité maximale de travail s'élevait à 50 % ;

- un rapport établi le 22 décembre 2022 par le Dr W._____, indiquant que les critères pour une fibromyalgie étaient remplis, selon les informations figurant dans l'expertise et renvoyant à son rapport du 21 juin 2022 sur la question de la capacité de travail de la recourante ;

- un certificat médical établi par le Dr B._____ le 23 décembre 2022, rappelant les douleurs subies par la recourante, l'évolution défavorable à cet égard, la nécessité de l'alternance des positions assise et debout, indiquant que la recourante était dorénavant suivie sur le plan psychiatrique et retenant une capacité de travail de 60 % ;

- un rapport établi le 2 janvier 2023 par le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de la recourante depuis le 22 octobre 2022, au terme duquel il retenait comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, impliquant des limitations fonctionnelles importantes concernant l'adaptation aux règles et routines, la planification et structuration des tâches, la flexibilité et capacité d'adaptation, l'usage des compétences spécifiques, la capacité de jugement et prise de décision, la capacité d'endurance, la capacité à s'affirmer, la capacité à établir des relations avec les autres, la capacité d'intégration dans un groupe, l'aptitude à entretenir des relations proches et l'aptitude à des activités spontanées. La capacité de travail de la recourante était donc de 60 %.

d) Le 26 janvier 2023, l'intimé a confirmé sa conclusion en rejet du recours et a transmis l'avis médical établi le 16 janvier 2023 par le Dr N._____ du SMR, se prononçant sur les différents rapports médicaux produits par la recourante. Il en ressort que, s'agissant du rapport du Dr

B._____, l'alternance des positions était déjà relevée par les experts et retenue dans les limitations fonctionnelles. Concernant le diagnostic de fibromyalgie retenu par le Dr W._____, le Dr N._____ s'est étonné de l'apparition subite en 2022 de ce diagnostic qui n'avait jamais été mentionné dans les rapports médicaux précédents. Un tel diagnostic ne pouvait apparaître aussi subitement chez une assurée ayant formulé des plaintes similaires depuis de nombreuses années. En outre, l'expert avait écarté ce diagnostic en se fondant sur les mêmes critères que le Dr W._____ (*American college of Rheumatologie*). L'expert était plus à même de se prononcer à partir de son propre examen que le Dr W._____ qui ne faisait qu'interpréter l'expertise. Aucun des deux médecins n'apportait d'élément propre à remettre en cause l'appréciation des experts.

e) Le 12 juin 2023, la recourante a encore produit un courriel adressé le 20 mai 2022 par le Dr P._____ à son avocat, contenant la liste des médicaments obtenus par la recourante, dont il ressort la prescription de psychotropes dès 2019. Le médecin précité a ainsi souligné que cet élément permettait de mettre en lumière une continuité des problèmes de santé mentale de la recourante.

f) Le 27 juin 2023, l'intimé, réitérant sa conclusion en rejet du recours, a produit un avis SMR établi le 22 juin 2023 par le Dr N._____, dont il ressort que le courriel précité ne contenait ni diagnostic, ni limitations fonctionnelles, ni estimation de la capacité de travail. La prescription de psychotropes était compatible avec le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée posé par les experts. Les prescriptions - contenant également des anti-inflammatoires, des antalgiques, des décontracturants, cohérents avec les cervicalgies et lombalgies diagnostiquées par les experts - ne permettaient pas, en elles-mêmes, de se prononcer sur le caractère incapacitant ou non des pathologies. Les conclusions de l'expertise n'étaient ainsi pas remises en cause.

g) Le 31 août 2023, la recourante a produit un nouveau courriel adressé le 27 août 2023 par le Dr P._____ à son avocat, répondant à l'avis SMR du 22 juin 2023, renvoyant, pour l'essentiel, au rapport du 2 janvier 2023.

h) Par courrier du 19 septembre 2023, l'intimé a réitéré ses conclusions en rejet du recours en renvoyant à l'avis SMR du 12 septembre 2023 produit en annexe. Dans cet avis, le Dr N._____ a relevé que le rapport du 2 janvier 2023 n'était pas pertinent dans la mesure où le suivi de la recourante par le psychiatre avait débuté en octobre 2022, à savoir postérieurement à la décision attaquée. Quand bien même, le Dr N._____ a encore souligné que le psychiatre avait retenu des limitations fonctionnelles importantes d'adaptation aux règles et routines. Or une telle limitation fonctionnelle dans ce domaine annihilait toute capacité de travail si bien qu'elle était incohérente avec la capacité de travail de 60 % retenue par le psychiatre. En outre, dans un contexte de dépression sévère, un traitement minimal par Brintellix paraissait également surprenant.

i) Par courrier du 12 octobre 2023, se référant au rapport médical du Dr P._____ du 11 octobre 2023 produit en annexe, la recourante a mentionné qu'elle souffrait au niveau psychique depuis 2017, de sorte que l'OAI devait investiguer ce point de manière approfondie. A cet égard, le médecin précité a rappelé suivre la recourante depuis le 22 octobre 2022, le diagnostic posé, les traitements médicamenteux prescrits et la capacité de travail fixée à 60 %. Il a indiqué que les symptômes psychiatriques étaient apparus en 2017, se fondant sur le fait que son médecin généraliste de l'époque lui avait recommandé un suivi psychiatrique à cette date et sur la liste des médicaments prescrits, dont des psychotropes dès 2019.

j) Dans son courrier du 7 novembre 2023, l'intimé a renvoyé à ses différentes écritures et a confirmé 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). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le point de savoir quelle est sa capacité de travail.

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, le début du délai de carence d'une année a été fixé par l'intimé à juillet 2019. La recourante a déposé sa demande de prestations auprès de l'OAI en mars 2020 et l'éventuel droit à la rente a pris naissance, au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), à savoir le 1^{er} septembre 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). 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 (art. 29 al. 1 LAI).

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) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au

sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe 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 ; 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 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) 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 l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire

structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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) 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 bidisciplinaire du 31 janvier 2022, a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle, conduisant à un degré d'invalidité de 20 % qui n'ouvrait pas de droit à une rente.

Quant à la recourante, elle remet en cause le bien-fondé de cette appréciation, plus particulièrement 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 deux 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'est le lieu de souligner que, contrairement à ce que semble sous-entendre la recourante lorsqu'elle requiert que son cas soit soumis à un « médecin neutre », les experts mandatés en l'espèce sont indépendants de l'OAI et qu'on ne distingue dès lors pas - et la recourante ne l'expose d'ailleurs pas - en quoi ils ne seraient pas neutres.

c) Pour l'essentiel, l'argumentation de la recourante se limite à la production de divers rapports médicaux établis par ses différents médecins traitants dont elle prétend, sans autres explications plus détaillées, qu'ils remettent en cause la valeur probante de l'expertise. A cet égard, il convient de relever les éléments suivants.

aa) S'agissant des rapports établis par le Dr W._____ le 21 juin 2022, par l'acuponctrice V._____ le 8 novembre 2022, par le Dr H._____ le 22 novembre 2022 et par le Dr B._____ le 23 décembre 2022, ils ne font que rappeler les diagnostics posés, les douleurs ressenties par la recourante et leur évaluation de sa capacité de travail. Ils ne comportent aucun élément médical objectif nouveau ou qui aurait été

ignoré des experts. S'agissant plus particulièrement de l'évaluation de la capacité de travail, elle n'est aucunement étayée et ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de fait, étant rappelé que le rapport de confiance qui lie les médecins traitants à leur patient les place dans une position délicate pour constater des faits sur le plan asséculoologique. Les rapports précités ne sont ainsi pas propres à remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou à en établir le caractère incomplet. Le même raisonnement vaut pour les différents rapports médicaux produits par la recourante au cours de la procédure d'audition devant l'autorité administrative, auxquels elle ne se réfère, quoi qu'il en soit, plus expressément dans son recours.

bb) Dans son rapport du 22 décembre 2022, le Dr W. _____ reproche aux experts d'avoir « allégrement balayé » le diagnostic de fibromyalgie « sans remplir et chercher les critères qu'ils montrent eux-mêmes ». Après une énumération de la liste des critères, il indique qu'en se « basant tout simplement sur l'expertise, [il a] rempli les critères », sans autre explication. A cet égard, il ressort de l'avis SMR du 16 janvier 2023, que les critères en question sont ceux de l'*American college of Rheumatologie 2010*, à savoir les mêmes que ceux examinés par l'expert, qui pourtant parvient à la conclusion qu'aucun d'entre eux n'est rempli (cf. rapport d'expertise, p. 23). Il s'agit donc essentiellement d'une appréciation différente du médecin traitant - qui n'est par ailleurs pas rhumatologue - de la même situation. En outre, le rapport susmentionné ne comprend pas de véritables critiques de l'expertise permettant de comprendre en quoi l'appréciation des experts serait erronée mais uniquement l'appréciation différente émise par le médecin traitant. Comme le souligne le Dr N. _____ (avis SMR du 16 janvier 2023), l'expert se fonde par ailleurs sur son propre examen alors que le Dr W. _____ interprète l'expertise. Le rapport du 22 décembre 2022 ne permet ainsi pas d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts.

cc) Concernant le rapport établi le 2 janvier 2023 par le Dr P._____, il en ressort que la recourante a débuté un suivi en octobre 2022 auprès de ce médecin, qui pose le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, retenant une série de limitations fonctionnelles et une capacité de travail de 60 %. Toutefois, le suivi débuté par ce médecin et les constats qui en découlent sont postérieurs à la décision attaquée et sont, par conséquent, exorbitants à l'objet de la contestation. Ils doivent donc être écartés de l'examen de la décision attaquée. Au demeurant, le Dr N._____ relève, dans son avis SMR du 12 septembre 2023, que les limitations fonctionnelles importantes d'adaptation aux règles et routines retenues par le Dr P._____ annihilent, en principe, toute capacité de travail et sont donc contradictoires avec une capacité de travail à 60 % pourtant retenue par le psychiatre précité. Il souligne encore que le traitement minimal par Brintellix dans un contexte de dépression sévère paraît également surprenant.

Quant au courriel adressé par le Dr P._____ au conseil de la recourante le 20 mai 2023, il consiste, essentiellement, en la transmission de la liste des médicaments obtenus en pharmacie par la recourante depuis 2017. Le psychiatre traitant souligne, à ce sujet, que la recourante s'est vu délivrer des psychotropes depuis 2019, toutefois sans consulter un spécialiste en psychiatrie ; il en déduit que ce fait mettrait « en lumière une continuité de ses problèmes de santé mentale ». En outre, dans son rapport du 11 octobre 2023, après avoir rappelé qu'il suivait la recourante depuis octobre 2022 et renvoyé à son rapport du 2 janvier 2023 quant aux diagnostics et limitations fonctionnelles, le Dr P._____ mentionne que son analyse anamnestique indique que les symptômes psychiatriques ont débuté en 2017, rappelant que le médecin généraliste de l'époque avait recommandé un suivi et renvoyant à la liste des médicaments prescrits à la recourante, dont des psychotropes dès 2019. Toutefois, la seule délivrance de médicaments ne permet pas de déduire ni un diagnostic, ni la gravité de celui-ci et encore moins des éventuelles limitations fonctionnelles ou une incapacité de travail en découlant. Contrairement à ce que semble penser le médecin précité, cet élément n'est pas probant

et n'est, à tout le moins, pas propre à remettre en cause l'appréciation des experts, qui n'ont, au demeurant, pas ignoré la prise d'un traitement anti-dépresseur par la recourante, celle-ci précisant toutefois qu'elle ne l'avait pas supporté (cf. rapport d'expertise, p. 30). C'est le lieu de relever que les experts ont diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et que les psychotropes prescrits sont compatibles avec la prise en charge d'un tel trouble (cf. avis SMR du 27 juin 2023). Dès lors, la prise de ces médicaments par la recourante dès 2019 n'est pas propre à remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts. Par ailleurs, la seule recommandation d'un traitement psychiatrique par le médecin traitant de la recourante en 2017 n'est pas davantage suffisante, aucun diagnostic n'ayant été posé à cette époque, pas plus qu'une évaluation de ses effets sur la capacité de travail, étant rappelé que la recommandation n'a pas été suivie, ce qui tendrait à démontrer l'absence de gravité des éventuelles troubles subis par la recourante. A cet égard, le Dr P. _____ n'évoque que des « symptômes psychiatriques » en 2017 mais ne pose aucun diagnostic remontant antérieurement à octobre 2022. Quoi qu'il en soit, cette recommandation est compatible avec le diagnostic posé par les experts, qu'elle n'est pas propre à remettre en cause. Les éléments ressortant des différents écrits du psychiatre traitant ne permettent dès lors pas d'infirmer le bien-fondé des conclusions des experts.

d) En définitive, l'appréciation faite par les experts du D. _____ 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.

e) Sur le vu de ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise établi le 31 janvier 2022 par les Drs X. _____ et S. _____, 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 juillet 2020 (fin du délai d'attente d'une année ; art. 28 LAI) une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle ou dans toute activité

répondant aux limitations fonctionnelles retenues, à savoir pas de positions assise et debout statiques prolongées, changement de position régulier, pas de porte-à-faux du buste et du rachis cervical, ni de rotations répétées du buste et du rachis cervical, pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, port de charge limité à 9 kg proche du corps, éviter les montées et les descentes d'escalier répétées, pas de position à genoux et accroupie prolongée, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage). 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 20 % n'ouvrant pas de droit à une rente.

7. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. 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 (appréciation anticipée de la pertinence des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

8. 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 prestation 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 mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 19 août 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 mis à la charge de C._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Valentin Groslimond (pour C._____),
- 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 :