

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 novembre 2023

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Gabellon, assesseure  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Tiphonie Chappuis,  
avocate à Lausanne.

et

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

---

**Art. 28 LAI ; art. 61 let. c LPGA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 197[...], assistante-dentaire de formation, travaille comme responsable des devoirs surveillés pour la commune de [...] depuis septembre 2015 à raison de 5 heures 15 minutes par semaine, hormis les vacances scolaires, pour un salaire mensuel brut de l'ordre de 773 fr. par mois (4'640 fr. ÷ 6 mois) (cf. rapport employeur du 2 mai 2016 et ses annexes).

Le 15 février 2016, l'assurée a déposé une demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé ; cf. aussi courrier du 26 janvier 2016, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale).

Dans un rapport du 21 mars 2016, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin praticien et chef de clinique au Centre H.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec sciatalgies intermittentes dans le cadre d'une hernie discale L5/S1, d'hypermobilité articulaire type Ehlers-Danlos et de déconditionnement physique. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a exposé que les postures statiques prolongées étaient limitées, que la posture debout n'était pas supportée plus de dix minutes, que celle assise était bien supportée et que la montée des escaliers était difficile. Ce praticien a précisé que l'assurée ne pouvait plus exercer son métier d'assistante dentaire du fait des postures en porte-à-faux, qu'une activité en position assise était possible et qu'un reconditionnement musculaire permettrait d'augmenter la capacité de travail.

Dans un rapport du 29 avril 2016, le Dr D.\_\_\_\_\_ a précisé que sa patiente était suivie pour le syndrome d'Ehlers-Danlos (ci-après : le SED), aux consultations de génétique, d'angiologie, de neurologie et du département de l'appareil locomoteur au Centre H.\_\_\_\_\_. Il a estimé l'incapacité de travail à 50 % dès 2002 et à 80 % dès 2013. Pour ce

médecin, une reprise à plus de 20 % n'était plus possible, ceci « *certainement de manière définitive.* »

Selon le rapport du 15 novembre 2016, le Dr B. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a estimé, suivant le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 21 mars 2016, qu'un reconditionnement musculaire permettrait d'augmenter la capacité de travail. Il a estimé que le déconditionnement musculaire n'était pas une atteinte prise en charge par l'assurance-invalidité et que le traitement nécessitait une hospitalisation qui devait être suivie par de la gymnastique quotidienne.

Par rapport du 8 mars 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente était suivie au Centre H. \_\_\_\_\_ dans les services d'angiologie, de cardiologie, de génétique et de rhumatologie. Les examens pratiqués auguraient d'une confirmation du SED. L'assurée souffrait d'une atteinte polyarticulaire avec une hyperlaxité ligamentaire très marquée, responsable de très nombreux épisodes de blocages vertébraux douloureux nécessitant des thérapies manuelles et de la physiothérapie, ainsi que des médications anti-antalgiques. Ce praticien a encore précisé qu'il tenait à la disposition de l'OAI les investigations pratiquées au Centre H. \_\_\_\_\_.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a confirmé son premier avis SMR les 10 et 23 mai 2017.

Par projet de décision du 13 juin 2017, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité selon la motivation suivante :

**« Résultat de nos constatations :**

Le 17 février 2016, vous avez déposé une demande de prestations AI.  
Selon les informations en notre possession, nous constatons que vous présentez une pleine capacité de travail et de gain dans votre activité de surveillante de devoirs surveillés, ceci depuis toujours.

Cela étant, il n'y a pas d'invalidité présentée, ni imminence d'invalidité qui soit de nature à vous ouvrir un droit à des prestations de notre assurance. »

Par certificat médical du 30 juin 2017, le Dr D.\_\_\_\_\_ a attesté que sa patiente souffrait, dans le cadre d'un SED, de multiples atteintes pour lesquelles elle était suivie par plusieurs services spécialisés du Centre H.\_\_\_\_\_. Il a en outre préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin d'évaluer l'impact de la maladie sur la capacité de travail de l'assurée.

Par courrier du 7 juillet 2017, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné.

Le Dr B.\_\_\_\_\_ a confirmé ses précédentes prises de position par avis SMR du 8 août 2017, observant que l'assurée pouvait notamment suivre un reconditionnement physique au Centre H.\_\_\_\_\_, que le traitement avait été recommandé il y avait plus d'une année et demie et qu'en l'absence de traitement, l'OAI pouvait « *faire comme si ce traitement [avait] été réalisé et juger la situation comme si un traitement intensif de reconditionnement physique global [avait] été réalisé avec succès.* »

Par décision du 25 août 2017, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 13 juin 2017 et rejeté la demande de prestations de l'assurée.

**b)** Par acte du 9 septembre 2017, A.\_\_\_\_\_, représentée par Me Tiphany Chappuis, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à son renvoi à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Elle a soutenu que l'instruction menée par l'OAI était gravement lacunaire du fait que pratiquement aucun des faits pertinents n'avait été constaté de manière complète en procédure administrative, justifiant ainsi une instruction complémentaire et la mise

en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a notamment joint à son recours les rapports médicaux suivants :

- Les rapports des 19 janvier et 23 juillet 2015 de la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, du Service de rhumatologie du Centre H.\_\_\_\_\_, (Centre des maladies osseuses) posant le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire, probablement dans le cadre d'un SED hypermobile après un bilan sanguin, un examen clinique, une échocardiographie, des examens angiologiques et génétiques.
- Le rapport du 23 novembre 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_ du Département de l'appareil locomoteur du Centre H.\_\_\_\_\_ (Consultation de médecine physique et réhabilitation), estimant que la situation de l'assurée était complexe sur plusieurs plans et préconisant une détection précoce auprès de l'assurance-invalidité afin de regarder de plus près la situation globale et professionnelle. Sur le plan de la rééducation, le Dr C.\_\_\_\_\_ préconisait la poursuite de la rééducation en l'axant sur la proprioception et un renforcement du transverse de l'abdomen.
- Le rapport du 4 juillet 2016 de la Dre G.\_\_\_\_\_, laquelle décrivait des épisodes récidivants de lumbago ou de lombo-sciatalgies, mais dont la durée semblait moins longue et la symptomatologie mieux gérée par la patiente, depuis la prise en charge en physiothérapie. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire réalisée en juin 2016 ne montrait pas de fracture vertébrale, ni de conflit radiculaire. A son avis, il persistait des polyarthralgies localisées à la cheville droite, à la rotule gauche, et des sensations de blocage au niveau de la deuxième articulation métacarpo-phalangienne à

droite, sans anamnèse évocatrice de doigts à ressaut, ou d'arthrite.

- Le rapport du 1<sup>er</sup> mai 2017 du Dr K.\_\_\_\_\_, du Centre H.\_\_\_\_\_ associant les problèmes gastroentérologiques de l'assurée au SED hypermobile dont ils étaient l'une des conséquences connues, proposant une reprise de la physiothérapie du périnée à associer à une technique de relaxation (sophrologie, tai chi ou auto-hypnose) afin de limiter l'impact des troubles fonctionnels et recommandant la pratique d'une activité physique régulière. Afin de faire le point sur son aptitude fonctionnelle articulaire, le Dr K.\_\_\_\_\_ a réadressé l'intéressée au Dr C.\_\_\_\_\_ pour un bilan ergothérapique et à la Dre G.\_\_\_\_\_ pour faire le point sur la prise en charge physiothérapeutique.
  
- Le rapport du 23 août 2017 du Prof. T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du Centre H.\_\_\_\_\_. Il a décrit sa patiente comme active et très sportive. Ce spécialiste a posé les diagnostics d'hallux valgus sévère bilatéral dans le cadre d'un syndrome d'Ehler-Danlos et de laxité des deux chevilles en externe plus marquée à droite avec instabilité. Il a préconisé un traitement conservateur, l'entraînement de la coordination, de la proprioception et l'utilisation d'une chevillère surtout à droite. En ce qui concerne les avant-pieds, il a demandé l'augmentation de la pelote rétrocapitale pour diminuer quelque peu les métatarsalgies et arrondir un peu l'avant-pied. Il a en outre indiqué une éventuelle intervention chirurgicale si la situation devait devenir intolérable.

Dans sa réponse du 20 décembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, s'appuyant sur un

avis SMR établi par la Dre S.A.\_\_\_\_\_ et le Dr S.B.\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2017. Ceux-ci ont estimé que l'appréciation de l'atteinte à la santé se fondait sur l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ qui préconisait un reconditionnement musculaire, estimé « vraisemblablement réalisable. » Pour le SMR, le rapport du Prof. T.\_\_\_\_\_ précité, décrivant l'assurée comme active et très sportive, justifiait une atténuation suffisante des limitations fonctionnelles.

Par réplique du 14 mars 2018, l'assurée a maintenu ses conclusions observant que si le SMR avait effectivement rendu plusieurs avis, ils ne se fondaient que sur deux réponses succinctes tirées du rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 21 mars 2016, ceci sans solliciter de plus amples renseignements médicaux malgré des rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ faisant état de multiples pathologies et des nombreuses investigations médicales. Elle a joint à sa réplique les nouveaux rapports médicaux suivants :

- Le rapport de consultation du 13 février 2018 de la physiothérapeute U.\_\_\_\_\_ du Centre H.\_\_\_\_\_. Elle a constaté que des récives de lumbagos, précisant que l'assurée avait arrêté la physiothérapie spécifique au Centre H.\_\_\_\_\_, mais refaisait régulièrement de la physiothérapie pour ses lumbagos et pour ses troubles sphinctériens. Cette physiothérapeute a relevé que si l'intéressée pratiquait régulièrement les exercices enseignés à domicile, sa qualité de vie ne s'était pas améliorée. Elle a constaté que faute d'indication chirurgicale, sa patiente avait atteint ses objectifs de traitement de rééducation fonctionnelle et ses limites, sans pouvoir proposer de nouvelle indication thérapeutique.
- Le rapport du 18 octobre 2017 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (Service de chirurgie plastique et de

la main du Centre H.\_\_\_\_\_). Ce spécialiste a constaté que l'assurée présentait beaucoup de signes d'instabilité articulaire au niveau du poignet et des doigts longs alliés causés selon toute vraisemblance au SED et indiqué qu'il n'y avait pas grand-chose à envisager dans l'immédiat si ce n'est l'immobilisation du poignet en cas de douleurs très importantes.

- Le rapport du 23 janvier 2018 des Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique, et X.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, de l'Unité d'urogynécologie et du périnée du Centre H.\_\_\_\_\_. Suivant ces praticiens, l'assurée présentait une incontinence urinaire d'effort constante, sur hypermobilité du col. Ils ont préconisé la mise en place de bandelette sous-urétrale et prescrit une médication pour les urgences mictionnelles sans incontinence d'urgence.
  
- Le rapport de la Dre ZA.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 8 février 2018. Celle-ci a indiqué que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique depuis octobre 2017. Elle a précisé que l'intéressée souffrait d'un état dépressif majeur d'intensité moyenne dans un contexte de trouble dépressif majeur récurrent (F33.1), trouble pour lequel elle avait déjà consulté un spécialiste en 1999 et bénéficié d'une médication par Efexor. A son avis, l'état dépressif avait une répercussion sur la capacité de travail, l'empêchant de reprendre son activité d'assistante dentaire pour laquelle l'incapacité était de 100 % pour une durée prévisible de plusieurs mois au moins. Selon la Dre ZA.\_\_\_\_\_, l'activité de surveillante à raison de deux heures trois fois par semaine semblait le maximum exigible actuellement.

Dans sa réplique du 17 avril 2018, l'OAI a maintenu sa position, précisant que, suivant l'avis SMR du 4 avril 2018, les atteintes psychiques alléguées étaient postérieures à la décision attaquée et devaient faire l'objet d'une nouvelle demande.

L'assurée s'est déterminée le 7 juin 2018, maintenant ses conclusions.

Par arrêt du 15 janvier 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a annulé la décision du 25 août 2017 de l'OAI, renvoyant la cause à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. En substance, la Cour a considéré que d'autres diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail n'étaient pas à exclure tant sur le plan somatique que sur le plan psychique dans le contexte d'un dossier fragmentaire et que dans ces circonstances, il se justifiait de renvoyer la cause à l'OAI pour compléter l'instruction, mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, et rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante en reprenant le calcul du degré d'invalidité.

**B. a) L'OAI a repris l'instruction de la cause.**

Dans un rapport d'IRM du 8 mai 2018, le Dr ZI.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à des discopathies lombaires étagées L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1 avec petits remaniements de type Modic 1 et 2 prédominant en L4-L5, à l'absence de canal lombaire étroit, de lyse isthmique, de sténose foraminale ou d'hernie discale, à une arthropathie interfacettaire dégénérative et congestive lombaire L3-L4, L4-L5 et L5-S1 prédominant en L4-L5, un peu plus à gauche qu'à droite, à de petits remaniements dégénératifs et congestifs aux pieds des articulations sacro-iliaques des deux côtés; il a proposé une infiltration facettaire, laquelle a été effectuée le 1<sup>er</sup> juin 2018.

Après avoir fait l'objet de nouveaux examens auprès du Prof. T.\_\_\_\_\_, (rapport du 19 juin 2018) et du Dr ZN.\_\_\_\_\_, (rapport du

29 août 2018), un tunnel tarsien a pu être exclu, le Dr ZN.\_\_\_\_\_, envisageant une possible neuropathie au niveau des membres inférieurs et renvoyant l'assurée auprès du Centre H.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 16 janvier 2019, le Dr ZF.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie au Centre H.\_\_\_\_\_, a fait savoir que le large bilan électroclinique ne permettait pas de mettre en évidence une maladie neurologique périphérique chez l'assurée et en particulier aucune complication sur les grosses ou petites fibres nerveuses de la maladie d'Ehlers Danlos ni de récurrence des discopathies connues. Les fourmillements nocturnes de la main gauche et un signe de Tinel positif évoquaient une irritation du nerf médian au canal carpien gauche, laquelle restait néanmoins sans corrélation neurographique et sans signe de gravité.

Dans un rapport du 12 mars 2019, le Dr ZJ.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a fait état, dans un contexte de syndrome d'Ehlers Danlos, d'une incontinence d'effort lors d'épisodes de bronchite, de toux et d'urgences mictionnelles sans incontinence d'urgence.

Dans un rapport du 15 mars 2019, le Dr ZN.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main au Centre H.\_\_\_\_\_, a relevé l'absence d'argument électrique pour une indication chirurgicale de décompression nerveuse au membre supérieur gauche.

Dans un rapport d'IRM du 28 mars 2019, le Dr ZI.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il observait de petites discopathies dorsales hautes de D2-D3, D5-D6 avec de minimes protrusions discales sans relever d'anomalie suspecte pour une spondylarthrite ankylosante. Pour le radiologue, les douleurs demeuraient inexplicables.

Le 23 avril 2019, l'OAI a confié une expertise de médecine interne, de psychiatrie et de rhumatologie au E.\_\_\_\_\_, laquelle a été réalisée par le Dr E.M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, le Dr E.P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le

Dr E.R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, qui ont examiné l'assurée les 5 et 13 juin 2019.

Le E.\_\_\_\_\_ a complété le dossier auprès de la Dre ZD.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, laquelle a transmis aux experts les derniers rapports médicaux et fait savoir aux experts, dans un rapport du 2 juin 2019, que sa patiente présentait des problèmes rhumatologiques et orthopédiques (avec suivi en antalgie), ainsi que des atteintes uro-gynécologiques. Les investigations en angiologie n'avaient pas mis en évidence de syndrome d'Ehlers Danlos vasculaire. Sur le plan hématologique, les investigations n'avaient pas mis en évidence de dysfonctionnement de toute la lignée de la coagulation. Sur le plan psychologique, elle a fait état d'un traitement à raison de trois séances par mois d'hypnose ainsi que d'un traitement de Venlafaxine, lequel a toutefois été mal toléré et arrêté.

Dans leur rapport du 21 octobre 2019, lequel comprend un rapport d'évaluation consensuelle, trois expertises spécialisées et une synthèse du dossier, les experts du E.\_\_\_\_\_ ont consensuellement retenu les diagnostics et limitations fonctionnelles qui suivent (évaluation consensuelle, pp. 9-10) :

« **4.2 Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail**

Sur le plan de la médecine interne,

- Probable syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile avec :
  - o Polyalgies articulaires et musculaires diffuses, ainsi qu'asthénie.
  - o Insuffisance veineuse C3 des membres inférieurs.
  - o Incontinence des grandes veines saphènes des deux côtés.
  - o Varices pelviennes.
  - o Ecchymoses et hématomes spontanés.
  - o Paresthésies et troubles proprioceptifs des quatre membres.
  - o Migraines sans aura.
  - o Syndrome du tunnel carpien gauche irritatif.
  - o Pollakiurie.

- o Incontinence urinaire d'effort.
  - o Cystocèle et rectocèle degré 2 et hystérocèle degré 1.
  - o Hyperménorrhée.
  - o Dyspareunie.
  - o Troubles du transit intestinal avec constipation chronique, reflux sur béance hiatale anamnestique.
- Allergie à la pénicilline.

Sur le plan rhumatologique,

1. Hypermobilité articulaire généralisée, dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile.
2. Lombalgies chroniques et récidivantes: de status après hernie discale intracanalair droite L5-S1 compressive ; arthrose postérieure facettaire sévère L3-L4et L4-L5, symptomatique.
3. Blocages dorso-lombaires récidivants sur hypermobilité de l'appareil ligamentaire intervertébral et inter-apophysaire postérieur ; discopathies dorsales étagées.
4. Status après entorses multiples des chevilles (cinq à gauche, deux à droite); instabilité des chevilles; hypermobilité des Lisfrancs.
5. Troubles statiques sévères des deux pieds.
6. Douleurs et paresthésies des talons ; fasciite plantaire droite.
7. Gonalgies bilatérales antérieures sur chondropathie fémoro-patellaire.
8. Douleurs chroniques des mains/poignets ; instabilité des poignets ; déformation dynamique des doigts en col de cygne; force de préhension des doigts diminuée des deux côtés.
9. Syndrome du canal carpien bilatéral, au stade non chirurgical ; syndrome d'irritation positionnelle des nerfs cubitiaux aux coudes.

Ces diagnostics sont secondaires au syndrome d'Ehlers-Danlos qui a entraîné les lésions dégénératives, en particulier dorso-lombaires, inhabituelles pour une dame de 48 ans. Le handicap physique vient du cumul de tous ces problèmes, touchant à la fois le rachis et les articulations périphériques.

Seuls les diagnostics 1, 2, 3, 4 et 8 ont une influence directe sur la capacité de travail.

Sur le plan psychique,

- Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.6).
- Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2).

**4.3 (...) Limitations fonctionnelles**

Sur le plan de la médecine interne, pas de limitations hormis un accès facilité aux toilettes.

Sur le plan rhumatologique, Je relève les limitations fonctionnelles suivantes :

- Incapacité à rester debout plus de 15-20 minutes d'affilée.
- En position assise, incapacité à effectuer des rotations répétitives ou à rester longtemps penchée en avant.
- Incapacité à porter des charges au-delà de 5 à 7 kg.
- Incapacité à utiliser normalement ses mains, dans un travail répétitif demandant de la force et/ou de la précision.

Sur le plan psychique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles. »

Les experts ont considéré que la capacité de travail en tant qu'assistante dentaire était de 0 % et que, dans une activité adaptée, telle que la surveillance de devoirs, la capacité de travail était de 100 % ou qu'elle pourrait se monter à 70 % dans une autre profession de type secrétariat.

Dans un avis du 7 janvier 2020, le Dr S.B. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu que l'expertise se fondait sur des examens complets, prenait en compte les plaintes de la personne examinée, était établie en pleine connaissance du contexte médical et que ses conclusions étaient dûment motivées. Il a proposé, au vu des éléments apportés par les experts, de retenir une capacité de travail dans l'activité habituelle d'assistante dentaire de 50 % depuis le mois de mai 2002, puis nulle depuis le mois de septembre 2015, et une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectivement une capacité de travail de 70 % dans une activité de type secrétariat.

A la suite d'un entretien le 24 février 2020 (cf. fiche d'examen du 10 janvier 2020 et audition du 24 février 2020), le service de réadaptation de l'OAI (ci-après : la REA) a, dans un rapport final du 1<sup>er</sup> avril 2020, mentionné que l'assurée travaillait 4 heures 30 minutes par semaine pour des devoirs surveillés et n'estimait pas être en mesure de travailler plus. Ce service a retenu que l'intéressée ne réunissait pas les conditions subjectives pour des mesures professionnelles (stage ou aide au placement) et qu'au demeurant, il n'y avait pas de mesure

d'orientation professionnelle simple et adéquate, susceptible de réduire le préjudice économique. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, la REA a retenu ce qui suit :

**TA : 1** Niveau de compétence : 1 - Année : 2016

Salaire OFS sur 40 heures hebdom.		Fr.	4 363.00	
Salaire OFS sur xx heures hebdom. (x12)	41.7	Fr.	4 548.43	Fr. 54 581.13
Indexation (année)			0.00%	Fr. 54 581.13
Indexation (année)			0.00%	Fr. 54 581.13
Indexation (année)			0.00%	Fr. 54 581.13
Indexation (année)			0.00%	Fr. 54 581.13
Horaire en %			100%	Fr. 54 581.13
Diminution de rendement en %			0%	Fr. 54 581.13
Réduction(s) supplémentaire(s) au titre de désavantage salarial :			10%	
<input checked="" type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles <input type="checkbox"/> Âge <input type="checkbox"/> Années de service <input type="checkbox"/> Nationalité et permis <input type="checkbox"/> Taux d'occupation				
25 % au maximum				
Salaire exigible final (RI)		Fr.	49 123.02	
Revenu sans l'atteinte à la santé (RS) :		Fr.	64 502.00	
Préjudice économique :		Fr.	15 378.98	
Préjudice économique en % :		23.84%		

**Explication de la réduction :**

Nous retenons une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles qui peuvent engendrer un désavantage salarial.

S'agissant des années de service, il est à relever que si nous en tenions compte, nous devrions également en tenir compte dans le RS avec comme effet un préjudice nul.

**Source du RS :** Cf fiche de calcul du RS 2016 dans la GED.

**Sources médicales :** avis SMR du 7.1.2020

**Exemples d'activités adaptées :**

Notre assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple contrôle ou surveillance d'un processus de production ou comme aide-administrative (réception, scannage et autres).

Le 7 juillet 2020, la Dr ZB.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie au Centre H.\_\_\_\_\_, a fait savoir à l'OAI que l'assurée présentait des neuropathies focales multiples, un syndrome d'Ehlers Danlos et une discopathie multi-étagée.

Dans un avis du 29 juillet 2020, le Dr S.B.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que le rapport susmentionné n'apportait pas d'élément permettant de s'écarter de l'expertise.

Afin de clarifier le statut de l'assurée, l'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage. Réalisée le 23 novembre 2020 par téléphone (en raison de la situation sanitaire prévalant à l'époque), l'enquête en question a confirmé le statut d'active à 100 % et montré un empêchement ménager de 9,3 % en relation avec les limitations fonctionnelles retenues par le SMR.

Sollicité pour préciser les périodes d'incapacité de travail, le Dr S.B.\_\_\_\_\_ du SMR a répondu comme il suit dans un avis du 15 janvier 2021 :

« Selon les éléments à disposition (notamment expertise pluri-disciplinaire), l'atteinte est essentiellement rhumatologique. Sur ce plan, la CTAH (assistante dentaire) est de 50 % depuis le 01.05.02 (date de LM), puis de 0 % depuis septembre 2015. La CTAA a toujours été entière dans toutes activités respectant les LF de façon optimale (pas de station debout > 15-20 min, pas de rotations répétitives ou de longues antéflexions en position assise, pas de port de charges > 5-7 kg, pas de travail répétitif de force ou de précision avec les mains). »

Par projet de décision du 25 janvier 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de rente et de mesures professionnelles. Il a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'assistante dentaire depuis le mois de septembre 2015, mais qu'elle bénéficiait depuis toujours d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de station debout plus de 15-20 minutes, pas de rotation répétitive ou de longues antéflexions en position assise, pas de port de charges de plus de 5-7 kg, pas de travail répétitif de force ou de précision avec les mains). Sur la base des salaires statistiques 2016, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 64'502 fr. et un revenu d'invalidité de 49'123 fr. 02 et un degré d'invalidité de 23,85 %, lequel était inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Le 22 février 2021, l'assurée a contesté ce projet, singulièrement la valeur probante de l'expertise. A l'appui de son écriture, elle a produit un rapport de sa médecin traitante, la Dre ZD.\_\_\_\_\_, un rapport du 5 juin 2020 de la Dre G.\_\_\_\_\_, un rapport du 15 juin 2020 du Dr ZE.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un rapport du 3 juillet 2020 du Dr ZF.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, un rapport du 24 novembre 2020 du Dr ZG.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, et un rapport d'IRM cérébrale du 17 novembre 2020 du Dr ZH.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie.

Le 10 mars 2021, le Dr S.B.\_\_\_\_\_ du SMR a demandé un complément d'instruction sous la forme d'un questionnaire à soumettre à la Dre ZD.\_\_\_\_\_. Celle-ci a répondu le 2 mai 2021 en indiquant que l'assurée était limitée dans toutes les activités physiques de la vie quotidienne, qu'elles soient ménagères ou récréatives (porter une corbeille à linge ou de passer l'aspirateur), toute tâche ménagère devant être dosée et comporter des pauses assises afin de récupérer. Dans ce contexte, elle devait aussi renoncer à faire des marches à pieds prolongées, pouvoir s'asseoir régulièrement en raison de douleurs aux genoux, respectivement de la colonne vertébrale. La médecin traitante a également décrit de fréquents blocages cervicaux limitant l'amplitude cervicale. En outre, l'usage prolongé de la voix était limité en raison d'une gêne hypopharyngée, sur probable sécheresse buccale.

L'OAI a soumis les réponses de la Dre ZD.\_\_\_\_\_ au Dr S.B.\_\_\_\_\_ du SMR, lequel a pris position en ces termes dans un avis du 23 juin 2021, retenant que le nouveaux éléments à disposition ne permettaient pas d'objectiver une nouvelle atteinte durablement et significativement incapacitante ou incompatible avec les limitations fonctionnelles déjà retenues, si bien que ses précédentes conclusions restaient valables.

Par décision du 24 juin 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision du 25 janvier 2021 et a rejeté la demande de rente. Une prise de position du même jour, faisant partie intégrante de la décision, était jointe. L'OAI y expliquait que la situation médicale de l'assurée était superposable aux conclusions de l'expertise effectuée en 2019. Il a fait savoir à l'intéressée que les experts avaient pris en compte la globalité de sa situation. L'OAI en a conclu que la contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

**b)** Par acte du 24 août 2021, A.\_\_\_\_\_, assistée de Me Tiphanie Chappuis, exerce un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 24 juin 2021, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle remet en cause la valeur probante de l'expertise du E.\_\_\_\_\_, en particulier en tant que chaque atteinte a été évaluée pour elle-même au niveau de la capacité de travail, sans tenir compte de leurs interactions et l'analyse consensuelle n'est pas argumentée. Elle critique en outre l'absence de prise en considération du rapport de la REA qui estimait qu'aucune mesure simple et adéquate ne pouvait être proposée à l'assurée, ayant pour conséquence que la mise en œuvre effective d'une capacité de travail résiduelle, à 70 % comme secrétaire notamment, est irréaliste sur un marché du travail équilibré, précisant qu'elle ne peut pas utiliser ses mains. A l'appui de son recours, elle a notamment produit :

- un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 7 mai 2021 du Dr ZM.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, lequel a conclu à des discopathies étagées, prédominant de C3-C4 à C6-C7, associées à des foyers de déchirure du ligament annulaire sans conflit de racine, à une légère uncarthrose C3-C4 à C6-C7, prédominant à ce dernier niveau où la sténose du côté gauche est à l'origine d'une possible irritation de la racine nerveuse C7 gauche dans son trajet intra-foraminal

et à l'absence de collection liquidienne cervicale et de déchirure visible du ligament sus-épineux.

- un rapport du Prof. G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation au Centre H.\_\_\_\_\_, daté du 18 mai 2021, a précisé , à la suite de l'IRM susmentionné, que l'assurée présente des discopathies et une légère uncarthrose étagée avec sténose C6-C7 gauche sans traduction clinique avec une indication pour des infiltrations rachidiennes pour la soulager sur le moyen terme.

Dans sa réponse du 27 octobre 2021, complétée le 4 novembre 2021 par l'examen des nouvelles pièces par le SMR (cf. avis du 27 octobre 2021 du Dr S.B.\_\_\_\_\_), l'OAI conclut au rejet du recours, constatant que l'expertise pluridisciplinaire effectuée est probante et qu'aucun élément objectif nouveau concernant la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles de nature à remettre en cause sa décision n'est survenu entre ladite expertise et la décision querellée.

Dans sa réplique du 29 décembre 2021, la recourante réfute les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire en l'absence d'une analyse multisystématique de la conjugaison des atteintes à la santé. Elle rappelle les vingt-quatre diagnostics retenus par les experts en 2019 et relève que d'autres se sont ajoutés depuis, lesquels ne sauraient être considérés comme sans conséquence fonctionnelle significative, déjà isolément, mais à tout le moins dans leur accumulation. A cette occasion, elle a produit :

- Un rapport du 30 août 2021 du Prof. ZP.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie au Centre H.\_\_\_\_\_, faisant état de migraines sans aura avec des céphalées importantes avec photophobie et nausées, nécessitant la mise au calme, auxquelles s'ajoutaient depuis quelques années des céphalées de tension.

- Un rapport du 28 octobre 2021 du Dr ZN.\_\_\_\_\_, lequel a retenu le diagnostic de troubles sensitifs diffus dans un contexte de manœuvres de provocation négatives sur les tunnels carpiens.
- Un rapport du 24 août 2021 du Prof. T.\_\_\_\_\_, lequel a rappelé le suivi pour un syndrome du canal tarsien actuellement en bonne évolution et retenu des métatarsalgies de transfert sans indication chirurgicale et proposé des moyens auxiliaires.

L'OAI confirme sa position dans sa duplique du 27 janvier 2022, après avoir consulté le SMR (avis du 26 janvier 2022), lequel estime qu'il n'existe aucun élément médical objectif nouveau qui serait de nature à remettre en cause les conclusions précédentes.

Par déterminations du 4 mars 2022, l'assurée a encore rappelé que les pathologies associées au SED se sont accumulées avec les années et s'aggravent, précisant qu'elle a dû être hospitalisée durant 5 jours au mois de janvier 2022. Elle produit un rapport d'hospitalisation du 17 janvier 2022 des Drs ZK.\_\_\_\_\_ et ZL.\_\_\_\_\_, spécialistes en neurologie au Centre H.\_\_\_\_\_, duquel il ressort que la recourante avait été admise en urgence en raison de céphalées réfractaires avec paresthésies des membres supérieurs. Dans la discussion, les médecins ont notamment relevé une absence d'argument pour une origine organique lésionnelle et des signes de surcharge fonctionnelle. Elle a également produit une attestation de son physiothérapeute du 27 janvier 2022.

L'OAI déclare, par courrier du 24 mars 2022, prendre note l'épisode aigu de céphalées réfractaires, mais relève qu'étant postérieur à sa décision, il n'est pas pertinent dans ce contexte.

Le 7 décembre 2022, la recourante produit un rapport du Dr ZD.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

Par courrier du 2 février 2023, se référant à un avis du 6 janvier 2023 du Dr S.B. \_\_\_\_\_ du SMR, l'OAI confirme sa position, précisant qu'aucun élément médical objectif nouveau n'est amené, qui aurait été ignoré dans le rapport d'expertise du 21 octobre 2019, ou qui serait survenu après celle-ci, et qui serait de nature à remettre en cause les conclusions quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles, jusqu'au moment de ladite décision.

### **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 du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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

**3.** 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 24 juin 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).

**4.**           **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) aa)** 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).

**bb)** 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 18e 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).

**c)** Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

**aa)** Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

**bb)** Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**cc)** Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique

d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

**d)** Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

**5. a)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

**c)** Pour pouvoir 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 une base importante 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). S'agissant en particulier des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**d) aa)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées ; pour un exemple d'application à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, cf. TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8).

**bb)** 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).

**cc)** 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).

**aaa)** Cette grille d'évaluation 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

**bbb)** La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail 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).

Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**e)** Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre

en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C\_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

**f)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**6. a)** En l'espèce, la décision attaquée est fondée, d'une part, sur le rapport d'enquête économique sur le ménage du 23 novembre 2020 retenant le statut de personne active à 100 % et, d'autre part, sur le rapport d'expertise du 21 octobre 2019 du E.\_\_\_\_\_. Les experts ont admis une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle d'assistante dentaire depuis le 1<sup>er</sup> mai 2002, mais ont reconnu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de station debout plus de 15-20 minutes, pas de rotation répétitive ou de longue antéflexion en position assise, pas de port de charges de plus de 5-7 kg, pas de travail répétitif de force ou de précision avec les mains) telle que celle de surveillante de devoirs scolaires et une capacité de travail de 70 % en ce qui concernait une activité de type secrétariat, et ce depuis toujours.

La recourante conteste l'appréciation médicale des experts du E.\_\_\_\_\_. Elle reproche aux experts d'avoir évalué chaque diagnostic pour lui-même, sans tenir compte de leurs interactions et répercussions globales sur la capacité de travail. Elle estime qu'une capacité entière de travail serait sans fondement. Elle fait grief aux experts d'avoir mal

apprécié les conséquences de sa maladie et l'affaiblissement progressif de ses ressources physiques et psychiques, se référant à l'avis de ses médecins-traitants et en particulier aux rapports de la Dre ZD.\_\_\_\_\_. Elle soutient que le tableau clinique dressé dans chaque spécialité ne peut pas être repris de manière individuelle dans l'analyse consensuelle, mais que les vingt-quatre diagnostics retenus doivent être examinés de manière globale (« *multisystématique* »), leur accumulation devenant invalidante. L'intimé se réfère quant à lui aux avis du Dr S.B.\_\_\_\_\_ du SMR des 23 juin 2021 et 27 octobre 2021, lequel retient que les pièces du dossier ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise réalisée au E.\_\_\_\_\_.

**b)** Les experts du E.\_\_\_\_\_ ont retenu que, sous réserve de l'accès aux toilettes, seule une partie des atteintes à la santé rhumatologiques se répercutait sur la capacité de travail de la recourante, à savoir les diagnostics d'hypermobilité articulaire généralisée, dans le cadre d'un SED de type hypermobile (lequel n'est pas remis en cause, cf. rapports des 19 janvier et 23 juillet 2015 de la Dre G.\_\_\_\_\_), de lombalgies chroniques et récidivantes, de status après hernie discale intracanaulaire droite L5-S1 compressive, d'arthrose postérieure facettaire sévère L3-L4 et L4-L5, symptomatique, de blocages dorso-lombaires récidivants sur hypermobilité de l'appareil ligamentaire intervertébral et inter-apophysaire postérieur, de discopathies dorsales étagées, de status après entorses multiples des chevilles, d'instabilité des chevilles, d'hypermobilité des Lisfrancs et de douleurs chroniques des mains et des poignets (instabilité des poignets ; déformation dynamique des doigts en col de cygne ; force de préhension des doigts diminuée des deux côtés).

**c) aa)** Sur le plan formel, le rapport d'expertise du E.\_\_\_\_\_ remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante. En effet, les experts ont établi le contexte médical de manière très détaillée, puisqu'ils ont reconstitué le dossier médical depuis le début de la prise en charge en 2016 (volet de médecine interne, pp. 4-14 ; volet de rhumatologie, pp. 4-15 ; volet de psychiatrie, pp. 14-21. Chacun des experts a procédé à un examen

clinique détaillé de la recourante (volet de médecine interne ; volet de rhumatologie, pp. 30-34, 30-33 et 28-29). Le rapport d'expertise contient une anamnèse complète (volet de médecine interne, pp. 23-30 ; volet de rhumatologie, pp. 24-30 ; volet de psychiatrie, pp. 24-28) et tient compte des plaintes de l'assurée (volet de médecine interne, pp. 23-24 ; volet de rhumatologie, pp. 24-25 ; volet de psychiatrie, pp. 21-23). Les diagnostics ont été posés de manière étayée (évaluation consensuelle, pp. 9-11) et la capacité de travail a été évaluée consensuellement (ibid., pp. 5-9 et 11).

**bb)** La recourante critique l'absence de « *véritable analyse des conséquences globales des multiples atteintes à la santé* » causées par le SED (recours du 24 août 2021, pp. 9-10, 11-13 et 15-16). Elle réitère cet argument dans sa réplique du 29 décembre 2021 (pp. 2-4). Tel n'est cependant pas le cas, les experts ont consensuellement évalué les limitations fonctionnelles de la recourante et posé des conclusions reposant sur les examens dans leur domaine de spécialisation et sur la discussion consensuelle. Ils en ont conclu que le handicap physique provenait du cumul des atteintes au rachis et aux articulations périphériques (évaluation consensuelle, p. 10). Lorsque la recourante se plaint que chaque diagnostic aurait été évalué isolément sans tenir compte de leur accumulation, elle oublie que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 ; 9C\_787/2015 du 31 mai 2016 consid. 6), et donc, la présence ou non de limitations fonctionnelles, lesquelles découlent en l'espèce de plusieurs diagnostics ou sont justement la conséquence de plusieurs atteintes comme l'ont à juste titre précisé les experts dans leur évaluation consensuelle (p. 10). L'analyse médicale globale a ainsi été effectuée par les experts ensemble lors de la discussion consensuelle. On relève aussi que chacun des experts a examiné l'ensemble des atteintes à la santé documentée dans le dossier dont le résumé figure dans l'évaluation consensuelle (pp. 5 à 9). L'expert interniste, le Dr E.M.\_\_\_\_\_ a lui-même complété l'instruction auprès de la Dre ZD.\_\_\_\_\_ (rapport du 2 juin 2019 au E.\_\_\_\_\_ et ses annexes), obtenant un dossier médical complet et

actualisé. L'expert rhumatologue, le Dr E.R.\_\_\_\_\_, a reconnu le développement de limitations fonctionnelles progressives, importantes et permanentes en raison d'atteintes au rachis, avec au niveau lombaire une hernie discale L5-S1 droite ayant occasionné une sciatique droite durant plusieurs mois, pour finalement se résorber selon l'IRM du 8 mai 2018 effectuée par le Dr ZI.\_\_\_\_\_, auxquelles s'ajoutent des lésions arthrosiques progressives de l'appareil articulaire postérieur, à plusieurs niveaux, des blocages récidivants au niveau des segments cervical et dorsal, dans le contexte du SED, de nombreuses entorses aux articulations périphériques ayant entraînés des instabilités locales, une laxité ligamentaire généralisée qui avait petit à petit perturbé la démarche en raison de troubles statiques progressifs, actuellement sévères, des pieds, ainsi que les conséquences du SED au niveau des doigts des mains (manque de force de préhension, manque de précision dans la gestuelle ; flexums à ressaut) et des syndromes canaux irritatifs (évaluation consensuelle, p. 8 ; voir aussi les rapports du 18 octobre 2017 du Dr V.\_\_\_\_\_ et du 13 février 2018 de la physiothérapeute U.\_\_\_\_\_). On précise à cet égard que, lors de l'IRM du 28 mars 2019, le Dr ZI.\_\_\_\_\_ n'a pas observé d'aggravation ni d'éléments propres à expliquer les douleurs présentées par la recourante. On constate que les conclusions des experts sont dans la ligne de celles du rapport du 21 mars 2016 du Dr C.\_\_\_\_\_, lequel avait procédé à une évaluation fonctionnelle. Il avait conclu à l'exclusion de l'activité habituelle d'assistante dentaire et réservé son pronostic quant à une activité adaptée en raison du déconditionnement physique (rapport du 21 mars 2016), lequel n'avait toutefois pas pu être amélioré (cf. rapport du 13 février 2018 de la physiothérapeute U.\_\_\_\_\_ du Service de rhumatologie du Centre H.\_\_\_\_\_). On relève également que les épisodes récidivants de lumbago et de lombo-sciatalgies ont été mieux gérés par la suite (rapport du 4 juillet 2016 de la Dre G.\_\_\_\_\_), ce qui a notamment permis à la recourante de maintenir son activité de surveillance des devoirs. Sur le plan psychique, les conclusions de l'expert sont rassurantes avec des ressources largement préservées (évaluation consensuelle, p. 11, cf. aussi consid. 7e ci-dessous). Sous réserve de la proximité des toilettes, laquelle n'est pas problématique dans le cadre des activités exigibles visées au

niveau de la réadaptation professionnelle, les limitations fonctionnelles relèvent ainsi du rachis et des articulations. La capacité de travail n'est donc pas limitée dans une activité sans effort permettant des changements de position fréquents, telle que la surveillance des devoirs (Ibid. p. 12), mais aussi, par exemple, avec la surveillance d'un processus de production (cf. calcul du salaire exigible du 1<sup>er</sup> avril 2020).

**d)** La recourante soulève ensuite plusieurs griefs particuliers à l'encontre de l'expertise du E.\_\_\_\_\_, sur laquelle l'OAI s'est appuyé pour rendre la décision attaquée du 24 juin 2021.

**aa)** La recourante a produit une copie du rapport d'IRM de la colonne cervicale du 8 mai 2021, ainsi qu'un rapport du Prof. G.\_\_\_\_\_ du 18 mai 2021. Ce dernier mentionne des céphalées fréquentes, des lombalgies sans lumbago depuis 2019, des cervicalgies chroniques suite à l'accident de la circulation du 13 septembre 2020 (partiellement amendées par antalgie et ostéopathie), des plaintes de sensations évoquant un syndrome sec sans évidence diagnostique, ainsi que des lésions dégénératives cervicales radiologiques (visible à IRM de la colonne cervicale du 7 mai 2021), mais sans incidence clinique. Le Prof. G.\_\_\_\_\_ évoque des limitations fonctionnelles (alternance des positions et périmètre de marche réduit à 3 km), lesquelles ne sont pas plus larges que celles décrites par les experts du E.\_\_\_\_\_ (évaluation consensuelle, p. 10). Ce médecin précise que le port d'une ceinture lombaire permet de limiter la douleur.

**bb)** Quant aux céphalées, présentes depuis 2019, il a renvoyé la recourante à des investigations complémentaires, lesquelles ont fait l'objet d'un rapport du 30 août 2021 du Centre H.\_\_\_\_\_ du Prof. ZP.\_\_\_\_\_ dont les conclusions concordent avec l'évaluation du Dr E.M.\_\_\_\_\_ (migraines sans aura, volet de médecine interne, p. 24 et 34). Par ailleurs, il ne ressort pas du rapport d'hospitalisation du Centre H.\_\_\_\_\_ du 17 janvier 2022 établi par les Drs ZK.\_\_\_\_\_ et ZL.\_\_\_\_\_ que la recourante présente, du fait des céphalées, de plus amples limitations fonctionnelles, la névralgie d'Arnold étant traitée par

infiltration. Au status neurologique observé en janvier 2022, les médecins du Centre H. \_\_\_\_\_ n'ont pas trouvé d'arguments pour une origine organique lésionnelle à la recrudescence actuelle des symptômes dans un contexte de signes de surcharge fonctionnelle (à savoir une majoration des signes cliniques, consciente ou non, noyant les signes et symptômes cliniques réels sous des symptômes et signes surajoutés). Il n'y a donc pas d'évolution notable depuis les premiers examens neurologiques réalisés par le Dr ZF. \_\_\_\_\_ du même service trois ans plus tôt (rapport du 16 janvier 2019). Ces éléments ne fournissent pas d'indications propres à remettre en cause les conclusions de l'expertise. A l'instar du Dr S.B. \_\_\_\_\_ du SMR (avis du 21 janvier 2022), il y a lieu de relever que les documents émanant du Service de neurologie du Centre H. \_\_\_\_\_ (rapports des 30 août 2021 et 17 janvier 2022) ne démontrent pas d'appréciation différente des limitations fonctionnelles que celles des experts. Comme on l'a précisé ci-dessus, cette problématique était connue du Dr E.M. \_\_\_\_\_, lequel n'a ni commandé de plus amples investigations sur ce point ni retenu de limitations fonctionnelles. Par ailleurs, ces rapports doivent être appréciés avec retenue dès lors qu'ils reposent essentiellement sur les plaintes de la recourante sans guère de substrat organique ni renseignement clinique suffisant (agenda des migraines, etc.).

**cc)** S'agissant en particulier de l'accident de la circulation dont a été victime l'assurée, il ressort du rapport du 2 mai 2021 de la Dre ZD. \_\_\_\_\_ qu'il n'existe pas d'éléments nouveaux, l'appréciation de la capacité de travail de cette médecin étant dictée par les mêmes atteintes que celles précédemment retenues sans aggravation ni élément nouveau se répercutant sur la capacité de travail.

**dd)** En ce qui concerne les rapports du 24 août 2021 du Prof. T. \_\_\_\_\_ et du 28 octobre 2021 du Dr ZN. \_\_\_\_\_, ils font état de troubles sensitifs déjà examinés par les experts (volet de médecine interne, pp. 24, 25 et 36 ; volet rhumatologique, p. 33), les manœuvres de provocation sur les tunnels carpiens revenant normales à l'instar de ce que l'expert rhumatologue avait observé (volet rhumatologique, p. 33). Le

rapport 24 août 2021 du Prof. T.\_\_\_\_\_ mentionne un hallus valgus gauche et des callosités bien connues et déjà présentes au moment de l'expertise (volet rhumatologique p. 32). Quant au syndrome du canal tarsien, en rapport avec le SED, il est considéré comme « *en bonne évolution* » et traité avec le port de semelles adaptées, ce qui est sans incidence sur l'exigibilité d'une activité adaptée n'impliquant pas de déplacement. Dans le rapport du 28 octobre 2021, le Dr ZN.\_\_\_\_\_ fait état de douleurs articulaires, essentiellement nocturnes, appelant la mise en place de moyens auxiliaires, mais sans mention de répercussion des douleurs sur la qualité de vie de la recourante, et *a fortiori* sur sa capacité de travail.

Quant à l'attestation du physiothérapeute traitant du 27 janvier 2022, elle fait état de séances de physiothérapie hebdomadaires, chronophages ayant un impact sur la vie de l'assurée et sur sa capacité à effectuer ses activités professionnelles. L'empêchement n'est cependant pas quantifié, si bien que l'attestation n'est pas de nature à remettre en cause la conclusion d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. D'autre part, les séances en question peuvent être effectuées en dehors des heures de travail. En ce qui concerne le rapport du 2 mai 2021 de la Dre ZD.\_\_\_\_\_ au SMR, il y a lieu de relever que la médecin traitante ne met pas en avant de limitations fonctionnelles plus amples que celles décrites par les experts (réponse à la question 1 ; cf. avis SMR du 23 juin 2021), sous réserve de la gêne hypopharyngée (réponse à la question 5) laquelle est toutefois sans incidence sur l'exercice d'une activité adaptée. La recourante a également bénéficié d'un bilan de réadaptation auprès du Dr C.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 7 décembre 2022, ce dernier n'aborde cependant pas les questions liées à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles.

**ee)** Par surabondance, on relève que l'avis médical du Dr D.\_\_\_\_\_ (rapport du 29 avril 2016), s'il a pu justifier de plus amples investigations vu le nombre de consultations spécialisées dont a bénéficié la recourante et vu l'instruction lapidaire du SMR avant la mise en œuvre de l'expertise (cf. arrêt CASSO AI 305/17 - 10/2019 du 15 janvier 2019),

n'est cependant pas de nature à remettre en cause les appréciations des experts, lesquels ont d'ailleurs complété l'instruction en obtenant eux-mêmes le dossier actualisé de la recourante auprès de sa nouvelle médecin traitante, la Dre ZD.\_\_\_\_\_.

**e)** Sur le plan psychiatrique, la recourante conteste l'évaluation menée par le Dr E.P.\_\_\_\_\_, lequel n'aurait en particulier pas tenu compte des répercussions de l'ensemble des facteurs extérieurs contraignants et en particulier d'un tableau médical complexe et multiple pour évaluer le caractère invalidant des troubles anxieux et dépressifs mixtes (recours du 24 août 2021, p. 12).

Évaluant la gravité des troubles psychiques (troubles anxieux et dépressifs mixtes et difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant) qu'il retenait, le Dr E.P.\_\_\_\_\_ a expliqué que la recourante disposait de ressources suffisantes. Il a indiqué que la recourante était capable de communiquer, de respecter un cadre et de s'adapter, de s'organiser, que son comportement était rationnel et autonome, qu'elle était endurante et disposait de capacités relationnelles et de communication, ainsi que d'un réseau professionnel (évaluation consensuelle, p. 11). L'examen clinique (volet psychiatrique, pp. 22-23) n'a pas montré de symptomatologie dépressive importante qui aurait interféré avec la poursuite des activités sociales, familiales, ménagères, ni d'idées noires ou de phobie sociale. Si l'assurée se décrit comme soucieuse, c'est en lien avec sa santé somatique. Le Dr E.P.\_\_\_\_\_ n'identifie pas de dette de sommeil (6h30 par nuit). Il n'identifie pas la présence d'une organisation de la personnalité pathologique. Dans ces circonstances, on voit mal quelle limitation fonctionnelle de la sphère psychique pourrait entrer en compte, la recourante n'en alléguant d'ailleurs aucune. Il n'y a dès lors pas de trouble d'une gravité suffisante pour justifier une invalidité étant rappelé que seules les maladies psychiques graves sont du ressort de l'assurance-invalidité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). Le rapport du Dr E.P.\_\_\_\_\_, lequel ne se voit pas opposer de rapport subséquent de la psychiatre traitante, est particulièrement fouillé, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la

recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. L'expert a examiné l'impact des comorbidités sur l'état de santé psychique de l'intéressée sans y discerner de répercussion sur sa capacité de travail. L'expert psychiatre répond en outre clairement à l'avis divergent de la Dre ZA.\_\_\_\_\_ du 8 février 2018. Cette psychiatre expliquait que la recourante souffrait d'un état dépressif, lequel se répercutait sur sa capacité de travail (tristesse, labilité émotionnelle, les ruminations au sujet de sa santé psychique et physique, anxiété, troubles du sommeil, fatigue entraînant des difficultés de concentration, perte d'empathie). Cependant, à l'examen clinique, le Dr E.P.\_\_\_\_\_ n'a pas observé de telles difficultés, relatant un examen psychiatrique continu, pour une expertisée qui gardait le focus, se déplaçait de la salle d'attente à la salle d'examen sans difficulté majeure, sans comportements douloureux observés. L'expert psychiatre décrit en outre une assurée capable de sourire et de rire, une personne expressive qui n'est ni en retrait, ni prostrée, il n'y avait pas de maniérisme. L'intonation de la voix était en outre bonne et le débit de parole ne montrait ni logorrhée ni ralentissement. Il décrit une humeur faiblement anxieuse et euthymique (volet psychiatrique, p. 34).

Dans son entretien approfondi (p. 22), le Dr E.P.\_\_\_\_\_ a relevé l'absence de symptomatologie dépressive importante qui aurait interféré avec la poursuite des activités sociales, familiales, ménagères, si bien qu'il n'existe pas d'indice de limitations uniformes dans tous les domaines de la vie (ATF 141 V 281 consid. 4.4).

Au final, les constats objectifs de l'experts sont dûment motivés et reposent sur un status psychiatrique détaillé, une analyse des activités quotidiennes et des ressources. Fondé sur des investigations complètes, l'absence de répercussion fonctionnelle des troubles psychiques diagnostiqués sur la capacité de travail de la recourante emporte la conviction. Le rapport se fonde sur la grille d'indicateurs pertinents, conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. considérant 5d ci-dessus) et procède d'une appréciation claire de la situation et de conclusions minutieusement motivées et exemptes de

contradictions, si bien que les conclusions du Dr E.P.\_\_\_\_\_ seront donc suivies.

**f)** L'expertise du E.\_\_\_\_\_, tant dans sa partie consolidée, que dans les rapports individuels, est fouillée, répond aux questions et tient compte des incidences multiples du SED. La valeur probante de l'expertise doit être reconnue et les diagnostics peuvent être suivis, notamment en ce qu'ils ont ou pas une influence sur la capacité de travail. Les conclusions relatives aux diagnostics et aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail de la recourante ne sont au demeurant pas remises en doute par un document au dossier, si bien que, contrairement à la situation qui prévalait à l'issue de la première décision du 25 août 2017, l'instruction médicale est désormais complète.

**7. a)** La recourante conteste qu'elle dispose d'une capacité de travail résiduelle. Rappelant que la REA a initialement eu un doute sur ce point (cf. examen du 10 janvier 2020), elle soutient qu'au vu de l'étendue de ses limitations fonctionnelles, elle ne serait pas ou plus en mesure d'offrir ce qu'un employeur serait en droit d'attendre d'un employé dans des rapports de travail qualifiés de normaux ; elle réclame une évaluation de ses capacités fonctionnelles à la Clinique [...].

**b)** La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner le point de savoir si la recourante peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à

l'offre de main-d'œuvre (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C\_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2).

On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2).

**c)** Dans le cas particulier, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la recourante et accessibles sans formation particulière (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Du reste, contrairement à ce que soutient l'intéressée, rien ne permet d'affirmer qu'une activité dans la production ou les services, voire le secrétariat, serait nécessairement incompatible avec les limitations fonctionnelles constatées. C'est ici le lieu de souligner que l'OAI a énoncé différents types d'activités envisageables dans la décision entreprise (« *travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple contrôle ou surveillance d'un processus de production ou comme aide-administrative : réception, scannage et autres* » ; cf. rapport final REA du 1<sup>er</sup> avril 2020) - dont il y a lieu d'admettre qu'elles ne contreviendraient pas aux limitations fonctionnelles (« pas de station debout > 15-20 min, pas de rotation répétitive ou de longue antéflexion en position assise, pas de port de charges > 5-7 kg, pas de travail répétitif de force ou de précision avec les mains », cf. avis SMR du 15 janvier 2021). Le rapport final REA du 1<sup>er</sup> avril 2020 n'énonce d'ailleurs nullement qu'aucune activité n'est ouverte à la recourante, mais uniquement qu'elle ne souhaite pas quitter son activité adaptée de surveillance de devoirs, ce qui exclut l'octroi de mesures professionnelles.

Elle ne saurait ainsi tirer argument de ce document, dont la conclusion résulte de son comportement sous l'angle du critère subjectif d'octroi de mesures de réadaptations. De surcroît, il y a encore lieu de rappeler que la recourante a par le passé déjà travaillé dans le type d'activités exigibles (secrétaire réceptionniste, commerce de détail et surveillance des devoirs, cf. décompte individuel AVS du 26 février 2016).

Par surabondance, on relève enfin qu'âgée de 49 ans à la date de l'expertise (ATF 138 V 457), la recourante n'avait pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; TF 9C\_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1 ; TF 9C\_168/2015 du 13 avril 2016 consid. 7.3 et les références). Elle est ainsi encore très éloignée du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (TF 9C\_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et les références).

Aussi, la recourante peut mettre en valeur sa capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le marché du travail équilibré.

**8.** La recourante ne conteste pas les résultats de l'enquête ménagère, laquelle conclut à un statut de 100 % active (recours du 24 août 2021, p. 8), si bien qu'il reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité.

**9. a)** Concluant à une rente entière, la recourante conteste implicitement le calcul du degré d'invalidité (23,85 %), si bien qu'il convient de vérifier cette question.

**b) aa)** Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle

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

**bb)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**cc)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**c) aa)** En l'occurrence, la recourante, en incapacité de travail dans son activité habituelle à 50 % depuis 2002, puis à 100 % depuis septembre 2015, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 15 février 2016, si bien qu'un éventuel droit à la rente prendrait naissance six mois à compter de la date à laquelle l'intéressée a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LPGA), à savoir au 1<sup>er</sup> septembre 2016. C'est à cette date qu'il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante.

**bb)** En ce qui concerne le revenu sans invalidité, celui-ci ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, si bien qu'il y a lieu de se référer au revenu statistique. Le salaire de référence pour les femmes travaillant dans le secteur de la santé, était, en 2016, de 5'156 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA1\_tirage\_skill\_level, 86-88 « *Santé humaine et action sociale* », niveau de qualification 2 [formation d'assistante dentaire certifiée]). Cela représente un revenu annuel de 61'872 fr. (5'156 fr. × 12 mois). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2016 (41,7 heures ; OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique), ce montant doit être porté à 64'502 fr. (61'872 fr. × 41,7 heures ÷ 40 heures).

**cc)** S'agissant du revenu d'invalidé, les experts ont attesté d'une capacité de travail de 100 % dans une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles ou de 70 % dans une activité de secrétariat. Il convient ainsi d'examiner laquelle des deux activités est la plus susceptible de réduire le dommage à l'assurance (ATF 138 I 205 consid. 3.2 ; TF 9C\_786/2020 du 1<sup>er</sup> septembre 2021 consid. 4.2 ; 9C\_546/2020 du 2 novembre 2020 consid. 4.3), ce qui revient à retenir le revenu d'invalidé le plus élevé entre une activité légère exercée à un taux d'activité de 100 % et une activité de secrétariat exercée à un taux de 70 %.

Le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) était, en 2016, de 4'363 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de qualification 1 [non

qualifiée]), soit un revenu annuel de 52'356 fr. (4'363 fr. × 12 mois). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail moyenne dans les entreprises en 2016 (41,7 heures ; OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [production et services]), ce montant doit être porté à 54'581 fr. 13 (52'356 fr. × 41,7 heures ÷ 40 heures). Dans cette hypothèse, il n'y a pas lieu de remettre en cause l'abattement de 10 % pour les limitations fonctionnelles, lequel, non contesté, apparaît conforme au droit fédéral. Dans le premier cas de figure, le revenu d'invalide se monte à 49'123 fr. (54'581 fr. 13 - 10 %).

S'agissant du second domaine de reconversion envisagé par les experts (secrétariat à 70 %), le salaire de référence pour des femmes exerçant une activité de secrétariat dans le secteur privé (production et services), était, en 2016, de 3'745 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA1\_tirage\_skill\_level, 77,79-82, « *Activités de services admin.* », niveau de qualification 1 [non qualifiée]), soit un revenu annuel de 44'940 fr. (3'745 fr. × 12 mois). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail moyenne dans les entreprises en 2016 (41,7 heures ; OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [production et services]), ce montant doit être porté à 46'849 fr. 95 (44'940 fr. × 41,7 heures ÷ 40 heures). Compte tenu d'une baisse de rendement de 30 % dans une telle activité, le revenu d'invalide se monte à 32'794 fr. 95 (46'849 fr. 95 - 30 %). Dans ce second cas de figure, il n'y a pas lieu de tenir compte d'un abattement supplémentaire pour les limitations fonctionnelles dès lors qu'un tel abattement n'entre pas en ligne de compte lorsque le corps médical a retenu, comme en l'espèce, une baisse de rendement (TF 8C\_115/2021 du 10 août 2021 consid. 3.2.1 ; 9C\_759/2018 du 18 février 2019).

Cela étant, il y a lieu de retenir qu'une activité adaptée légère est exigible à un taux d'activité de 100 % et que le revenu d'invalide statistique qui en découle est le mieux à même de réduire le dommage à l'assurance, si bien qu'*in fine*, le revenu d'invalide se monte à 49'123 francs.

**dd)** Sur le vu de ce qui précède, la comparaison des revenus avec et sans invalidité révèle une perte de gain de 15'379 fr. (64'502 fr. - 49'123 fr.), c'est-à-dire un degré d'invalidité de 23,84 %, lequel, inférieur au seuil de 40 % (art. 28 al. 1 LAI), n'ouvre pas le droit à la rente.

**10.** A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire auprès de la Clinique [...] pour une évaluation fonctionnelle. Les éléments du dossier, aussi bien sur le plan médical que sur le plan économique, sont cependant suffisants pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en toute connaissance de cause, si bien que l'on peut y renoncer par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

**11. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 24 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais de justice, par 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Tiphane Chappuis (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :