

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 991 vom 9. Januar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-01-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2022\\_\\_991](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__991)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 991 du 9 janvier 2023

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 991 del 9 gennaio 2023

### Regeste

REJET DE LA DEMANDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉTAT DE SANTÉ, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 09.01.2023 Arrêt / 2022 / 991

REJET DE LA DEMANDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉTAT DE SANTÉ, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 446/21 - 8/2023 ZD21.052548 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 9 janvier

2023 \_\_\_\_\_ Composition : M. Piguet , président Mmes Di Ferro

Demierre et Berberat, juges Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre :

V. \_\_\_\_\_ , à Z. \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Alain Vuithier, avocat à Pully, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 88 a al.

1 RAI En fait : A. V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, travaillait depuis 2012 en tant qu'auxiliaire-éducatrice à 50 % pour le compte de la Fondation B. \_\_\_\_\_. Souffrant d'une cardiopathie groupe 3 avec pose d'un pacemaker en septembre 2016 et d'une maladie auto-immune inflammatoire non encore déterminée, V. \_\_\_\_\_ a par l'intermédiaire de son assureur perte de gain en cas de maladie (P. \_\_\_\_\_ SA) déposé, le 25 avril 2017, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Après avoir constaté que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables au vu de l'état de santé de l'assurée (communication du 19 février 2018), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants. Dans un rapport du 12 mars 2018, le Prof. Q. \_\_\_\_\_, professeur associé au Service de cardiologie de l'Hôpital K. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de myocardite lymphocytaire connue depuis le 28 août 2016 ; de bloc atrioventriculaire du deuxième et troisième degré sur myocardite lymphocytaire ; de status après implantation d'un pacemaker double chambre le 1 er septembre 2016 ; de vasculite rétinienne périphérique évoluant à bas bruit, stabilisée sous corticothérapie et méthotrexate sous-cutané depuis octobre 2016. Sans répercussion

sur la capacité de travail, il a retenu un état dépressif réactionnel. Sans se prononcer précisément sur la capacité de travail, le Prof. Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée n'avait pas de restriction médicale quant à une activité physique régulière et qu'elle était en mesure de reprendre une activité professionnelle à condition que l'immunosuppression soit correctement contrôlée et qu'elle ne soit plus exposée aux maladies infantiles. Dans un rapport du 25 avril 2018, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, a posé le diagnostic incapacitant de cardio-myopathie inflammatoire. La capacité de travail devait être réévaluée en fonction de l'évolution de la maladie. Le 15 novembre 2018, la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de myocardite inflammatoire (confirmée par biopsie cardiaque) avec syncope sur bloc atrio-ventriculaire, de vasculite rétinienne d'étiologie indéterminée et d'état dépressif, ainsi que ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de thyroïdite auto-immune et de status post opération d'un fibrome utérin. Après avoir indiqué que sa patiente avait repris le travail à 30 % le 23 octobre 2017 puis à 50 % le 3 septembre 2018 à la suite de l'arrêt du versement des indemnités journalières, la Dre J.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles, la seule difficulté étant celle de l'endurance. A son avis, la capacité de travail n'excédait pas 35 %. Ensuite de l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 17 décembre 2018, l'office AI a demandé des renseignements complémentaires aux médecins consultés. Dans un rapport du 28 décembre 2018, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a indiqué que l'assurée était en bon état général et que, compte tenu d'un état stable, sans épisodes de palpitations, elle pouvait travailler à plein temps, sans limitation fonctionnelle. Dans un rapport du 7 janvier 2019, la Dre W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) et de personnalité dépendante actuellement labile. Du point de vue psychiatrique, elle a estimé que sa patiente était apte à travailler et qu'il incombait à ses confrères somaticiens de se prononcer sur une éventuelle incapacité de travail. En réponse aux questions de l'office AI, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique, a indiqué que l'état de santé de l'assurée était en nette amélioration et qu'il pouvait être considéré comme stabilisé. D'après lui, l'activité d'assistante éducative de la petite enfance exercée à 50 % constituait un taux « tout à fait adapté à [l]a situation médicale » de l'intéressée (rapport du 8 février 2019). Au terme de son analyse des renseignements médicaux recueillis, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a relevé, sur le plan somatique, qu'il ne retrouvait pas de séquelles cardiaques ni de nouvelles manifestations de la maladie auto-immune pour laquelle il n'y avait plus de traitement de fond. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'atteinte durable documentée. En fin de compte, l'assurée ne faisait qu'opposer une fatigue chronique à une augmentation de sa capacité de travail au-delà de 50 %. Or il n'y avait aucun indice que cette fatigue se manifeste de façon homogène dans tous les domaines comparables de la vie. Aussi a-t-il demandé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (médecine interne et psychiatrie) afin de déterminer l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle (avis du 7 octobre 2019). Pour ce faire, l'office AI a confié au Bureau M.\_\_\_\_\_ à H.\_\_\_\_\_ la réalisation d'une expertise bidisciplinaire comportant un volet de médecine interne (Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale) et un volet psychiatrique (Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 29 janvier 2020, elles ont exclu tout diagnostic incapacitant, retenant, sur le plan somatique, un état après une myocardite à lymphocytes s'étant manifestée par un bloc atrio-ventriculaire

complet ayant provoqué une syncope, un status après mise en place d'un pacemaker définitif le 28 août 2016 ainsi qu'un status après une vasculite rétinienne et, sur le plan psychique, une personnalité anxieuse (évitante), affections n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail. En l'absence de limitations fonctionnelles, elles ont estimé que la capacité de travail était de 100 % en toute activité depuis le jour de l'expertise, tout en constatant que l'assurée avait repris son travail à 50 % de son taux contractuel du 23 octobre 2017 au 2 septembre 2018 et à son taux contractuel de 50 % à compter du 3 septembre 2018. S'interrogeant sur les éléments ayant conduit les expertes à retenir une incapacité de travail de 50 % entre septembre 2018 et la date de l'expertise au mois de janvier 2020, l'office AI a adressé au Bureau M. \_\_\_\_\_ une demande de renseignements complémentaires (correspondance du 18 février 2020). Le 5 mars 2020, la Dre D. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'en présence d'une maladie auto-immune, il était admissible que la capacité de travail ne puisse pas être entièrement recouvrée au moment de la reprise d'activité. Cela étant, elle n'avait aucune raison de s'éloigner de la capacité de travail de 50 % attestée par le Dr F. \_\_\_\_\_ au mois de février 2019. Au jour de l'expertise, elle avait constaté que l'assurée pourrait reprendre une activité à 100 %. La période de février 2019 à février 2020 durant laquelle une incapacité de travail de 50 % était encore retenue devait permettre à l'assurée de récupérer de son atteinte à la santé et des conséquences des différents traitements et interventions, au point de lui permettre de retrouver, dès le jour de l'expertise, une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. La Dre D. \_\_\_\_\_ a ajouté que la capacité de travail pouvait avoir évolué de manière très progressive, à partir du second semestre 2019, pour arriver à une pleine capacité de travail en janvier 2020, sans que sa consoeur et elle-même aient pu clairement se prononcer sur ce point, en l'absence d'indications précises quant à la fatigabilité de l'assurée à ce moment-là. Sollicité pour détermination, le Dr T. \_\_\_\_\_ a déclaré faire sienne l'appréciation expertale (avis du 6 avril 2020). Par projet de décision du 29 juin 2020, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2017 au 31 janvier 2018 puis une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2018 au 30 avril 2020. Agissant par l'intermédiaire de Me Alain Vuithier, avocat, l'assurée a présenté, le 18 février 2021, des objections à ce projet, en faisant valoir que son état de santé excluait toute capacité de travail résiduelle et qu'une rente entière d'invalidité devait donc lui être accordée. A l'appui de ses allégations, elle a produit divers documents médicaux. Dans ses rapports des 14 octobre et 9 novembre 2020, la Dre J. \_\_\_\_\_ soulignait la complexité de la situation médicale de sa patiente dès lors que, outre ses problèmes cardiaques, elle souffrait d'une maladie neurologique et/ou auto-immune à laquelle s'ajoutaient des troubles relevant d'un état anxio-dépressif. L'assurée s'est aussi référée à un rapport du 4 septembre 2020 Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, selon lequel elle était atteinte, outre un trouble de la statique cervicale, d'une polyradiculonévrite d'origine dysimmunitaire, en cours d'investigation. Les examens complémentaires réalisés ont mis en évidence une mononeuropathie multiple avec neuropathie ulnaire droite et neuropathie trigéminal droite (rapport du 7 janvier 2021 du Prof. C. \_\_\_\_\_ et du Dr S. \_\_\_\_\_, respectivement médecin-chef et médecin-assistant au Service de neurologie de l'Hôpital K. \_\_\_\_\_). L'assurée a encore indiqué qu'elle faisait l'objet d'un suivi psychiatrique auprès du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le 18 février 2021, P. \_\_\_\_\_ SA a transmis à l'office AI diverses pièces dont une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité datée du 21 janvier 2021 faisant état d'une incapacité totale de travail depuis le 11 août 2020. Parmi les pièces communiquées figurait également un rapport du 12

août 2020 du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dans lequel était posé le diagnostic de troubles sensitifs sous forme d'hypoesthésies fascio-brachiales droites d'origine indéterminée en cours d'investigations sans évidence de lésions ischémiques ou inflammatoires sur l'IRM cérébrale du 11 août 2020. Par courrier du 27 mai 2021, P. \_\_\_\_\_ SA a fait parvenir à l'office AI un rapport établi le 10 mai 2021 par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, dans lequel était posé le diagnostic de myocardite lymphocytaire avec bloc atrioventriculaire des deuxième et troisième degrés traité par pacemaker depuis 2016 sans récurrence symptomatique chez une patiente présentant une probable neuro-sarcoïdose avec mononeuropathie multiple aux niveaux ulnaire et trigéminal droits. Selon ce médecin, cette affection ne déterminait aucune atteinte fonctionnelle. Le 9 août 2021, l'assurée a communiqué à l'office AI un rapport rédigé le 14 juillet 2021 par le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il y retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen), de trouble anxieux sans précision, de traits de personnalité borderline et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis (utilisation actuelle) ; au vu du tableau clinique psychiatrique de sa patiente, ce médecin estimait que sa capacité de travail était nulle depuis le début du suivi, à savoir depuis le 20 novembre 2020. L'assurée inférait de ces éléments une invalidité complète, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité. Le 28 septembre 2021, P. \_\_\_\_\_ SA a transmis à l'office AI le rapport d'expertise psychiatrique établi à sa demande le 9 septembre précédent par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin retenait les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de trouble dépressif récurrent (actuellement léger à moyen) et de personnalité borderline. Selon l'expert, l'assurée était en mesure de reprendre son activité habituelle à 50 % de son 50 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2021, puis à 50 %, soit son taux habituel, dans un délai d'un à deux mois au maximum. Par décision du 12 novembre 2021, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente d'invalidité, conformément à son projet de décision du 29 juin 2020. B. a) Par acte du 13 décembre 2021, V. \_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Vuithier, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 12 novembre 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2017, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction sous forme d'une expertise pluridisciplinaire neutre puis nouvelle décision. Dans un premier moyen, l'assurée reprochait à l'office AI une constatation manifestement inexacte des faits. Contrairement à ce que prétendait l'office AI, son état de santé ne s'était pas amélioré de manière durable à compter d'octobre 2017 puis à compter du mois de janvier 2020. L'assurée estimait que la complexité et la multiplicité des pathologies dont elle souffrait rendait plutôt compte d'une péjoration de son état de santé postérieurement à l'année 2017. Aux troubles cardiaques, immunologiques et anxio-dépressifs qu'elle présentait s'ajoutaient des problèmes neurologiques d'une possible neuro-sarcoïdose mise en évidence en juin 2021. C'était dès lors à tort que l'office AI s'était fondé sur les avis du SMR pour retenir une amélioration de son état de santé. Outre qu'ils ne contenaient aucune observation clinique, ils étaient en contradiction avec différents rapports médicaux, ce qui achevait de leur ôter toute valeur probante. Dans un second moyen, l'assurée se plaignait d'une violation de la maxime inquisitoire. Dans la mesure où sa situation médicale se caractérisait par une grande complexité et qu'elle s'était aggravée au fil des années, l'office AI ne pouvait se contenter de reprendre sans autres les avis du SMR pour rendre sa décision. Il lui incombait bien

plutôt de la soumettre à des examens médicaux spécialisés en vue de juger de l'effet des atteintes à la santé sur sa capacité de travail. Il convenait dès lors de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il mette en œuvre une expertise aux fins d'éclaircir sa situation médicale.

b) Dans sa réponse du 17 février 2022, l'office AI a conclu au rejet du recours. Se référant à l'avis établi le 16 février 2022 par le SMR, il estimait que les éléments médicaux fournis par l'assurée n'avaient pas mis en évidence de changements significatifs par rapport à la situation prévalant lors de l'expertise bidisciplinaire du Bureau M. \_\_\_\_\_. Partant, de nouvelles investigations ne se justifiaient pas. c) Par réplique du 16 mai 2022, l'assurée a produit deux rapports datés du 14 mars 2022 établis par le Dr R. \_\_\_\_\_ et la Dre J. \_\_\_\_\_ dont elle entendait faire ressortir une aggravation de son état de santé. Elle s'en est également prise à l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ dont elle a contesté le bien-fondé. Sur la forme, elle soulignait que l'expert n'avait pas été mandaté par l'office AI mais par un assureur privé, ce qui nuisait à son objectivité et à sa neutralité, et critiquait les modalités ayant présidé au déroulement de l'expertise (durée de l'examen, caractère superficiel de celui-ci, déroulement de l'entretien et méthodologie déficiente). De plus, en tant qu'elle n'avait pas pu s'exprimer sur le résultat de l'administration des preuves, il ne lui était pas opposable. Sur le fond, il était en contradiction avec l'appréciation contenue dans les rapports du Dr R. \_\_\_\_\_. Il s'ensuivait que le rapport d'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ était dénué de valeur probante. Forte des critiques mises en exergue, l'assurée estimait que l'office AI avait contrevenu au principe inquisitoire, ce qui justifiait de lui renvoyer la cause afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Elle a pour le reste maintenu l'intégralité des conclusions prises au pied de son recours. d) Dupliquant en date du 2 juin 2022, l'office AI a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter aux déclarations figurant dans sa réponse du 17 février 2022. Il a ajouté que si la situation devait s'être aggravée, une rente d'invalidité ne pourrait être allouée que lorsque l'incapacité de travail et de gain aurait duré une année sans interruption notable. Au surplus, les éléments amenés permettaient d'exclure une récurrence de l'atteinte cardiaque. L'office AI a derechef conclu au rejet du recours. e) Dans ses déterminations du 29 juin 2022, l'assurée a une nouvelle fois souligné que, sur la base de diverses pièces au dossier, elle présentait des troubles somatiques et psychiatriques invalidants et que son état de santé s'était péjoré à compter du mois d'août 2020.

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

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).
- b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré – de manière à influencer son droit à la rente – à compter du mois d'octobre 2017.
- b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 12 novembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88 a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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).

5. La recourante souffre de nombreuses atteintes qui touchent à plusieurs disciplines médicales. a) Sous l'angle somatique, la recourante présente essentiellement des problèmes cardiologiques et neurologiques. aa) Sur le plan cardiologique, la recourante souffre d'une myocardite à lymphocytes qui s'est manifestée par un bloc atrio-ventriculaire inaugural ayant entraîné une syncope, ce qui a nécessité la pose, le 1<sup>er</sup> septembre 2016, d'un pacemaker définitif et la mise en œuvre d'un traitement immunosuppresseur (cf. rapports du 12 mars 2018 du Prof. Q.\_\_\_\_\_ et du 29 janvier 2020 du Bureau M.\_\_\_\_\_). Malgré cette pathologie, le Dr N.\_\_\_\_\_ a estimé qu'en l'absence de palpitations, l'état de santé était stabilisé. Il n'y avait par ailleurs pas de limitations fonctionnelles et le pronostic était favorable, ce qu'a également retenu le Prof. Q.\_\_\_\_\_. Ainsi, les expertes du Bureau M.\_\_\_\_\_ ont constaté que la recourante avait repris l'exercice de son activité professionnelle à 50 % du taux contractuel (soit 25 %) du 23 octobre 2017 au 2 septembre 2018 puis au taux contractuel habituel de 50 % dès le 3 septembre 2018. D'après elles, la capacité de travail était entière dès le jour de l'expertise en l'absence de toute limitation fonctionnelle. En effet, le traitement du bloc atrio-ventriculaire par pacemaker mis en place en 2016 avait permis de restaurer une fonction cardiaque normale. bb) Sur le plan neurologique, les Drs X.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont demandé à l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ de procéder à des examens complémentaires en 2020 et 2021, lesquels ont mis en évidence une probable neuro-sarcoïdose avec une mononeuropathie multiple (neuropathie ulnaire et trigéminal droite), diagnostic également retenu par le Dr G.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 10 mai 2021, celui-ci a noté que la recourante se plaignait de l'apparition progressive, à l'été 2020, de fourmillements au niveau des quatrième et cinquième doigts de la main droite ainsi qu'au niveau de la joue et de la tempe droites. Elle avait également signalé une diminution de la sensation de goût. Elle n'avait cependant pas fait état de parésie, de perte de connaissance, de chute, ou d'autres localisations de fourmillements ou de diminution de la sensibilité. L'examen des nerfs crâniens et des voies longues était symétrique et normal, sans parésie ni chute à l'épreuve des bras tendus et des jambes tendues. La marche était normale. Les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs et symétriques aux quatre membres. Les réflexes cutanés plantaires étaient en flexion des deux côtés. Il y avait une hypoesthésie cutanée au niveau de la joue droite et du territoire cubital droit. De leur côté, les Drs A.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 2 juillet 2021) ont indiqué que les symptômes présentés par la recourante demeuraient inchangés par rapport à ceux constatés en novembre 2020 et qu'elle ne formulait aucune plainte nouvelle. Ainsi, elle ne signalait pas de céphalées, d'arthralgies ni de xérophtalmie. En revanche, elle faisait état d'une xérostomie avec sensation de soif quotidienne persistante. L'examen clinique effectué a révélé que les fonctions supérieures étaient dans la norme. Les nerfs crâniens ne présentaient pas de déficit, hormis une hypoesthésie faciale subjective dans le territoire V2

et V3 avec discrimination tacto-algique. Les épreuves de stabilisation étaient bien tenues aux quatre membres avec force segmentaire préservée dans tous les secteurs (axial et tetra-appendiculaire). Les réflexes étaient normovifs et symétriques en tricipital, bicipital, stylo-radial, rotulien et achilléen. Il n'y avait pas de signe de Hoffmann ni de clonus. L'examen de la sensibilité a mis en évidence une hypoesthésie de la partie médiale du quatrième doigt et hypoesthésie du cinquième doigt de la main droite avec signe de Tinel positif au coude droit. Le sens positionnel était préservé aux doigts et aux orteils. Il n'y avait pas d'ataxie statique ou cinétique aux quatre membres. La mobilité fine était préservée et symétrique aux quatre membres, lesquels ne présentaient pas non plus de rigidité ni de spasticité. Il n'y avait pas non plus de mouvements anormaux. La marche était indépendante sans élargissement du polygone de sustentation. La marche sur la pointe des pieds, sur les talons et en funambule était possible. Le signe de Romberg était négatif. S'agissant de la question de la capacité de travail, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu que l'affection en cause ne déterminait aucune atteinte fonctionnelle susceptible d'influer sur ladite capacité, tandis que les neurologues de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ ne se sont pas exprimés sur ce point. b) aa) Sur le plan psychiatrique, il convient de constater que la recourante présente principalement une symptomatologie anxio-dépressive dont l'intensité est appréciée de manière différente selon les médecins consultés. Tandis que le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu un trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger à moyen), les Drs W.\_\_\_\_\_ (rapport du 7 janvier 2019) et R.\_\_\_\_\_ (rapport du 14 juillet 2021) ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) avant que le Dr R.\_\_\_\_\_ ne le qualifie de moyen à sévère le 14 mars 2022. Dans ce dernier rapport, ce médecin a également retenu un trouble anxieux (sans précision), alors que la Dre I.\_\_\_\_\_ a posé pour seul diagnostic celui de personnalité anxieuse (évitante). S'agissant de la capacité de travail, les Drs W.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont conclu à l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychique. Dans le même sens, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne voyait aucune affection médicale susceptible de justifier un arrêt de travail – même partiel – dans les emplois appris ou pratiqués, quand bien même la recourante se disait anxieuse face à la situation sanitaire, dès lors que les enfants ne portaient pas de masque et qu'elle se sentait « fatiguée tout le temps » (rapport du 10 mai 2021). bb) Contrairement à ses confrères le Dr R.\_\_\_\_\_ a estimé que sa patiente présentait une incapacité totale de travailler. Il est toutefois difficile de suivre le point de vue exposé par ce médecin. Dans son rapport du 14 juillet 2021, il s'est en effet limité à retracer l'anamnèse de la recourante et à exposer les plaintes de celle-ci (lesquelles sont d'ailleurs similaires à celles exposées aux autres médecins consultés), sans faire état de ses propres observations et, surtout, sans étayer le moins du monde les diagnostics retenus. Si ce médecin a certes posé le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis (utilisation actuelle), celui-ci n'a toutefois pas été retenu par le Dr L.\_\_\_\_\_, lequel a considéré que la consommation de cannabis s'inscrivait dans un contexte psycho-social délétère et ne franchissait dès lors pas un seuil diagnostique (cf. rapport du 9 septembre 2021, p. 26). En se limitant à exposer son propre point de vue, le Dr R.\_\_\_\_\_ ne fait qu'opposer sa propre appréciation à celle des experts sans expliquer les raisons objectives pour lesquelles il estime qu'il faut s'écarter de leurs conclusions. Au demeurant, la fatigue dont la recourante se plaint revêt en l'occurrence un caractère essentiellement subjectif (cf. aussi dans ce sens le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 10 mai 2021 et considérant 5b/aa ci-dessus), les expertes du Bureau M.\_\_\_\_\_ ayant exclu que les critères diagnostiques d'un syndrome de fatigue chronique fussent remplis (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2020,

p. 28). cc) Par ailleurs, il y a lieu d'écarter les critiques de la recourante portant sur la valeur probante de l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_. D'une part, la durée de l'examen médical n'est pas en soi un critère pour mesurer la valeur probante d'un rapport médical (à ce sujet, voir TF 9C\_160/2021 du 23 juin 2021 consid. 5.2 et la référence). D'autre part, Il ne suffit pas d'affirmer simplement que le Dr L. \_\_\_\_\_ aurait été tenu de prendre contact avec le psychiatre traitant, une telle obligation ne résultant ni de la loi, ni de la jurisprudence (TF 9C\_94/2016 du 13 octobre 2016 consid. 3.2). On précisera encore qu'au regard de la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise – s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer –, le juge doit faire preuve en règle générale de retenue avant de remettre en cause la méthodologie utilisée, ce d'autant qu'il convient de tenir compte également des difficultés et des incertitudes propres à tout examen psychiatrique (cf. TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 et les références). Il convient par ailleurs de rappeler que 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 125 V 351 consid. 3a). Dans ce contexte, le fait que l'expert L. \_\_\_\_\_ ait été mandaté par l'assureur perte de gain en cas de maladie (P. \_\_\_\_\_ SA) n'est donc pas décisif. Il s'ensuit que les critiques de la recourante en relation notamment avec la prétendue partialité ou prévention du Dr L. \_\_\_\_\_ ne sont pas recevables. c) Quant aux autres atteintes mises en évidence par le corps médical (vasculite rétinienne, troubles de la statique de la colonne cervicale), il n'existe aucun élément au dossier laissant à penser qu'elles auraient un impact sur la capacité de travail. d) Sur le vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'analyse de la situation effectuée sur le plan médical par l'office intimé, si bien que la décision attaquée doit être confirmée. 6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 7. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie 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 12 novembre 2021 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 V. \_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Alain Vuithier, avocat (pour V. \_\_\_\_\_), ■ 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). Le greffier :