

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 décembre 2024

Composition : M. PARRONE, président
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme P. Meylan

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représentée par Me Caroline Schlunke,
avocate, Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 6 à 8, 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], de nationalité suisse, mariée, mère d'une enfant née le [...], titulaire d'une Licence ès lettres, d'un Master en enseignement pour le degré secondaire I, ainsi que d'un Diplôme d'enseignement pour le degré secondaire I, exerce l'activité d'enseignante depuis le 1^{er} août 2009.

Elle a travaillé aux taux d'activité suivants :

- 80 % environ en 2012 / 2013,
- de 60 à 72 % en 2013 / 2014,
- 72 % en 2014 / 2015 et 2015 / 2016,
- 68 % en 2016 / 2017,
- 66 % en 2017 / 2018,
- 52 % en 2018 / 2019,
- 60 % en 2019 / 2020.

L'assurée a réalisé des revenus annuels de 74'745 fr. en 2016, 70'768 fr. en 2017 et 64'431 fr. en 2018.

B. a) Après que l'assurée avait décrit un tableau de fatigue chronique accompagnée d'une augmentation du besoin de dormir, la Dre R._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique ainsi qu'en médecine interne générale, médecin traitante, l'a adressée à la consultation du Dr M._____, spécialiste en neurologie, lequel l'a vue le 11 septembre 2018.

Par rapport de consultation consilium du 13 septembre 2018 à la Dre R._____, le Dr M._____ a exposé rechercher une éventuelle pathologie du sommeil sous-jacente, soit une pathologie intrinsèque déstructurant le sommeil, telle qu'un trouble respiratoire ou un syndrome des mouvements périodiques des jambes, ou des éléments en faveur d'une hypersomnie centrale, si bien qu'il prévoyait un bilan de polysomnographie avec un enregistrement sur un mode *ad libitum*.

Une fois ce bilan réalisé, le Dr M._____ a retenu, à teneur de son second rapport de consultation consilium du 16 octobre 2018 à la

Dre R._____, les diagnostics de trouble respiratoire au cours du sommeil de type obstructif de degré léger, syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil et de mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil ainsi que de fatigue chronique d'origine indéterminée.

b) Sur le vu du rapport précité, la Dre R._____ a adressé l'assurée à la consultation des Prof. X._____ et du Dr W._____, tous deux spécialistes en médecine interne générale.

Lors de leur examen clinique du 9 novembre 2018, ces derniers ont notamment constaté que l'assurée présentait des signes d'hypermobilité articulaire avec 6/9 critères du score de Beighton positifs.

Un bilan neuropsychologique et logopédique a été réalisé les 27 novembre et 4 décembre 2018 auprès d'H._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie. Celle-ci a conclu, selon son rapport du 7 décembre 2018, à une atteinte minimale sur le plan cognitif, les difficultés attentionnelles objectivées pouvant être très probablement mises en lien avec la fatigabilité de l'assurée.

Le 28 décembre 2018, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a effectué un entretien conjoint d'investigation et d'évaluation psychiatrique de l'assurée à la demande du Dr W._____. Dans le rapport qu'il lui a adressé le 12 mars 2019, il a posé des diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de probable trouble spécifique de la personnalité (F60). Des symptômes anxieux multiples persistants chroniques et fluctuants, indépendants d'un événement spécifique, avaient été décrits par l'assurée et observés par le psychiatre. En parallèle, un probable trouble de la personnalité avait été investigué, présent depuis l'adolescence et lié avec des interactions relationnelles complexes probablement déjà depuis l'enfance. Des conflits internes par moments difficilement gérables étaient relevés, avec d'importantes fluctuations émotionnelles ainsi que des difficultés relationnelles, dont la gestion demandait à l'assurée un effort important qui la fatiguait.

L'assurée a également été vue à la consultation du Dr K._____, spécialiste en neurologie, et du Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, le 31 janvier 2019. Par rapport de consultation consilium du 21 mai 2019 au Dr W._____, les Drs K._____ et J._____ ont retenu que l'assurée présentait un syndrome des jambes sans repos ainsi qu'une fatigue chronique d'origine indéterminée. Ils ont notamment précisé qu'ils ne retrouvaient aucun argument pour une maladie neurologique à l'examen clinique ; il n'y avait en particulier aucun signe en faveur d'une lésion focale, d'une maladie démyélinisante ou de parkinsonisme.

Le 18 mars 2019, l'assurée a encore été reçue par la Dre G._____, spécialiste en rhumatologie. Par rapport de consultation consilium du 21 mars 2019 au Dr W._____, la Dre G._____ a posé le diagnostic d'un syndrome d'hypermobilité articulaire rentrant dans le spectre des troubles de la motricité, sans remplir les critères diagnostics du syndrome d'Ehlers Danlos 2017. L'assurée présentait une hypermobilité articulaire généralisée avec des manifestations des tissus conjonctifs, comme des manifestations cutanées, notamment avec des papules piézogéniques, et dans le spectre de troubles de la motricité, de fatigue, des troubles du sommeil, ainsi que des troubles proprioceptifs. Elle décrivait également des douleurs articulaires prédominant aux coudes et aux genoux.

Aux termes de leurs investigations, par rapport de consultation consilium du 24 avril 2019 à la Dre R._____, le Prof. X._____ et le Dr W._____ ont exposé retenir les diagnostics suivants :

- « Fatigue chronique d'origine mixte :
DD [ndlr. : diagnostics différentiels] :
- Syndrome d'hypermobilité articulaire rentrant dans le spectre des troubles de la motricité, sans remplir les critères diagnostics du Syndrome d'Ehlers Danlos 2017 avec :
 - o Hypermobilité articulaire généralisée, 6/9 signes de Beighton
 - o Douleurs actuellement prédominant aux genoux et aux coudes
- Syndrome de jambes sans repos
- Anxiété généralisée versus autre trouble psychiatrique avec crises de panique, claustrophobie, agoraphobie
- Carence en acide folique et vitamine B12

- Médicamenteux (paroxétine, eloïne)
- Trouble respiratoire au cours du sommeil de type obstructif léger (index 9.6/h, polysomnographie de septembre 2018) ».

c) Le 10 septembre 2019, l'assurée a été revue à la consultation de la Dre G._____. Par rapport de consultation consilium du 18 septembre 2019 à la Dre R._____, celle-ci a confirmé le diagnostic posé le 21 mars 2019. L'assurée décrivait un état stable tant en ce qui concerne la fatigue et les troubles du sommeil que les douleurs, lesquelles prédominaient désormais aux coudes, aux genoux, aux poignets, aux épaules, au dos ainsi qu'au rachis cervical et lombaire.

C. a) Le 5 novembre 2019, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité. A l'appui de cette demande, elle indiquait notamment souffrir d'un syndrome d'hypermobilité articulaire rentrant dans le spectre des troubles de la motricité, sans remplir les critères diagnostics du syndrome d'Ehlers-Danlos 2017, ainsi que de douleurs chroniques, principalement articulaires.

b) Le même jour, l'assurée a également déposé auprès de l'OAI une demande de prestations AI tendant à la remise de moyens auxiliaires.

Par communications successives des 15 janvier, 17 février, 21 juillet et 25 août 2020 , l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge des frais :

- de béquilles d'avant-bras, moyen auxiliaire qui lui serait remis en prêt ;
- d'une analyse ergonomique avec proposition d'intervention éventuelle à réaliser par [...] du bureau de conseil en ergonomie [...];
- des coûts pour un fauteuil ergonomique ainsi que pour l'achat de matériel électronique à titre de mesure

d'intervention précoce sous la forme d'une adaptation du poste de travail.

Par communication du 17 septembre 2020, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il considérait, après analyse de sa situation, qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place d'autres mesures que celles mises en œuvre dans le cadre de l'intervention précoce selon l'analyse ergonomique et les propositions d'adaptation du poste de travail du 3 juin 2020 de [...] du bureau de conseil en ergonomie [...], à savoir en particulier la mise à disposition d'un siège ergonomique, l'aménagement de sa place de travail et de son horaire de travail.

D. Dans le cadre de son instruction de la demande du 5 novembre 2019 précitée tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité, l'OAI a pris des renseignements sur la situation médicale et professionnelle de l'assurée ainsi que sur son potentiel de réadaptation auprès de l'assurée elle-même et de ses médecins traitants.

A la demande de l'OAI, l'assurée lui a ainsi indiqué le 21 janvier 2020 qu'elle exercerait l'activité d'enseignante à 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Dans son rapport du 5 mars 2020 à l'OAI, la Dre G._____ a exposé que l'assurée présentait un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée, les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge avec les doigts, pas de position debout prolongée, difficultés à travailler longtemps à l'ordinateur, ainsi qu'un potentiel de réadaptation estimé à 80 %, sa capacité de travail étant néanmoins alors évaluée à 50 %.

Par rapport du 22 avril 2020 à l'OAI, la Dre R._____ lui a indiqué retenir comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail un syndrome d'hypermobilité articulaire rentrant dans le spectre de la motricité (sans remplir les critères diagnostiques du syndrome d'Ehlers-Danlos) et des troubles anxieux. Les limitations fonctionnelles étaient les

suivantes : fatigue majeure, nécessité de repos couchée après toute activité, intolérance à l'effort. L'assurée présentait un potentiel de réadaptation estimé à 50 % dans son activité habituelle, laquelle était adaptée, la Dre R. _____ précisant qu'elle n'imaginait pas de capacité de travail à plus de 50 % à moyen terme chez l'intéressée. La Dre R. _____ a en outre joint à son rapport copie des rapports des 13 septembre, 6 et 16 octobre 2018 du Dr M. _____, le rapport du 7 décembre 2018 d'H. _____, le rapport du 12 mars 2019 du Dr B. _____ et celui du 24 avril 2019 du Prof. X. _____ et du Dr W. _____, les rapports des 21 mars et 19 septembre 2019 de la Dre G. _____ ainsi que le rapport du 21 mai 2019 des Drs K. _____ et J. _____.

Interpellée par l'OAI, la Dre R. _____ l'a renseigné le 19 octobre 2020 de manière complémentaire en ce sens que c'était en raison de l'asthénie et des polyarthralgies, dans un contexte de syndrome d'Ehlers-Danlos, que l'assurée ne pouvait pas travailler à plus de 50 % dans son activité habituelle d'enseignante, étant en outre précisé qu'une autre activité ne serait pas mieux adaptée.

Au questionnaire que lui avait adressé l'OAI, la Dre G. _____ a répondu quant à elle comme suit le 8 décembre 2020 :

« [Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?]

Syndrome d'hypermobilité articulaire (HSD) avec troubles proprioceptifs / POTS [ndlr. *postural orthostatic tachycardia syndrome* ou syndrome de tachycardie orthostatique posturale] / troubles dysautonomiques / tendinopathies / sublaxations récidivantes.

[Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?]

Légère amélioration car adaptation du poste de travail / prise en charge ciblée locomotrice.

[Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?]

Enseignante. Poste a été adapté.

[Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? (sur un taux de 100 %, dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)]

MAXIMUM 60 %.

[Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?]

Port de charge max. 5 kgs / alterner positions assise debout / pas de marche prolongée / pas de bras de levier / pas de travail des membres au-dessus des épaules / pas de stimuli sensoriels forts.

[Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?]

\

[Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?]

- Rééducation ;
- Vêtements proprioceptifs ;
- Appareillage SAS [ndlr. syndrome d'apnées du sommeil] et carnitine pour la fatigue.

Bonne compliance ».

Le 31 décembre 2021, les rapports suivants ont encore été versés au dossier de l'OAI :

- le rapport de consultation consilium du 23 février 2021 des Drs [...], spécialiste en cardiologie, et [...], médecin assistante, à la Dre R. _____ par lequel les premiers cités ont notamment constaté que la situation cardiologique de l'assurée était rassurante, le status clinique n'ayant révélé aucun signe d'insuffisance cardiaque ou d'autres anomalies ;
- le rapport du 8 mars 2021 du Dr M. _____ à la Dre R. _____, par lequel celui-ci a notamment exposé que l'assurée portait désormais sa prothèse d'avancement mandibulaire toutes les nuits et qu'il semblait que son ronflement avait diminué depuis, sans qu'elle ne voie toutefois de grande différence par rapport à la fatigue ;
- le rapport de polygraphie respiratoire du 29 mars 2021 du Dr M. _____ et de la Dre [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à teneur duquel ceux-ci concluaient à une amélioration des anomalies respiratoires nocturnes ainsi qu'une diminution des ronflements ;
- le rapport du 8 mai 2021 du Dr M. _____ à la Dre R. _____, par lequel celui-ci a notamment conclu à l'absence des critères pour une hypersomnie centrale.

E. Sur mandat de l'OAI, le Centre [...] de la [...] (ci-après : [...]), à [...], a réalisé une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) concernant l'assurée, laquelle a séjourné à cette fin à la [...] précitée entre le 8 et le 10 février 2022.

A teneur de leur rapport du 24 février 2022, la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, et la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (ci-après conjointement : les experts), ont retenu une hypermobilité articulaire généralisée sans argument en faveur d'un authentique syndrome d'Ehlers-Danlos, une obésité de grade II (E66.9) avec un BMI à 36.8 kg/m², un syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil et de mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil, des troubles respiratoires au cours du sommeil de type obstructif de degré léger (G47.3) documentés en septembre 2018, des troubles intestinaux possiblement d'origine fonctionnelle, une anxiété généralisée (F41.1) ainsi qu'une somatisation (F45.0). Ils ont arrêté les limitations fonctionnelles suivantes : éviction du port de charges excédant 10 kg avec les deux membres supérieurs ou 5 kg avec un seul des membres supérieurs, des travaux en élévation au-delà de 90° d'élévation antérieure ou latérale de ceux-ci et des marches prolongées sur terrains irréguliers nécessitant des montées ou descentes répétées ou prolongées d'escaliers ou de barreaux d'échelles, diminution modérée de la flexibilité et de l'adaptabilité, diminution légère de l'endurance et de la résistance. Ils ont conclu à une capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'enseignante en secondaire I ainsi que dans toute autre activité correspondant à ses aptitudes de 80 %.

Par courriel du 25 mars 2022, l'assurée a transmis à l'OAI une copie du rapport du 18 mars 2022 du Dr N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. A teneur de ce rapport, le Dr N._____ a posé le diagnostic du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (ci-après : SEDh) avec de multiples manifestations et celui de tendinopathie du moyen fessier des deux côtés. Il a en outre précisé que

« [l'assurée] [avait été] mise en arrêt de travail à 50 % de ce taux [ndlr. 60 %] depuis plusieurs mois ».

Par avis du 20 avril 2022, le Dr S._____, médecin praticien spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), s'est rallié aux conclusions des experts. Il a retenu un trouble anxieux généralisé invalidant et arrêté à 20 % l'incapacité de travail durable de l'assurée pour des motifs psychiques présents depuis l'adolescence.

Par projet de décision du 14 septembre 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande formée le 5 novembre 2019. A l'appui de ce projet, il retenait que l'assurée présentait une diminution de sa capacité de travail depuis son adolescence. Le 1^{er} mai 2020, elle présentait une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle d'enseignante, ainsi que dans toute activité professionnelle adaptée et ce depuis toujours. Son degré d'invalidité était donc inférieur à 40 % et ne lui donnait pas droit à une rente d'invalidité.

Par courrier du 7 octobre 2022, l'assurée, représentée par Denis Dougoud, spécialiste en assurances sociales auprès de Procap CCAS, à Lausanne, a contesté le projet de décision précité. Elle alléguait notamment être atteinte du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, lequel avait un impact négatif sur sa capacité de travail, si bien que la capacité de travail exigible retenue par l'OAI était contestée. Elle critiquait également le statut de personne active que lui avait conféré l'OAI, arguant qu'un examen approfondi de son statut était nécessaire. A l'appui de ses déterminations, elle a produit un rapport du 1^{er} octobre 2022 du Dr N._____, à teneur duquel celui-ci exposait ses critiques à l'égard des conclusions de l'expert C._____, dont il considérait notamment qu'il n'avait pas valablement écarté le diagnostic du SEDh et que son analyse avait méconnu les critères de SEDh de 2017, ce diagnostic devant être retenu et son caractère invalidant reconnu, et retenait une capacité de travail de 30 % maximum.

Par courrier du 11 octobre 2022, l'assurée a encore transmis à l'OAI une liste des éléments du rapport d'expertise de la Dre P. _____ dont elle considérait qu'ils étaient erronés, ainsi qu'un rapport non daté de Q. _____, psychologue-psychothérapeute. A teneur de ce rapport, celle-ci retenait les diagnostics d'anxiété généralisée (F43.1), de trouble dépressif récurrent (F33) et de trouble de la personnalité en lien avec des éléments de son vécu traumatique (F60). Elle exposait notamment les plaintes de l'assurée et précisait avoir constaté chez elle des difficultés de concentration, une humeur abaissée associée à des ruminations anxieuses, une tristesse et des pleurs fréquents, ainsi qu'une hypersensibilité et une irritabilité. Elle retenait une capacité de travail de 25 % dans son activité habituelle d'enseignante en secondaire I, sans décrire de limitations fonctionnelles.

Par avis du 3 novembre 2022, le Dr S. _____ du SMR a confirmé les conclusions de son avis du 20 avril 2022. Il retenait que le Dr N. _____ n'avait pas signalé d'éléments nouveaux ou qui n'auraient pas été pris en compte dans l'analyse des experts, si bien que ses conclusions relevaient d'une évaluation différente d'un même état de fait, et que les éléments amenés par Q. _____ n'étaient pas suffisants pour conclure à une aggravation de l'état de santé de l'assurée et revenir sur les conclusions de la Dre P. _____, étant souligné que ces éléments n'étaient pas attestés médicalement et que l'assurée n'était pas suivie par un médecin spécialiste en psychiatrie.

Par courriel du 27 février 2023, l'assurée a informé l'OAI du fait qu'elle était désormais suivie par le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

L'OAI a fait procéder à une évaluation économique sur le ménage. Par rapport du 7 mars 2023, [...], chargé de l'évaluation auprès de l'OAI, a proposé de retenir un statut d'active à 100 % et conclu à une invalidité dans l'accomplissement des tâches ménagères de 14,12 %, étant en outre précisé que les limitations fonctionnelles retenues par le

Dr S._____ du SMR avaient pu être vérifiées et qu'elles pouvaient être considérées comme confirmées.

Par décision du 15 mars 2023, l'OAI a rejeté la demande formée le 5 novembre 2019 par l'assurée. A l'appui de sa décision, il a reproduit et, partant, confirmé la motivation de son projet de décision du 14 septembre 2022.

Par courrier du même jour, dont le contenu faisait partie intégrante de sa décision précitée, l'OAI a en outre pris position sur la contestation du 10 octobre 2022 de l'assurée. Les nouvelles pièces médicales, transmises à son SMR, ne l'amenaient pas à revenir sur ses conclusions. En particulier, il n'avait pas été signalé d'éléments nouveaux ou qui n'auraient pas été pris en compte par les experts. L'évaluation du Dr N._____ entrant dans le cadre d'une évaluation différente d'un même état de fait. Le statut de personne 100 % active devait être reconnu à l'assurée, mais cela n'était pas de nature à modifier le résultat de ses constatations, dès lors qu'il reconnaissait toujours à l'assurée une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle d'enseignante ainsi que dans toute activité professionnelle adaptée. La contestation précitée ne lui avait donc pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

F. a) Le 4 mai 2023, L._____, désormais représentée par Me Caroline Schlunke, avocate auprès de Procap Suisse, a formé recours contre cette décision par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu, avec suite de frais et dépens, à ce qu'il plaise à cette Cour, principalement, de réformer la décision du 15 mars 2023 de l'OAI et de lui octroyer une rente d'invalidité, subsidiairement, de renvoyer le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle soutenait que l'intimé avait constaté les faits de manière inexacte et incomplète lorsqu'il avait nié la présence chez elle du SEDh et retenu que son incapacité de travail était de 20 % seulement, et violé le droit lorsqu'il avait nié tout caractère invalidant aux atteintes somatiques constatées, subsidiairement à

l'atteinte psychiatrique retenue consistant en une somatisation. A l'appui de son recours, elle a produit une copie de la décision contestée, une procuration justifiant des pouvoirs de son conseil ainsi qu'un rapport du 4 avril 2023 du Dr D._____ et requis la production en mains de l'OAI de son dossier intégral.

A teneur de son rapport du 4 avril 2023, le Dr D._____ alléguait une péjoration de l'état de santé de la recourante avec une recrudescence de la symptomatologie dépressive depuis septembre 2022 environ. Il posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble d'anxiété généralisée (code CIM-11 : 6B00). Il retenait des limitations fonctionnelles très importantes en ce qui concernait l'endurance, la capacité d'adaptation et l'autonomie. Il considérait que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle d'enseignante, telle qu'adaptée à ses limitations fonctionnelles, était de 30 % depuis octobre 2022 et soulignait que la recourante n'avait plus été apte à accomplir son activité professionnelle à 80 % depuis 2012.

b) Le 12 juin 2023, l'intimé a déposé sa réponse au recours. Il a conclu à son rejet et au maintien de la décision contestée. Il soutenait, en substance, que les conclusions du rapport d'expertise du 24 février 2022 de la [...] étaient convaincantes, qu'il n'avait pas de raison de s'en écarter et que les divers rapports qui lui avaient été transmis par la recourante pendant l'instruction ne l'avaient pas amené à revenir sur sa position. Il renvoyait pour le surplus au rapport du 20 avril 2022 du SMR, à l'avis du 3 novembre 2022 de celui-ci ainsi qu'à sa prise de position du 15 mars 2023 concernant la contestation de la recourante.

c) Le 29 juin 2023, la recourante a répliqué. Elle a allégué que ses différentes maladies et en particulier les atteintes chroniques mises en évidence par le rapport du 1^{er} octobre 2022 du Dr N._____, celui reçu par l'OAI le 12 octobre 2022 de Q._____ et le rapport d'expertise du 24 février 2022 de la [...] notamment, se présentaient de manière régulière et importante et que son état de santé s'était péjoré depuis au

moins fin octobre 2021. Elle a, en substance, soutenu que ses absences régulières de son poste de travail n'avaient pas été dûment prises en compte lors de la détermination de sa capacité de travail. Elle a produit une copie de la liste des absences pour cause de maladie et / ou d'accident survenues entre le 1^{er} avril 2020 et le 15 juillet 2023 dressée le 9 mai 2023 par l'[...].

Il ressort de cette liste que la recourante a été absente 440 jours sur la période précitée, le taux d'absence par rapport à son taux d'activité variant entre 25 et 100 %.

d) Le 21 août 2023, l'intimé s'est déterminé en ce sens qu'il n'avait rien à ajouter à son préavis du 12 juin 2023, auquel il renvoyait.

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'AI (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 requérante à une rente d'invalidité.

3. 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 la décision concernant un premier octroi de rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, 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 de l'Office fédéral des assurances sociales [ci-après : OFAS] sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} janvier 2024 [ci-après : CIRAI]).

c) En l'espèce, la recourante a fait valoir son droit aux prestations de l'AI par le dépôt d'une demande de prestations de l'AI auprès de l'intimé le 5 novembre 2019, si bien que le droit litigieux peut avoir pris naissance en mai 2020 au plus tôt (cf. art. 29 al. 1 LAI). Sont donc applicables à l'examen du droit à la rente de la recourante les dispositions de la LAI et du RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. C'est ainsi dans cette version que ces dispositions sont reproduites, citées et appliquées ci-après.

4. a) 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c) (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGGA).

b) Est réputée incapacité de gain - notamment au sens de l'art. 28 al. 1 let. a LAI - 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 LPGGA).

Est réputée incapacité de travail - notamment au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI - 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 (art. 6 LPGA).

Est réputée invalidité – notamment au sens de l'art. 28 al. 1 let. c LAI – l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (8 al. 1 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

5. 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 ancré à l'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) En présence d'avis contradictoires entre experts et médecins traitants, le juge doit apprécier la valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a). Il 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. 3a et 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Compte tenu de la distinction faite par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise médicale ordonnée par l'administration du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à l'assuré de mettre en évidence des médecins des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment 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 sur lesquels s'est fondée l'administration ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

6. a) Le caractère invalidant des affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Ce catalogue d'indicateurs comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue. De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, dans la mesure où des contraintes sociales entraînent directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté. Des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de cette dernière, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées ; cf. également ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et les références citées).

bb) Le catalogue d'indicateurs au moyen duquel la capacité résiduelle de travail doit être évaluée comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part,

et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. En l'espèce, l'intimé a considéré que le seuil minimal de 40 % ouvrant le droit à la rente d'invalidité n'était pas atteint. Il a retenu que l'assurée était en mesure de travailler à 80 % dans son activité habituelle d'enseignante, ainsi que dans toute activité adaptée, et ce depuis toujours. Il a fondé ses constats sur les conclusions du rapport d'expertise du 24 février 2022 de la [...], considérant que les autres rapports médicaux au dossier n'avaient pas apporté d'éléments nouveaux ou qui n'auraient pas été pris en compte dans l'analyse des experts précités.

8. a) La recourante reproche premièrement à l'intimé d'avoir constaté les faits de manière inexacte et incomplète et de s'être livré à une appréciation des preuves contraire au droit fédéral lorsqu'il a fondé la décision litigieuse sur les faits ressortant du rapport d'expertise 24 février 2022 de la [...]. Elle soutient que ce rapport ne remplit pas les critères jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante, d'une

part, et que ses conclusions sont remises en cause par les avis contradictoires de ses médecins traitants, d'autre part.

b) Il convient d'examiner si l'intimé a violé le droit fédéral lorsqu'il a considéré que le rapport d'expertise du 24 février 2022 de la [...] pouvait se voir attribuer une pleine valeur probante.

c) En l'occurrence, les experts de la [...] ont tous trois rencontré individuellement la recourante afin de recueillir personnellement ses plaintes et de faire eux-mêmes les constats cliniques sur lesquels se fondent leurs conclusions respectives. Leurs constatations se basent sur un examen complet du dossier, les données de l'anamnèse, le dossier d'imagerie de la recourante et les constats objectifs de leurs examens cliniques des 8, 9 et 10 décembre 2022 en particulier. Les experts ont expliqué quels diagnostics étaient retenus et pour quelles raisons. Ils ont évalué la cohérence et la plausibilité des plaintes de la recourante et apprécié ses capacités, ressources et difficultés. Ils ont intégré dans une évaluation consensuelle - établie par le Dr C. _____ sur la base du rapport d'expertise de médecine interne du 10 février 2022 de la Dre E. _____, du rapport d'expertise psychiatrique du même jour de la Dre P. _____ et de sa propre expertise de rhumatologie - l'ensemble de leurs constatations. Ils ont exposé quels éléments diagnostiques avaient une incidence sur les capacités de travail de la recourante. Aussi ont-ils retenu notamment que ni l'hypermobilité articulaire généralisée, ni l'obésité de grade II, ni le syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil et de mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil, ni les troubles respiratoires au cours du sommeil de type obstructif de degré léger, ni la somatisation n'ont d'incidence sur celles-ci (cf. rapport d'expertise du 24 février 2022, ch. 8.1 *cum* 6.3); seule l'anxiété généralisée entraîne une réduction des capacités de travail de la recourante (*ibidem*). Contrairement à ce que soutient la recourante, cette évaluation consensuelle permet d'avoir une vision complète de sa situation médicale.

Plus particulièrement, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle soutient que les « ??? » dont elle a mis en évidence la présence dans le rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2022 de la Dre P. _____ traduiraient un caractère provisoire de ce rapport dont les conclusions ne pourraient dès lors guère emporter de quelconque valeur probante. La Cour de céans constate en effet que ces « ??? », quoique regrettables, n'ont pas pour effet de rendre incompréhensibles lesdites conclusions. En particulier, ils ne figurent pas dans les développements relatifs aux diagnostics, à l'évaluation médico-assurantielle ou à celle des capacités de travail, mais dans la partie concernant l'entretien expertal et les constatations, plus particulièrement celle relative au comportement et à l'apparence extérieure de la recourante. Ainsi, le fait que ces « ??? » aient subsisté et qu'il en découle de légères erreurs de syntaxe ne remet pas en question la clarté des conclusions du rapport d'expertise psychiatrique précité.

Quant aux éléments relevés par la recourante selon sa liste du 10 octobre 2022 et que celle-ci qualifie d'inexactitudes, ils relèvent soit d'éléments rapportés par des tiers (attestations d'incapacités de travail [rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2022 de la Dre P. _____, ch. 1] ; préservation des fonctions cognitives de la recourante [*op. cit.*, ch. 2]), soit de faits qui ne sont pas pertinents quant aux atteintes à sa santé ou à ses capacités de travail (fonction de la mère de la recourante [*op. cit.*, ch. 3] ; utilité du fauteuil ergonomique [*loc. cit.*] ; nature de l'activité de la recourante dans une école de jazz [*loc. cit.*] ; participation à des activités associatives [*loc. cit.*] ; durée de son congé maternité en [...] [*loc. cit.*] ; lieu de l'opération de correction du décollement des oreilles subie à l'âge de 10 ans [*loc. cit.*] ; conduite [*loc. cit.*, étant précisé que la recourante expose qu'elle conduit toujours, mais n'emprunte plus l'autoroute, tandis que la Dre P. _____ avait retenu qu'elle ne conduisait plus depuis 2012]), soit d'éléments médicaux qui ne ressortissent pas à la psychiatrie (scoliose [*loc. cit.*] ; syndrome des jambes sans repos [*loc. cit.*]), étant au reste souligné que la recourante ne saurait qualifier d'erreurs entachant ce rapport des circonstances dont elle indique qu'elles se sont modifiées après sa reddition (place de parc et horaires [*loc. cit.*] ;

participation aux tâches ménagères [*loc. cit.*]). Ainsi, quand bien même ces éléments seraient effectivement inexacts, ils ne seraient pas propres à priver le rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2022 de la Dre P. _____ de toute valeur probante.

Pour le surplus, on rappelle qu'une évaluation récapitulative établie sur la base d'une discussion consensuelle entre les différents experts ou sous la direction d'un médecin responsable de rassembler et exposer les résultats des différentes spécialités est idéale, mais pas obligatoire (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 et les arrêts cités, spéc. TF 9C_889/2015 du 15 janvier 2016 consid. 2.2). Peu importe dès lors la forme donnée par les experts de la [...] à la présentation de leur évaluation consensuelle du 24 février 2022. La question de savoir si un rapport d'expertise est probant dépend bien plutôt, comme exposé ci-dessus (cf. *supra* consid. 5), de savoir, dans le cas concret, si ce rapport permet ou non de répondre aux questions pertinentes sur le plan juridique (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4). Tel est le cas en l'espèce.

On peine enfin à saisir en quoi les constatations des experts de la [...] relatives au réveil de la recourante seraient incohérentes. La difficulté du réveil le matin est parfaitement conciliable avec un meilleur moral au réveil qu'au coucher (comp. rapport d'expertise du 24 février 2022, p. 10 s., et rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2022, ch. 3 p. 14).

On ne voit pas non plus que la constatation de bonnes ressources mobilisables serait incompatible avec celle d'une fragilité psychique à l'origine de limitations d'endurance et de gestion des imprévus (cf. rapport d'expertise du 24 février 2022, ch. 7.2 ; comp. rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2022 de la Dre P. _____, ch. 7.1), étant au demeurant rappelé que les experts de la [...] ont conclu à une capacité de travail partielle.

La recourante ne convainc pas non plus lorsqu'elle s'attache à déduire du constat par la Dre P. _____ du soutien considérable apporté

par l'entourage familial « malgré l'absence d'une entité clinique pouvant justifier l'intensité de la fatigue chronique et des limitations fonctionnelles rapportées » (cf. *op. cit.*, ch. 7. 1 *in fine*) que celle-ci n'aurait pas dûment tenu compte de la somatisation – soit d'une atteinte à la santé d'ordre psychosomatique – et de ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de la recourante. La Dre P. _____ en a dûment précisé le diagnostic et les effets (cf. *infra* let. c/dd).

Les conclusions consensuelles des experts sont dûment motivées et dénuées de toute contradiction.

d) On relève encore ce qui suit s'agissant de chacun des volets du rapport d'expertise précité.

aa) Sur le plan internistique, la Dre E. _____ a retenu les diagnostics d'obésité de grade II (E66.9) avec un BMI à 36.8 kg / m², de syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil et de mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil ainsi que de troubles respiratoires au cours du sommeil de type obstructif de degré léger (G47.3) non seulement sur la base d'un examen approfondi du dossier, mais encore des plaintes de la recourante et de ses propres constatations anamnestiques et cliniques (rapport d'expertise de médecine interne du 10 février 2022, ch. 6.3). Elle a en outre fait état de troubles intestinaux possiblement d'origine fonctionnelle (*loc. cit.*), étant précisé que la recourante n'avait consulté aucun spécialiste en gastro-entérologie ni subi d'examens clinico-radiologiques et endoscopiques et qu'elle ne prenait aucun traitement, même symptomatique, à ce sujet (rapport précité, ch. 6.1). Elle a encore précisé, s'agissant desimpatiences musculaires, que celles-ci restaient sans traitement pathophysiologique, l'assurée étant réticente au Sifrol (*op. cit.*, ch. 7.1). Au terme de son évaluation, elle a retenu que les atteintes à la santé internistiques constatées revêtaient un degré de gravité fonctionnelle léger, si bien qu'elles n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle particulière ni valeur incapacitante dans l'activité professionnelle habituelle de la recourante (*op. cit.*, ch. 8.1).

S'agissant plus particulièrement du retentissement de l'obésité de grade II (E66.9) sur sa capacité de travail, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle reproche en substance à la Dre E._____ des constatations médicales insuffisantes à permettre à l'intimé de conclure à l'absence de caractère invalidant de cette atteinte à la santé. La Dre E._____ s'est ainsi déterminée sur son faible degré de gravité fonctionnelle (*op. cit.*, ch. 8.1), l'absence de répercussions fonctionnelles de cette atteinte (*op. cit.*, ch. 8.1), étant notamment souligné qu'elle n'était pas associée avec d'autres pathologies coutumières du syndrome métabolique (*op. cit.*, ch. 6.1), l'attitude de la recourante face aux moyens thérapeutiques existants (*op. cit.*, ch. 7.1), ses bonnes ressources personnelles et relationnelles (*op. cit.*, ch. 7.2), sa satisfaction par rapport à son métier d'enseignante et son épanouissement dans cette activité (*loc. cit.*), le soutien apporté par son entourage familial, professionnel et social (*loc. cit.*), la bonne coopération à l'expertise de la recourante (*op. cit.*, ch. 6.2), l'absence de socle organique clair qui permette de soutenir ses multiples plaintes (*loc. cit.*) ainsi que l'absence d'entreprise par la recourante d'autres mesures thérapeutiques que celles consistant à marcher une vingtaine de minutes par jour, étant précisé que si l'effet anxiolytique du « grignotage » semblait représenter un frein à la mise en place de mesures hygiéno-diététiques, la recourante avait par ailleurs indiqué avoir renoncé au traitement proposé par Sifrol (médicament agoniste dopaminergique) pour ses impatiences musculaires et ne suivre aucun traitement, même symptomatique, pour ses troubles digestifs (*op. cit.*, ch. 7.1).

Les conclusions de la Dre E._____ sont dûment motivées.

bb) Sur le plan rhumatologique, le Dr C._____ a posé le diagnostic d'hypermobilité articulaire généralisée réelle pouvant entraîner des douleurs articulaires fréquentes, sans retenir de SEDh. Il a constaté chez la recourante une hypermobilité généralisée prédominant sur le rachis cervical et lombaire, les épaules, le pouce gauche, les doigts longs, la métacarpo-phalangienne gauche et les deux genoux. *Stricto sensu* le score de Beighton était de 4 / 9, mais compte tenu de l'atteinte objective

des épaules et de tous les doigts longs ainsi que de la nette souplesse du rachis chez une patiente présentant une obésité sévère, le diagnostic précité méritait d'être retenu. En revanche, il n'existait aucun autre signe associé, cutané en particulier, ni arachnodactylie, ni hernie abdominale, ni prolapsus, ni ratio envergure sur taille supérieur à 1,05. Il n'y avait pas non plus d'histoire familiale formelle avec l'un des parents du 1^{er} degré qui validerait les critères actuels du SEDh. En fait, seules des douleurs musculo-squelettiques diffuses, classiques chez les patients ayant une simple hypermobilité articulaire généralisée, étaient notées. Tous les autres signes fonctionnels allégués tels que la fatigue, d'éventuels troubles cognitifs ainsi que des troubles digestifs n'entraient pas dans le cadre des critères actuels du SEDh, qui ne pouvait donc être retenu (rapport d'expertise du 24 février 2022, ch. 6.1). Les limitations fonctionnelles étaient en outre les suivantes : éviter le port de charges excédant 10 kg avec les deux membres supérieurs ou 5 kg avec un seul des membres supérieurs, les travaux en élévation au-delà de 900 d'élévation antérieure ou latérale de ceux-ci ou les marches prolongées sur terrains irréguliers nécessitant des montées ou descentes répétées ou prolongées d'escaliers ou de barreaux d'échelles (*op. cit.*, ch. 8.1). Elles n'entraînaient cependant aucune incapacité de travail dans l'activité professionnelle habituelle de la recourante (*loc. cit.*). Le Dr C._____ a par ailleurs noté qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle sur le plan de l'appareil locomoteur à la réalisation de l'intégralité des activités de la vie courante (rapport d'expertise du 24 février 2022, ch. 6.2).

Quant à l'hypothèse d'une fibromyalgie dont la recourante soutient que le Dr C._____ n'aurait pas tenu dûment compte, force est de constater qu'elle n'est étayée par aucun rapport médical au dossier. Aussi aucun des rhumatologues ayant examiné la recourante n'a-t-il énoncé ni *a fortiori* investigué pareille hypothèse diagnostique (comp. rapports des 21 mars, 18 septembre 2019, 5 mars, 5 mai, 8 décembre 2020 de la Dre G._____ ; rapports des 18 mars et 1^{er} octobre 2022 du Dr N._____). En particulier, aucun d'entre eux n'a procédé à l'analyse des points sensibles douloureux (« *tender points* ») (cf. ATF 132 V 65 consid. 3.2 et la référence médicale citée), si bien qu'il est douteux qu'une

telle analyse eusse été indispensable, voire même utile. On ne saurait dès lors suivre la recourante lorsqu'elle qualifie d'insuffisant l'examen clinique expertal du Dr C. _____ au motif que celui-ci n'aurait pas procédé à cette analyse. La Cour de céans constate au reste que le Dr C. _____ a recueilli les plaintes de la recourante relatives à des douleurs articulaires diffuses, à des céphalées et des lombalgies irradiant dans les membres inférieurs (cf. rapport d'expertise du 24 février 2022, ch. 3) et en a tenu compte à satisfaction de droit dans le cadre de son évaluation médicale (cf. *op. cit.*, ch. 6.1).

Les conclusions du Dr C. _____ sont dûment motivées.

cc) Sur le plan psychiatrique, la Dre P. _____ a retenu les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de somatisation (F45.0), respectivement écarté ceux d'agoraphobie (F40.0), de trouble dépressif récurrent (F33) et d'épisodes dépressifs (F32), ainsi que tout trouble spécifique de la personnalité (F60). Elle a expliqué quels diagnostics étaient retenus et pour quelles raisons. En particulier, elle a exposé n'avoir retrouvé ni altération significative de la thymie ou anhédonie qui eussent laissé supposer un trouble ou épisode dépressifs, ni argument indicatif d'une déviation significative de la perception interne d'elle-même ou de son comportement qui eût parlé en faveur d'un trouble de personnalité (rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2022 de la Dre P. _____, ch. 6). Elle a par ailleurs constaté que la recourante présentait une « fragilité psychique chronique liée à un trouble anxieux généralisée de longue date, qui semble être à nouveau plus stable depuis la mise en place récente d'un suivi psychologique régulier, en dehors du traitement par paroxétine qu'elle prend depuis 22 ans » (*op. cit.*, ch. 7.2). Elle s'est prononcée en faveur du maintien de ce suivi, de sa supervision médicale et du remplacement de la paroxétine par un autre antidépresseur visant les symptômes anxieux (*loc. cit.*), étant souligné la bonne adhésion thérapeutique de la recourante par rapport aux traitements psychothérapeutiques, psychiatriques et pharmacologiques (*op. cit.*, ch. 7.3). Elle a constaté l'authenticité de la recourante s'agissant de ses plaintes somatiques, mais elle a noté une incohérence entre son

affirmation d'être « déprimée » et l'absence de constatations d'affects congruents constatés durant l'évaluation, hormis une légère labilité affective. Elle a également constaté, après une heure et demie d'évaluation, l'apparition d'une fatigue associée à une capacité de concentration légèrement plus faible au-delà de cette période, puis, après deux heures et demie d'évaluation, des signes de fatigue plus marqués, ce qui coïncidait avec les observations de la recourante par rapport à son fonctionnement quotidien (*loc. cit.*). Après avoir évalué les limitations d'activité et de participation liées aux troubles psychiques de la recourante au moyen de la mini CIF-APP, elle a en outre constaté que ses ressources étaient globalement préservées, seules les capacités de flexibilité, d'adaptabilité, d'endurance et de résistance étant légèrement limitées (*op. cit.*, ch. 7.4). Au vu d'une fragilité psychique entraînée par un trouble anxieux polymorphe chronique, elle concluait à une capacité de travail dans son activité habituelle et toute autre activité professionnelle de 80 % (*op. cit.*, ch. 8.1).

La Cour de céans constate que les diagnostics retenus par la Dre P. _____ s'appuient, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu, soit la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (ci-après : CIM-10), à la lumière des éléments cliniques constatés lors de l'examen, de leur degré de gravité, de l'anamnèse et des plaintes de la recourante (*op. cit.*, ch. 6), et qu'ils sont motivés de telle manière qu'on comprend non seulement quels éléments diagnostiques sont réalisés en l'espèce, mais encore quelles sont les limitations de la recourante dans les fonctions de la vie quotidienne (*op. cit.*, spéc. ch. 7.1 et 7.4), la Dre P. _____ soulignant au demeurant l'authenticité de la recourante, l'absence de comportements d'amplification de ses plaintes somatiques et le défaut d'affects congruents avec l'affirmation de la recourante d'être « déprimée » (*op. cit.*, ch. 7.3). Les explications de la Dre P. _____ permettent en outre de saisir les motifs pour lesquels celle-ci déduit des limitations précitées une réduction de 20 % de la capacité de travail de la recourante (*op. cit.*, ch. 8.1).

S'agissant plus particulièrement du retentissement de la somatisation (F45.0) sur sa capacité de travail, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle reproche en substance à la Dre P._____ des constatations médicales insuffisantes à permettre à l'intimé de conclure, à l'aune des indicateurs pertinents, à l'absence de caractère invalidant de cette atteinte à la santé. La Dre P._____ s'est ainsi déterminée sur les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé (*op. cit.*, ch. 7.4), la mobilité et la capacité de déplacement étant notamment conservées, l'attitude de la recourante face au traitement proposé sur le plan somatique (*op. cit.*, ch. 7.3), la bonne capacité de gestion des symptômes anxieux (*op. cit.*, ch. 7.2 et 7.3), les bonnes ressources intellectuelles et relationnelles de la recourante (*op. cit.*, ch. 7.1 et 8.1), sa satisfaction par rapport à son métier d'enseignante et son épanouissement dans cette activité intellectuelle et dans le contact avec ses élèves (*op. cit.*, ch. 7.1), le soutien considérable apporté par son entourage familial (*op. cit.*, ch. 7.1), la cohérence et la plausibilité de la recourante (*op. cit.*, ch. 7.3) ainsi que l'adhésion thérapeutique relative de la recourante sur les plans psychiatrique et somatique, celle-ci ayant notamment indiqué avoir renoncé au traitement proposé par Sifrol (médicament agoniste dopaminergique) pour le syndrome des jambes sans repos ainsi qu'à un traitement antalgique régulier, les douleurs articulaires restant à ses dires supportables et d'une intensité de 4/10 à 5/10 (*op. cit.*, ch. 7.3).

Les conclusions de l'experte P._____ sont dûment motivées, en plus de résulter d'un examen conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 4e *supra*).

e) Il découle de l'ensemble des constats qui précèdent que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral lorsqu'il a considéré que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 24 février 2022 de la [...] pouvait se voir attribuer une pleine valeur probante.

f) Il reste à savoir si la recourante établit l'existence d'éléments objectivement vérifiables suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions dudit rapport, étant

rappelé qu'elle persiste à soutenir qu'elle souffre de SEDh, d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère, ainsi que d'anxiété généralisée, sans qu'elle ne se prononce sur sa capacité de travail dans son activité habituelle, sauf à contester implicitement qu'elle est supérieure à 60 %.

g) A teneur de son rapport du 18 mars 2022, le Dr N._____ a retenu les diagnostics de SEDh et de tendinopathie du moyen fessier des deux côtés ainsi que différents status post opératoires remontant à l'enfance. A l'instar de la Dre G._____, il a noté des manifestations cutanées, à savoir une peau douce, deux cicatrices partiellement atrophiques, des vergetures aux cuisses et au bas du dos ainsi que des papules piézogéniques aux talons. Il a en outre énoncé « de nombreux symptômes anamnestiquement présents également chez sa mère et sa sœur », précisant néanmoins que « ce[la] rest[ait] à confirmer » (rapport du 18 mars 2022 du Dr N._____, p. 4). Il ne s'est au reste prononcé ni sur les limitations fonctionnelles de la recourante ni sur sa capacité de travail. Hormis la constatation d'un chevauchement dentaire, il n'a donc guère mis en évidence d'élément objectivement vérifiable qui n'ait pas été connu des experts (comp. rapport d'expertise du 24 février 2022, ch. 2 et 6).

h) Dans son rapport du 1^{er} octobre 2022, le Dr N._____ a notamment précisé ses précédentes constatations en ce sens qu'il a retenu qu'un membre de la famille proche de la recourante, à savoir sa sœur, était atteinte du SEDh, exposant l'avoir examinée, sans néanmoins indiquer la date de cet examen. Il a donc confirmé son diagnostic du SEDh. Il considérait que l'examen du Dr C._____ avait méconnu les critères diagnostiques de la classification de New York 2017, si bien que ce dernier n'avait pas valablement écarté le diagnostic du SEDh lorsqu'il avait conclu à une hypermobilité articulaire généralisée. Il a en outre décrit les limitations fonctionnelles suivantes : périmètre de marche limitée à quelques minutes, conduite automobile limitée à 15 minutes, difficultés à lire, à s'investir dans des loisirs et dans la vie sociale. Il s'est également prononcé sur la capacité de travail de la recourante qu'il a arrêtée à

maximum 30 %, ajoutant qu'il n'envisageait pas que cette capacité puisse dépasser les 50 % à moyen terme.

S'agissant des conclusions diagnostiques du Dr C._____, la Cour de céans constate que l'expert n'a retenu comme rempli que le premier des trois critères diagnostiques susmentionnés, lequel correspond, selon le Dr S._____, du SMR, au syndrome d'hypermobilité généralisée. A l'instar de la Dre G._____ (comp. rapport du 21 mars 2019 de la Dre G._____), il n'a pas déduit de ses constatations cliniques la réalisation du deuxième critère afférents aux signes associés. Concernant les divergences d'appréciation clinique des Drs C._____ et N._____, on constate, à la suite du Dr S._____ du SMR, que la Dre G._____ n'a pas non plus retrouvé de palais ogival et/ou étroit (comp. *ibidem*), ni constaté d'hyperextension des coudes au demeurant (comp. *ibidem*), étant encore relevé que les manifestations cutanées telles que la peau fine et veloutée, la présence de papules piézogéniques des deux côtés et celle de cicatrices atrophiques, constatés par les Drs G._____ et N._____, ne suffisent pas à retenir comme réalisé le deuxième critère précité. La présence de vergetures aux cuisses et au bas du tronc a au demeurant été relevée par la Dre E._____ (cf. rapport d'expertise de médecine interne du 10 février 2022, ch. 4 « status cutané »), si bien que leur constatation clinique n'a en outre pas échappé aux experts, étant par ailleurs relevé que le Dr N._____ est resté vague quant au moment de leur apparition (cf. rapport du 1^{er} octobre 2022 du Dr N._____ : « avant toute prise pondérale »). Quant aux signes fonctionnels tels que les douleurs, la fatigue, les troubles du sommeil et les troubles cognitifs, le Dr C._____ en a tenu compte dans son évaluation médicale et les experts les ont considérés dans le cadre de l'évaluation consensuelle, étant au surplus précisé que le Dr C._____ a exposé que ces signes n'entraient pas dans le cadre des critères actuels du SEDh, ce que le Dr N._____ n'a pas contesté (comp. rapport du 1^{er} octobre 2022 du Dr N._____).

On ne saurait dès lors suivre la recourante lorsqu'elle soutient que le Dr C._____ aurait recouru péremptoirement à des affirmations

d'ordre général pour nier le diagnostic du SEDh ; il résulte de ce qui précède que son évaluation médicale a dûment tenu compte des critères diagnostiques de la classification de New York 2017. En définitive, le Dr N. _____ n'a pas signalé d'éléments nouveaux ou qui n'auraient pas été pris en compte dans l'analyse des experts.

h) Quant au rapport du 4 avril 2023, le Dr D. _____ y indique que la recourante présentait alors une péjoration marquée avec une recrudescence de la symptomatologie dépressive depuis septembre 2022 environ, exposant en particulier que celle-ci présentait alors une thymie triste, ainsi qu'un épuisement physique et psychique très important à la suite de ses journées professionnelles. A l'aune de la symptomatologie précitée, il retenait, en sus du diagnostic de trouble d'anxiété généralisée (code CIM-11 : 6B00) auquel avaient conclu les experts, celui de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Ses limitations étaient très importantes, surtout s'agissant de l'endurance, la capacité d'adaptation et l'autonomie. Il considérait dès lors que la recourante ne pouvait alors assurer son activité professionnelle qu'à 30 % et qu'il considérait qu'il ne pouvait plus être exigé d'elle qu'elle travaille à 80 %.

Quoique la recourante ait informé l'intimé, par courriel du 27 février 2023, qu'elle était désormais suivie par le Dr D. _____, on ignore tout de ce suivi, et en particulier la date à partir de laquelle il aurait commencé et la fréquence des éventuelles consultations. Tout au plus peut-on ainsi retenir que le Dr D. _____ n'avait été que récemment consulté par la recourante au moment de la reddition de son rapport du 4 avril 2023.

Plus particulièrement, le Dr D. _____ ne dit pas, aux termes de son rapport précité, s'il fonde ses conclusions sur des constatations qu'il aurait lui-même opérées à l'issue d'une consultation ou sur un examen du dossier médical de la recourante. Il évoque certes une anamnèse et un examen clinique, mais ne les date pas ni n'en précise l'auteur. On ne saurait dès lors retenir à l'aune de ce rapport que le

Dr D._____ aurait objectivé quelque nouvel élément médical que ce soit. Pareille considération se justifie d'autant plus que la Dre P._____ a notamment souligné aux termes de son rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2022 une incohérence entre l'affirmation par la recourante d'être « déprimée » et l'absence d'affects congruents lors de son examen clinique (cf. rapport précité, ch. 7.3 ; comp. également rapport d'expertise du 24 février 2022, ch. 3).

A cela s'ajoute qu'hormis l'allégation d'une péjoration de l'état de santé de la recourante avec une recrudescence de la symptomatologie dépressive depuis septembre 2022, le Dr D._____ n'en précise pas le constat, si ce n'est en se référant à « une augmentation de la médication antidépressive », dont il expose néanmoins qu'elle est en adaptation, étant relevé que la recourante bénéficierait désormais de la prescription de duloxétine (rapport du 4 avril 2023 du Dr D._____, p. 8).

Au demeurant, le Dr D._____ ne décrit pas les limitations fonctionnelles de la recourante, pas plus qu'il ne motive ses conclusions quant à la capacité de travail de celle-ci.

Au vu de ce qui précède, le rapport du Dr D._____ n'apporte pas d'élément nouveau ou qui aurait été méconnu, ni ne permet d'établir une aggravation durable de l'état de santé de la recourante, dont il eût fallu tenir compte dans le cadre de l'examen de la demande du 5 novembre 2019 de la recourante.

i) En définitive, aucun élément médical probant et concret ne permet de remettre en cause la pleine valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 24 février 2022 des Drs E._____, C._____ et P._____.

j) La recourante soutient encore que ses absences régulières de son poste de travail n'auraient pas été dûment prises en compte par les experts dans le cadre de la détermination de l'étendue de sa capacité de travail. Elle se prévaut plus particulièrement de ses absences

professionnelles dès le 1^{er} avril 2020 et souligne que son temps de travail est davantage réduit qu'au moment du dépôt de sa demande en raison d'aggravations en octobre 2020 et octobre 2021.

Selon la jurisprudence, les absences régulières du poste de travail pour cause de maladie doivent en principe être prises en compte lors de la détermination de l'étendue de la capacité de travail exigible dans le temps (TF 8C_631/2017 du 23 janvier 2018 consid. 4.4.1 ; 9C_462/2007 du 25 janvier 2008 consid. 3.2.2), alors que des absences non prévisibles et difficilement calculables du poste de travail, telles que celles causées par des poussées de maladie, peuvent seulement justifier une déduction du revenu déterminé selon les barèmes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) (TF 9C_414/2017 du 21 septembre 2017 consid. 4.3 ; 9C_728/2009 du 21 septembre 2010 consid. 4.3.1).

En l'occurrence, les experts ont retenu qu'il ne pouvait être raisonnablement exigé de la recourante qu'elle travaille à plus de 80 % dans son activité habituelle d'enseignante en raison d'une fragilité psychique entraînée par un trouble anxieux polymorphe chronique. Certes, la recourante rend vraisemblable qu'elle souffre de surcroît de douleurs articulaires, de troubles abdominaux ainsi que de diarrhées ; leurs manifestations surviennent cependant de manière irrégulière et imprévisible, si bien qu'il ne doit pas en être tenu compte au moment de déterminer l'étendue de sa capacité de travail exigible. Au demeurant, on relève que c'est d'ailleurs pour des raisons psychologiques et non somatiques que la Dre Z._____ a constaté une incapacité de travail partielle de la recourante durant l'année scolaire 2021 / 2022 (cf. rapport non daté de Q._____ ; rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2022 de la Dre P._____, ch. 5). Les conclusions des experts relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible de la recourante procèdent d'une évaluation conforme à la jurisprudence.

k) En conséquence, l'appréciation des preuves à laquelle s'est livré l'intimé et l'état de fait qu'il a retenu à sa suite échappent à toute critique.

En d'autres termes, il ne peut lui être reproché d'avoir statué sur le droit aux prestations de la recourante en se fondant sur les faits tels qu'ils ressortent des constatations du rapport d'expertise précité, et ce qu'ils aient trait au diagnostic, aux limitations fonctionnelles, à l'étendue de la capacité de travail d'un point de vue médical ou à l'exigibilité.

9. a) La recourante reproche deuxièmement à l'intimé d'avoir violé le droit fédéral lorsqu'il a considéré que les constatations médicales des experts de la [...], singulièrement celles de la Dre E._____ quant à l'obésité de grade II (E66.9) et de la Dre P._____ s'agissant de la somatisation (F45.0), lui permettaient de conclure à l'absence de caractère invalidant de ces atteintes.

b) Comme exposé ci-dessus (cf. *supra* consid. 8d/aa), la Dre E._____ a posé des constatations médicales satisfaisantes pour juger du caractère invalidant ou non de l'obésité de grade II.

Il convient en effet de se demander dans quelle mesure cette atteinte somatique restreint la capacité de travail de la recourante (cf. TF 8C_104/2024 du 22 octobre 2024 consid. 5.9 *in fine* et 5.11).

En l'espèce, la Dre E._____ a décrit le degré de gravité fonctionnelle de l'obésité de grade II (E66.9) comme léger, étant en particulier souligné que la prise conséquente de poids au cours des dix dernières années n'est associée à aucune autre pathologie coutumière du syndrome métabolique et que l'examen internistique est rassurant (rapport d'expertise de médecine interne du 10 février 2022 de la Dre E._____, ch. 6.1). Les experts de la [...] n'ont ainsi retenu aucune limitation fonctionnelle dont cette atteinte serait la cause ni *a fortiori* aucune valeur incapacitante dans l'activité habituelle de la recourante

(cf. rapport d'expertise du 24 février 2022, ch. 8.1), pas plus d'ailleurs que ne l'auraient fait les médecins traitants de la recourante.

Contrairement au surplus à ce que soutient la recourante, il ne ressort pas des constatations médicales des experts de la [...] que l'obésité de grade II (E66.9) serait la conséquence d'un trouble de la santé, ni même que les épisodes d'anxiété rencontrés par la recourante seraient caractérisés notamment par un quelconque comportement alimentaire problématique (comp. rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2022, ch. 6).

A l'instar de l'intimé, il convient ainsi de retenir que l'examen des circonstances pertinentes (comp. supra consid. 8d/aa) laisse apparaître que l'obésité de grade II (E66.9) ne présente aucun caractère invalidant.

c) Comme souligné ci-dessus (cf. *supra* consid. 8d/cc), la Dre P. _____ a quant à elle décrit les circonstances qui, appréciées dans leur globalité, permettent d'évaluer si la recourante dispose des ressources nécessaires pour fournir l'effort qui peut être raisonnablement exigé d'elle pour surmonter l'effet de cette atteinte somatoforme.

S'il est exact que la somatisation (F45.0) présente un degré de gravité inhérent au diagnostic élevé (cf. Nicolas Reding, Les atteintes non objectivables - Notion, reconnaissance et indemnisation en droit des assurances sociales, Berne 2024, n° 29), la recourante a notamment indiqué que ses douleurs articulaires restaient supportables (rapport d'expertise du 24 février 2022, ch. 3), si bien qu'elle avait renoncé à la prise d'une médication antalgique régulière (rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2022 de la Dre P. _____, ch. 7.3), la demande de soins de la recourante afférente à la somatisation consistant uniquement en la poursuite de son suivi psychothérapeutique (*op. cit.*, ch. 7.2), ce dont il convient également de tenir compte dans le cadre de l'évaluation de la gravité fonctionnelle de cette atteinte.

En outre, il ne résulte pas des circonstances décrites par la Dre P. _____ (cf. *supra* consid. 8d/cc) que la recourante serait incapable de retirer de son contexte social les ressources suffisantes à surmonter ses difficultés, comme le soutient la recourante. Au contraire, ses ressources tant intellectuelles et psychiques que relationnelles sont décrites comme bonnes (cf. rapport d'expertise du 24 février 2022, ch. 7.2 ; rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2022 de la Dre P. _____, ch. 7.1). On ne saurait en outre déduire des constatations de la Dre P. _____ au sujet d'éléments qui pourraient faire évoquer chez la recourante des traits de la personnalité dépendante (*op. cit.*, ch. 6) un constat négatif quant aux ressources à disposition de la recourante dans son environnement familial. Ainsi, la Dre P. _____ a souligné qu'elle écartait pareils traits de personnalité au motif que le recours de la recourante à son entourage proche et leur appui ne lui procuraient aucune souffrance, d'une part, et qu'elle était au reste capable notamment de prendre des décisions allant à l'encontre de l'avis de ses parents ou de son mari, le cas échéant, d'autre part (*op. cit.*, ch. 6). Ces traits ne sont au demeurant pas non plus retenus par le Dr D. _____ (comp. rapport du 4 avril 2023 du Dr D. _____) ni par aucun autre médecin. On note de surcroît que le contact avec ses élèves et l'épanouissement professionnel de la recourante (rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2022 de la Dre P. _____, ch. 6 et 7.1) agissent également très positivement. A l'instar de l'intimé et du Dr S. _____ du SMR, il convient ainsi de retenir que la recourante dispose de bonnes ressources internes et externes, tant sur le plan familial que professionnel.

Pour le surplus, la recourante ne démontre pas en quoi la comorbidité psychiatrique que constitue l'anxiété généralisée diminuerait ses ressources dans une mesure plus importante que celle prise en compte dans le cadre de l'évaluation du caractère invalidant de cette anxiété. En particulier, le rapport du 4 avril 2023 du Dr D. _____ auquel se réfère la recourante ne comprend aucune conclusion sur le rapport entre la somatisation et l'anxiété généralisée, le Dr D. _____ s'étant limité à citer le diagnostic de douleur chronique où interviennent des

facteurs somatiques et psychiques (F45.41) sans autre conclusion à son propos.

A l'instar de l'intimé, il convient ainsi de retenir que l'examen des différents indicateurs (comp. *supra* consid. 8d/cc) laisse apparaître que la somatisation (F45.0) ne présente pas un caractère invalidant qui empêcherait la recourante d'exercer une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que son activité professionnelle habituelle d'enseignante.

d) Les conclusions de l'intimé relatives au caractère invalidant des atteintes somatiques et psychiatriques retenues procèdent d'une correcte application du droit.

10. La recourante ne soulève pas d'autres moyens concernant le calcul du taux d'invalidité que ceux relatifs à la détermination de l'étendue de sa capacité de travail, qui ont été écartés ci-avant (cf. *supra* consid. 8 et 9). En particulier, elle ne conteste ni l'appréciation de l'intimé quant à l'exigibilité de la poursuite de son activité professionnelle d'enseignante, ni la détermination de son statut de personne active à 100 %, lesquelles peuvent être confirmées. Il convient ainsi de retenir que le taux d'invalidité de la recourante est inférieur à 40 %.

11. Vu la quotité du taux d'invalidité précité, la décision du 15 mars 2023 de l'intimé lui refusant l'octroi d'une rente d'invalidité ne prête pas le flanc à la critique.

12. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la

procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1^{bis} deuxième phrase LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, il convient de fixer les frais judiciaires à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 et 91 LPA-VD, applicables par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante (art. 61 let. g *a contrario* LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 15 mars 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de L._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié par l'envoi de photocopies à :

- Me Caroline Schlunke, Procap Suisse, pour L._____ ;
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud ;
- Office fédéral des assurances sociales.

. 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 :