

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 novembre 2023

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Reinberg, assesseur  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'un enfant né en [...], titulaire d'un permis C, sans formation, a travaillé comme employée de maison et nettoyeuse-cheffe d'équipe à 65 % jusqu'au 28 février 2018 auprès de O.\_\_\_\_\_.

Le 8 mars 2018, O.\_\_\_\_\_ a complété un formulaire de détection précoce signalant que l'assurée s'était trouvée en incapacité totale de travail dès le 4 septembre 2017 en raison de problèmes aux cervicales et d'une maladie dégénérative.

A la suite d'un entretien de détection précoce, une collaboratrice de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rédigé un rapport en date du 11 avril 2018 selon lequel l'assurée était en incapacité de travail depuis septembre 2017 en raison du syndrome d'Ehlers-Danlos et en évoquant des douleurs aux doigts de la main droite, au genou droit et aux cervicales.

Faisant suite à un courrier du 11 avril 2018 de l'OAI selon lequel le dépôt d'une demande de prestations AI était indiqué, l'assurée a, le 9 mai 2018, adressé une demande de prestations à l'OAI en faisant état d'un syndrome d'hypermobilité, de troubles dégénératifs de l'IPP [interphalangienne proximale] et de l'IPD [interphalangienne distale] de l'index droit accompagnés de douleurs, de douleurs cervicales, de douleurs aux trapèzes et au genou droit et d'arthrose depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017. Elle a également indiqué avoir été en incapacité totale de travail du 4 septembre au 12 novembre 2017, à 75 % du 13 novembre au 8 décembre 2017, à 100 % du 9 décembre 2017 au 31 janvier 2018, à 50 % du 5 février au 31 mars 2018 puis à nouveau à 100 % du 1<sup>er</sup> au 30 avril 2018.

Selon le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 21 juin 2018, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle

travaillerait depuis 2012 au taux de 100 % comme femme de ménage par intérêt personnel et nécessité financière.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 12 novembre 2018, par O.\_\_\_\_\_, celui-ci a indiqué qu'il avait licencié l'assurée au 28 février 2018 en raison d'une inadéquation entre son état de santé et ses tâches mais qu'un poste polyvalent à 50 % pouvait être proposé dont le cahier des charges était parfaitement adapté à l'état de santé de l'assurée. A ce questionnaire était joint un certificat du 29 mars 2018 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, selon lequel cette dernière présentait des problèmes articulaires à l'origine d'une incapacité de travail prolongée mais qu'il envisageait une reprise du travail à 100 % à moyen terme dans une activité adaptée, l'intéressée ne devant plus effectuer des travaux physiques lourds ou porter des charges importantes.

Par rapport du 26 février 2019 adressé à l'OAI, la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a indiqué qu'elle avait examiné l'assurée les 8 décembre 2017, 9 janvier et 8 mars 2018. Elle a posé les diagnostics de douleurs de l'IPP et IPD de l'index de la main droite dans un contexte de troubles dégénératifs débutants, de syndrome d'hypermobilité bénigne et de syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile [SEDh]. Selon elle, une activité en tant que nettoyeuse était probablement difficile mais pouvait être exigible à raison de 2h par jour pour autant qu'il n'y ait pas de port de charge au-delà de 10 kg à répétition et une capacité de travail de 100 % était tout à fait légitime dans une activité adaptée. Elle a en outre indiqué que l'assurée n'avait pas déclaré de limitations dans l'accomplissement des tâches ménagères. A ce rapport était notamment annexé un rapport du 8 février 2019 des Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et Z.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjointe et médecin assistant du Service de rhumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier X.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre hospitalier X.\_\_\_\_\_) posant le diagnostic de SEDh avec un score de Beighton de 8/9 et proposant une rééducation spécialisée.

Dans un rapport du 6 mars 2019 adressé à l'OAI, le Dr A. \_\_\_\_\_ a pris acte du diagnostic de SEDh et a exposé que l'assurée ne pouvait pas rester longuement dans la même position, soit assise, soit debout, qu'elle ne pouvait pas porter de charges et qu'elle ne pouvait pas marcher plus de 30 minutes. Il a précisé qu'elle n'était pas en mesure d'effectuer des travaux de ménage tant professionnellement qu'à domicile. Il a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le mois de septembre 2017 et une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée.

Faisant suite à un questionnaire envoyé par l'OAI le 19 septembre 2019, le Dr A. \_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 23 octobre 2019, que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stationnaire, qu'elle présentait une incapacité de travail totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et qu'elle avait été en arrêt de travail durant toute l'année 2019. Il a précisé que l'assurée ne pouvait pas supporter une position assise ou debout prolongée, qu'elle ne pouvait pas tourner la tête, ni porter des objets.

Par rapport du 3 février 2020 adressé à l'OAI, la Dre R. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée type SEDh, critères diagnostics 2017 remplis et le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de cholécystectomie en avril 2019. Elle a indiqué que le pronostic sur la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 0 % à court terme et de 20 à 30 % d'ici douze mois. S'agissant du pronostic sur le potentiel de réadaptation, elle a exposé qu'il était bon, à savoir 20 à 30 % sur un taux de 100 % d'ici quelques mois et au moins 50 % d'ici douze à dix-huit mois. Quant aux limitations fonctionnelles, elle a expliqué que l'assurée présentait une hyperlaxité généralisée, une instabilité des scapulae, une instabilité du bassin, des troubles de la posture et que pour compenser ces instabilités, elle devait développer des tensions musculaires qui étaient douloureuses et non fonctionnelles entraînant des lumbagos, des tendinopathies et des cervicalgies sur tension musculaire.

En réponse aux questions du Service médical régional (ci-après : SMR), la Dre R. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 22 juin 2020, confirmé le diagnostic de SEDh avec 8 signes de Beighton sur 9. Elle a indiqué qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle durable du moment où la rééducation permettait de rééduquer la stabilisation et la proprioception tout en précisant que si la rééducation n'était pas efficace, l'assurée garderait des instabilités articulaires diffuses au niveau des chevilles, genoux, bassin, scapulae et doigts entraînant des limitations fonctionnelles de toutes ses articulations, surtout si elles étaient utilisées en force, en bras de levier ou durablement. Selon ce médecin, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 0 % depuis le 24 janvier 2019 et de 50 à 80 % dans une activité adaptée respectant toutes les limitations fonctionnelles précitées.

Dans un rapport du 17 juillet 2020, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin praticien auprès du SMR, a retenu une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité impliquant des ports de charges lourdes ou à répétition, pas d'activité avec marche en terrain irrégulier, sur échelle, accroupi ou en position uniquement debout. Il a conclu qu'il existait des limitations fonctionnelles durables en raison de l'atteinte ostéo-articulaire et qu'une activité physiquement contraignante n'était dès lors plus exigible. Les répercussions en termes de suivi médical et traitement antalgique étant manifestement limitées, une activité adaptée pouvait légitimement être exigée à 100 %.

Le 7 octobre 2020, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée prévoyant de refuser une rente d'invalidité eu égard à un taux d'invalidité de 12.19 % en considérant qu'elle avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas d'activité impliquant des ports de charges lourdes ou à répétition, pas d'activité avec marche en terrain irrégulier, sur échelle, accroupi ou en position uniquement debout. Il a précisé qu'elle pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité légère, notamment dans des professions se pratiquant essentiellement dans le domaine de l'industrie, comme du travail d'usinage, de montage et de contrôle,

notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, mécanique ou encore la production pharmaceutique ou d'instruments de mesures ou médicaux. Il a également mentionné que des tâches administratives (réception, scannage et autres) ou vente simple (shop et autres) pouvaient être envisagées. Finalement, il a considéré que le degré d'invalidité pouvait être fixé à 12.19 % après avoir comparé les revenus sans atteinte à la santé de 62'268 fr. 70 (selon son précédent salaire pour un 100 % et indexé pour 2018) et avec atteinte à la santé de 54'681 fr. 21 (en se référant aux données salariales statistiques pour une femme dans des activités non qualifiées dans le domaine de la production et des services à 100 % en 2018).

Le 5 novembre 2020, l'assurée a contesté ce projet de décision et a transmis un rapport du 29 octobre 2020 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, exposant qu'au vu des problématiques présentées par l'assurée, dont le syndrome du défilé thoraco-brachial [TOS], il convenait d'ajouter aux limitations déjà retenues les limitations suivantes : les mouvements répétitifs des membres supérieurs (même sans charge et même en zone basse), les activités au-dessus du niveau des épaules, les déplacements fréquents (même sur terrain plat, de par le manque d'endurance qui peut être sévère dans le SEDh), l'utilisation régulière d'escaliers, le maintien des positions statiques (y compris assise), les mouvements de torsion et/ou de porte-à-faux du tronc, les milieux bruyants ou à fortes odeurs (hyperacousie et hyperosmie), le tout avec une endurance réduite. Il a encore précisé qu'il y avait un potentiel à une reprise professionnelle moyennant une petite formation dans l'informatique puisqu'une activité manuelle poserait problème d'une manière ou d'une autre.

Par avis du 15 janvier 2021, le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que l'instruction devait être complétée et que les médecins ayant suivi l'assurée devaient être à nouveau sollicités.

Le 25 janvier 2021, le Centre hospitalier X.\_\_\_\_\_ a notamment transmis deux rapports de la Dre R.\_\_\_\_\_ des 7 novembre

2019 et 18 mai 2020. Dans ce second rapport, elle a indiqué qu'elle ne voyait pas de lien entre les sueurs profuses et le SEDh.

Le 27 janvier 2021, le Dr K.\_\_\_\_\_ a transmis un rapport du 2 octobre 2020 dans lequel il a notamment posé les diagnostics de SEDh (score de Beighton de 5/9), de cervico-scapulo-brachialgies à prédominance gauche sur plexopathie cervicale superficielle et TOS neurogène et de dorso-lombalgies sur légers troubles statique et dysbalances musculaires et a réitéré les limitations fonctionnelles que l'assurée présentait. Il a précisé qu'il estimait sa capacité de travail actuelle comme nulle mais qu'avec une petite formation, en informatique ou autre, ainsi que des mesures de réinsertion/reconditionnement, elle pourrait reprendre une activité à temps partiel.

Le 29 janvier 2021, le Dr A.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait, d'une part, une sudation profuse suivie par la Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et dermatologie et vénéréologie et traitée par Kentera et, d'autre part, une éosinophilie sanguine, probablement dans le cadre d'une parasitose qui sera traitée prochainement. Il a précisé que l'assurée ne présentait pas de trouble psychique.

Dans son avis du 31 mars 2021, le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant la rhumatologie, la psychiatrie et la médecine interne. L'OAI a dès lors entamé la procédure en vue de la désignation d'un centre d'expertise. Le mandat d'expertise a ainsi été confié au Centre Q.\_\_\_\_\_ à [...], respectivement aux Drs J.\_\_\_\_\_, médecin praticien, B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

Les experts du Centre Q.\_\_\_\_\_ ont vu l'assurée les 22, 26 juillet et 10 août 2021, puis ont déposé un rapport d'évaluation consensuelle le 2 septembre 2021, comprenant une évaluation consensuelle (faite après une conférence de consensus via des moyens

électroniques le 30 août 2021), trois expertises spécialisées et une synthèse du dossier. Selon l'évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de cervicalgies sur discopathie C5-C6, de lombalgies sans substrat anatomique, de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile et d'hyperhidrose d'étiologie indéterminée. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge lourde supérieure à 10 kg et pas de travail répétitif de préhension avec charge supérieure à 2 kg. Ils ont estimé que la capacité de travail avait toujours été de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, sauf pendant la période post-opératoire suivant la cholécystectomie en avril 2019. Les experts ont notamment recueilli un rapport du 2 juillet 2021 du Dr A. \_\_\_\_\_ posant les diagnostics de SEDh, compliqué de cervicalgies gauche chroniques, de lombalgies et de synovites digitales gauche chronique et d'hyperhidrose ainsi qu'un rapport du 3 août 2021 de la Dre N. \_\_\_\_\_ selon lequel l'assurée présentait une hyperhidrose généralisée depuis 2018 et que, sur le plan thérapeutique, on notait une nette diminution de l'hyperhidrose. Ils ont également recueilli divers rapports d'imagerie et d'analyses sanguines et d'urine.

Dans un avis du 14 octobre 2021, le Dr L. \_\_\_\_\_ a considéré que l'expertise, complète et convaincante, pouvait être suivie et que l'assurée présentait bien une atteinte ostéo-articulaire avec des limitations fonctionnelles mais sans pour autant justifier une incapacité de travail durable. La capacité de travail était ainsi entière dans toute activité à l'exception de la période post-opératoire de quelques semaines en lien avec la cholécystectomie d'avril 2019.

Par décision du 28 novembre 2021 confirmant son projet du 7 octobre 2020, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au motif qu'une capacité de travail entière était parfaitement exigible dans une activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charge lourde supérieure à 10 kg, ni de travail répétitif de préhension avec charge supérieure à 2 kg. Il a repris la même motivation que celle exposée dans son projet du 7 octobre 2020 quant aux activités envisageables et au degré d'invalidité.

Dans un courrier séparé du même jour, il a pris position sur les objections de l'assurée.

**B.** Par acte du 13 janvier 2022, H.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le mois de septembre 2018 basée sur une capacité de travail résiduelle de 50 % au maximum dans une activité adaptée et subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et au renvoi du dossier à l'OAI pour une nouvelle évaluation du taux d'invalidité. Elle a en substance fait valoir que les points soulevés par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 octobre 2020 n'avaient pas été étudiés par les experts de sorte que leurs rapports étaient incomplets et lacunaires, en particulier concernant le diagnostic posé et les conséquences des maladies limitant tant les gestes de la vie quotidienne que la capacité de travail.

A l'appui de son recours, elle a transmis un rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2021 dont il ressort que le SEDh a été retenu sans se référer aux critères diagnostics internationaux du SEDh 2017 permettant de mieux se rendre compte de l'atteinte multisystémique du syndrome, sans tenir compte des manifestations et répercussions de ce syndrome, telles que manque global d'endurance, troubles du sommeil, douleurs chroniques et déficits cognitifs, sans prendre en considération l'hyperhidrose et en dépit d'un score d'hypermobilité selon Beighton de 2/9. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a également indiqué que les experts n'avaient ni recherché, ni discuté le diagnostic de TOS neurogène qui affectait également la capacité de travail. Il a encore exposé que les experts n'avaient pas intégré les importantes limitations fonctionnelles de la recourante dans sa vie quotidienne et que, partant, ils avaient conclu à un décalage entre les constats et les plaintes de l'expertisée qui s'expliquait en réalité parfaitement par les diagnostics présentés par la recourante et leurs conséquences. Selon lui, si l'on tenait compte des manifestations actuelles du SEDh chez la recourante ainsi que du TOS neurogène, les

restrictions suivantes devaient être ajoutées à celles retenues par les experts : les mouvements répétitifs des membres supérieurs (même sans charge et en zone basse), les activités au-dessus du niveau des épaules, les déplacements fréquents (même sur terrain plat, de par le manque d'endurance qui peut être sévère dans le SEDh), le maintien des positions statiques (y compris assise), les mouvements de torsion et/ou de porte-à-faux du tronc et/ou de la nuque, les milieux bruyants et/ou à fortes odeurs (hyperacousie et hyperosmie), un manque global d'endurance, tant physique que cognitif (déficits d'attention, de concentration). Il a encore précisé que si aucune activité n'était exigible de la recourante sur le premier marché du travail, il existait un potentiel à une reprise professionnelle moyennant une petite formation en informatique. Selon lui, la capacité de travail de la recourante devait se situer entre 0 et 50 %.

Dans sa réponse du 15 mars 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours en exposant qu'aucune pièce médicale du dossier ne permettait de mettre en doute les résultats de l'expertise et a relevé que la recourante était autonome dans sa vie quotidienne sans limitations significatives et sans présenter d'atteinte psychiatrique, ses ressources étant conservées. A sa réponse était joint un avis du Dr L. \_\_\_\_\_ du 9 mars 2022 selon lequel il était clair que les nouveaux éléments présentés ne remettaient pas en cause l'appréciation pluridisciplinaire, détaillée et convaincante réalisée par les experts.

Répliquant le 6 avril 2022, la recourante a maintenu sa position et a transmis un nouveau rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 9 avril 2022 dans lequel ce dernier a notamment relevé que l'appréciation des experts ne répondait pas aux exigences requises puisqu'elle n'intégrait pas tous les éléments anamnestiques de la recourante, en particulier ses douleurs neuropathiques, ni n'évaluait cliniquement les diagnostics principaux figurant au dossier comme le TOS neurogène ou même le SEDh. Il a exposé qu'il n'avait pas repris le côté soi-disant démonstratif de la recourante retenu par les experts ne l'ayant, d'une part, pas constaté lui-même, et, d'autre part, parce qu'il était inapproprié face à l'expression cohérente des symptômes du SEDh manifestés par la recourante. Il a enfin

détaillé les capacités réelles de la recourante vis-à-vis des limitations fonctionnelles retenues.

Par duplique du 25 avril 2022, l'intimé a à nouveau proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Était joint un avis du Dr L. \_\_\_\_\_ du 21 avril 2022 selon lequel l'absence de diagnostic de TOS neurogène, diagnostic uniquement retenu par le Dr K. \_\_\_\_\_, pouvait certainement être expliqué par le fait que les experts avaient écarté ce diagnostic sur la base des éléments anamnestiques et cliniques présents. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a relevé que l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ allait également à l'encontre des autres médecins spécialistes présents au dossier, notamment lorsqu'il évoquait l'hyperhidrose qui n'avait même pas été évoquée par le dermatologue de la recourante, pourtant spécialiste en la matière. Il a encore constaté que les éléments du quotidien mentionnés par le Dr K. \_\_\_\_\_ étaient sans nul doute teintés de subjectivité dès lors qu'il se focalisait sur les douleurs, élément de nature subjective sans expliquer les autres aspects retenus, tels que le manque d'endurance global ou les déficits d'attention et de concentration. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a conclu qu'il s'agissait d'une appréciation différente du même état de fait qui n'était pas de nature à modifier ses conclusions.

### **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.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, eu égard à l'appréciation de son état de santé, partant d'une éventuelle capacité de travail résiduelle et de la détermination de son taux d'invalidité.

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

**b)** En l'espèce, la décision attaquée date du 28 novembre 2021 et l'état de fait s'est principalement déroulé entre 2018 et 2021, à savoir antérieurement à la modification législative, tout comme l'ouverture d'un éventuel droit à la rente. Il convient dès lors d'appliquer l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**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)** 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).

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** 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).

**d)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui

précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**e)** Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et la référence). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante (TF 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.3). En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**f)** Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ;

TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

**g)** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

**6.** Dans le cas d'espèce, l'intimé a refusé l'octroi de prestations en se fondant sur l'avis des experts du Centre Q. \_\_\_\_\_ du 2 septembre 2021. Dans le cadre de leur analyse, ces experts ont retenu que la capacité de travail de la recourante avait toujours été de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, sauf pendant la période post-opératoire suivant la cholécystectomie d'avril 2019.

De son côté, la recourante a contesté que le rapport d'expertise puisse se voir reconnaître une valeur probante, celui-ci étant incomplet et lacunaire au motif qu'il ne prenait pas en compte les atteintes multisystémiques du SEDh, les manifestations et répercussions invalidantes de ce syndrome, le syndrome du TOS neurogène ainsi que l'hyperhidrose. Selon elle, l'appréciation des experts ne répondrait pas aux

exigences requises puisqu'elle n'intégrait pas tous les éléments anamnestiques, en particulier ses douleurs neuropathiques, ni n'évaluait cliniquement les diagnostics principaux figurant au dossier comme le TOS neurogène ou même le SEDh. Elle a également fait valoir que des limitations fonctionnelles plus étendues que celles prises en compte par les experts devaient être retenues.

**a)** Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 2 septembre 2021 satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur de tels documents. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré la recourante et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus du 30 août 2021 qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel les experts ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical de la recourante transmis par l'OAI auquel des documents complémentaires ont été ajoutés ainsi que des examens radiologiques et des analyses en laboratoire qui ont été intégralement examinés. Chaque expertise spécialisée reprend la même structure et contient en premier lieu une synthèse du dossier (ch. 2), une anamnèse étendue établie par l'expert sur la base de son entretien avec la recourante qu'ils ont notamment interrogée sur ses traitements, habitudes de vie et déroulement d'une journée habituelle (ch. 3). Ils ont ensuite protocolé les constatations faites à l'occasion de leur examen respectif (ch. 4) et posé leurs diagnostics (ch. 6). Ils ont donné leur évaluation de la situation médicale et médico-assurantielle, incluant une évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi qu'une appréciation des capacités, des ressources et des difficultés de la recourante (ch. 7) avant de répondre aux questions du mandant (ch. 8). On relèvera encore ici que les experts ont retenu un statut d'active à 100 %, suivi par l'intimé, qui peut en l'espèce être validé dès lors que la recourante elle-même a indiqué qu'à défaut d'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % (cf. formule de détermination de statut du 21 juin 2018).

**b)** Sur le plan psychiatrique, l'experte n'a retenu aucun diagnostic incapacitant ou non, ce qui n'est par ailleurs pas contesté par la recourante qui n'a d'une part remis aucun rapport de consultation psychiatrique, d'autre part, fait valoir aucun moyen à l'encontre du volet psychiatrique de l'expertise du 2 septembre 2021. L'absence de trouble psychique avait d'ailleurs déjà été mentionné par le Dr A.\_\_\_\_\_ le 29 janvier 2021.

**c)** Sur le plan somatique, l'expert de médecine interne n'a posé aucun diagnostic incapacitant, précisant cependant retenir dans le domaine de la médecine générale un diagnostic d'hyperhidrose idiopathique existant depuis environ deux ans qui n'était pas de nature incapacitante.

Quant à l'expert en médecine physique et réadaptation, il a retenu les diagnostics de cervicalgies sur discopathie C5-C6, de lombalgies sans substrat anatomique et de syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile.

Ces diagnostics ne sont pas remis en cause par la recourante qui soutient cependant que les experts auraient également dû prendre en compte à titre incapacitant d'autres diagnostics, tels que le TOS ou l'hyperhidrose.

**aa)** S'agissant du TOS dont le Dr K.\_\_\_\_\_ prétend dans son rapport du 22 décembre 2021 qu'il n'a été ni recherché, ni discuté dans l'expertise, on constatera que l'expert S.\_\_\_\_\_ a mentionné l'existence de ce syndrome en page 22 de son rapport d'expertise sans toutefois le retenir comme diagnostic, même en tant que diagnostic différentiel. Seul le Dr K.\_\_\_\_\_ a mentionné ce diagnostic, la première fois dans ses rapports des 2 et 29 octobre 2020 en l'associant au SEDh sans expliciter davantage cette atteinte. Or, ce qui importe pour juger du droits aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (cf. ATF 136 V 279 consid. 2.3.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références

citées), ce qui fait en l'occurrence défaut dans les rapports du Dr K. \_\_\_\_\_ d'octobre 2020 mais également dans ceux des 22 décembre 2021 et 9 avril 2022 produits par la recourante. Sans autre explication, on ne saurait dès lors retenir l'avis isolé de ce médecin quant à l'existence d'un TOS engendrant de surcroît des atteintes incapacitantes.

**bb)** Pour ce qui concerne l'hyperhidrose ou sueurs profuses, on peut déjà relever que ce diagnostic a été posé par le Dr A. \_\_\_\_\_ dans ses rapports des 29 janvier et 2 juillet 2021, ainsi que par les experts du Centre Q. \_\_\_\_\_, qui ont retenu ce diagnostic avec la mention d'étiologie indéterminée, faisant ainsi écho au point de vue de la Dre R. \_\_\_\_\_ qui avait clairement exposé qu'elle ne voyait aucun lien entre les sueurs profuses et le SEDh dans un rapport du 18 mai 2020. On notera également que l'échographie pelvienne du 25 août 2020 n'a montré aucune anomalie. Ainsi, contrairement à ce que soutient la recourante, le diagnostic d'hyperhidrose a bien été pris en compte par les experts sans toutefois y attacher de répercussions invalidantes. A cet égard, on constatera que la recourante elle-même n'a pas exposé en quoi l'hyperhidrose serait incapacitante, ce que la Dre N. \_\_\_\_\_ n'a pas non plus indiqué dans son rapport du 3 août 2021 mentionnant au contraire que, sur le plan thérapeutique, on notait une nette diminution de l'hyperhidrose sous un traitement d'oxybutidine.

**cc)** Enfin, la recourante a, d'une part, fait valoir que le SEDh n'aurait pas été évalué selon les normes en vigueur et, d'autre part, que les atteintes multisystémiques liées à son SEDh n'auraient pas été prises en considération, ni les manifestations et répercussions de ce syndrome invalidant. S'agissant de sa critique sur l'évaluation du SEDh, il ressort de l'expertise que le score de Beighton a été utilisé par l'expert S. \_\_\_\_\_, tout comme les Drs R. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, à la différence près que l'expert ne parvient qu'à un score de 2/9, contrairement à ses confrères qui sont arrivés respectivement à des scores de 8/9 et 5/9 (cf. rapports des 8 février 2019, 22 juin 2020 et 2 octobre 2020). Pour ce qui est de la question de l'absence de prise en compte des atteintes multisystémiques, il faut comprendre de cette critique que la recourante aimerait que des

limitations fonctionnelles plus étendues et incapacitantes que celles prises en compte par les experts soient retenues rejoignant par-là la question de la capacité de travail qui va être examinée ci-dessous.

**d)** En termes de capacité de travail, les experts ont estimé qu'elle était de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Ils ont retenu comme limitations fonctionnelles l'absence de port de charge lourde supérieure à 10 kg et de travail répétitif de préhension avec charge supérieure à 2 kg. Pour sa part, la recourante a contesté la capacité de travail retenue et a fait valoir que celle-ci devait être évaluée au regard d'un nombre de limitations plus étendues que celles retenues par les experts.

Il ressort des pièces au dossier que si les Drs A. \_\_\_\_\_ M. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont dans un premier temps retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, à l'exception de la Dre R. \_\_\_\_\_ qui a attesté une capacité de travail de 20 à 30 % dans l'activité habituelle dans les douze mois suivant son rapport du 3 février 2020, et un taux variant entre 0 et 100 % dans une activité adaptée (cf. certificat du 29 mars 2018 et rapports des 26 février, 6 mars, 23 octobre 2019 et 22 juin 2020), ces médecins ne se sont ensuite plus prononcés sur la capacité de travail de la recourante (cf. rapport des 7 novembre 2019 et 18 mai 2020 de la Dre R. \_\_\_\_\_ et avis du Dr A. \_\_\_\_\_ des 29 janvier et 2 juillet 2021). En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, le Dr A. \_\_\_\_\_ a retenu que la recourante ne pouvait plus effectuer de travaux physiques lourds ou porter des charges importantes, qu'elle ne pouvait pas rester assise longuement dans la même position, ni marcher plus de 30 minutes, ni tourner la tête (cf. certificat du 29 mars 2018 et rapports des 6 mars et 23 octobre 2019) et la Dre M. \_\_\_\_\_ a mentionné une absence de port de charge au-delà de 10 kg à répétition et a indiqué que la recourante n'avait pas déclaré de limitation dans l'accomplissement des tâches ménagères (cf. rapport du 26 février 2019). Pour sa part, la Dre R. \_\_\_\_\_ a indiqué, dans son rapport du 22 juin 2020, qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles durables du moment où la rééducation était efficace et que, dans le cas contraire, la recourante garderait des instabilités articulaires

entraînant des limitations fonctionnelles des articulations si elles étaient utilisées en force, en bras de levier ou durablement. On ne peut que constater que ces limitations rejoignent pour l'essentiel celles retenues par les experts. A cet égard, on relèvera que la Dre R.\_\_\_\_\_ avait indiqué, dans son rapport du 3 février 2020, que l'assurée présentait une hyperlaxité généralisée, une instabilité des scapulae et du bassin ainsi que des troubles de la posture pouvant entraîner des lombagos, tendinopathies et des cervicalgies, diagnostics retenus par les experts. Seul le Dr K.\_\_\_\_\_ a attesté de limitations fonctionnelles plus étendues dans ses rapports des 2 et 29 octobre 2020. Or, outre le fait que son avis doit être pris en considération avec retenue au vu de l'existence d'un lien de confiance, on relèvera que ce médecin n'a pas motivé son appréciation ni exposé pour quel(s) motif(s) il se distancie des médecins précédemment consultés, se contentant de lister les limitations fonctionnelles qu'il pensait devoir être appliquées à la recourante. On notera par surcroît que son avis intervient en fin d'instruction, que le rapport du 29 octobre 2020 a été produit à l'appui de sa contestation au projet de décision, de sorte que les deux rapports du mois d'octobre 2020 ont tous deux été produits après le projet de décision et dans le but de le contester.

Les deux rapports produits par la recourante à l'appui de ses écritures dans la procédure de recours (22 décembre 2021 et 9 avril 2022), s'ils peuvent être pris en compte du moment qu'ils se rapportent à la situation prévalant au moment de la décision de l'OAI (cf. consid. 5g *supra*), ne lui sont d'aucun secours pour démontrer l'existence de limitations fonctionnelles plus étendues que celles retenues par les experts. En effet, dans son rapport du 22 décembre 2021, le Dr K.\_\_\_\_\_ s'est limité à lister les restrictions qu'il convenait d'ajouter sans en détailler les répercussions, ni les motiver. Quant à son rapport du 9 avril 2022, il faut constater qu'il n'a fait que dresser un état du quotidien de sa patiente, tel que rapporté par celle-ci pour présenter un quotidien diminué et en déduire d'autres limitations fonctionnelles. Ses conclusions ne reposent que sur les seules allégations de la recourante, le médecin ne rapportant pas d'éléments objectifs ressortant d'un examen clinique

confirmant les propos de sa patiente. A cet égard, on relèvera que les experts du Centre Q.\_\_\_\_\_ ont noté un côté démonstratif de la recourante et une divergence entre les symptômes décrits et l'observation objective médicale en ce qui concerne les lombalgies, la gonalgie droite, la non-concordance entre les activités quotidiennes rapportées et les éléments du dossier (cf. p. 6 de l'évaluation consensuelle). Pour le surplus, la Cour de céans ne saurait fonder son jugement sur le travail que l'intéressée s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tels qu'il ressort des avis médicaux ayant valeur probante. En définitive, il convient de retenir que les rapports du Dr K.\_\_\_\_\_ des 22 décembre 2021 et 9 avril 2022 ne sont pas de nature à contester l'ensemble de l'expertise.

Au vu ce qui précède, il sied de constater que les limitations fonctionnelles ont été retenues à satisfaction dans l'expertise et sont cohérentes avec celles retenues par les différents médecins de la recourante, à l'exception du Dr K.\_\_\_\_\_ dont on a vu qu'il se faisait en réalité l'écho des propos de sa patiente sur son quotidien sans fondement somatique. Les experts ont de plus retenu que la recourante présentait de bonnes capacités de communication, de respect du cadre expertal, d'adaptation, de flexibilité mentale, d'organisation, d'endurance, de jugement et de prise de décision, ainsi que de gestion des relations interpersonnelles et qu'elle était autonome dans les actes de la vie quotidienne. Dans l'avis SMR du 14 octobre 2021, le Dr L.\_\_\_\_\_ a, en se ralliant à l'expertise, retenu que la capacité de travail de la recourante était entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée considérant que si la recourante présentait bien une atteinte ostéo-articulaire justifiant des limitations fonctionnelles, celles-ci n'entraînaient pas une incapacité de travail durable.

**e)** Il convient toutefois de constater d'office que la décision de l'intimé du 28 novembre 2021 a retenu de manière erronée une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée. Il s'agit de toute évidence d'une mauvaise retranscription de la part de l'intimé tant du rapport d'expertise du 2 septembre 2021 que de

l'appréciation du SMR du 14 octobre 2021, confirmés par le Dr L. \_\_\_\_\_ qui, dans son avis du 9 mars 2022, mentionnait que la capacité de travail dans l'activité habituelle avait été à tort rapportée comme nulle. Cette erreur de plume ne change toutefois rien au fait que la recourante n'a pas le droit à des prestations de la part de l'intimé. En effet, en prenant en compte une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, situation en faveur de l'assurée, l'intimé a retenu que la recourante présentait un taux d'invalidité de 12.19 % après avoir comparé ce qu'elle aurait gagné à 100 % en 2018 chez son ancien employeur avec un revenu avec invalidité calculé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (cf. projet de décision du 7 octobre 2020). Le seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente n'étant pas atteint, la recourante n'avait pas le droit à une telle prestation. Si l'on tient compte des conclusions de l'expertise du 2 septembre 2021, la recourante ne présente aucune perte de gain dès lors que sa capacité de travail est entière dans toutes les activités et ne saurait dès lors se voir ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

En définitive, il convient de confirmer la décision de l'intimé.

**7.** A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90

consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

**8. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'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, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 28 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 H.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- H. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :