

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Durussel, juge et M. Chevalley, assesseur
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg,

et

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

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

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé entre [...] et [...] pour le compte de la société [...] SA, en qualité d'aide de cuisine, à un taux de 80 %.

Le 21 septembre 2017, l'assurée a été victime d'une chute sur son lieu de travail, lui causant une fracture transverse de la vertèbre S3. Elle s'est retrouvée en incapacité de travailler à la suite de cet événement.

Le 25 avril 2018, l'assurée a déposé une demande 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), expliquant souffrir de douleurs au bas du dos depuis sa chute sur le coccyx.

Par rapport du 4 juillet 2018, l'employeur de l'assurée a indiqué à l'OAI que l'activité d'aide de cuisine requérait notamment de rester souvent debout et parfois de marcher et de soulever ou porter des poids légers (entre 0 et 10 kg), mais jamais d'être assis.

Par rapport du 12 juillet 2018, les Drs [...], spécialiste en angiologie, et [...], cheffe de clinique adjointe au service d'angiologie de l'hôpital L._____, ont fait mention du diagnostic de phlébo-lipœdème des membres inférieurs.

Le 16 juillet 2018, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle travaillerait à un taux de 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé, cela pour des raisons financières ainsi que par intérêt.

Du 13 septembre au 16 décembre 2018, l'assurée a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un maintien au poste de travail.

Par rapport du 25 mars 2019, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les

diagnostics de lombosacralgies post-traumatiques avec fracture de la vertèbre S3 depuis le 21 septembre 2017, d'anémie ferriprive, d'ostéopénie et d'état anxio-dépressif réactionnel. Il a attesté une capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle dès le 16 juillet 2018, sans se prononcer sur celle dans une activité adaptée. Il a joint divers documents, dont un rapport établi le 3 juillet 2018 par le Dr V._____, spécialiste en neurologie, lequel faisait état de plaintes sensibles multiples sans participation neurologique majeure objectivable, et un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du sacrum du 8 février 2018, lequel notait une évolution tout à fait satisfaisante de la fracture transverse de la vertèbre S3, sans déplacement secondaire et avec une nette diminution de l'œdème.

Les 24 octobre 2019 et 5 janvier 2021, l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée a transmis à l'OAI un lot de pièces, dont :

- un rapport d'IRM lombaire du 13 mai 2019 révélant un rétrécissement relativement important du canal rachidien (surtout des récessus aux vertèbres L4-L5), en discrète progression sur l'ensemble de l'évolution depuis 2019, pouvant être responsable des symptômes ;
- un rapport du 6 juin 2019 du Dr K._____ mettant en évidence les diagnostics de lombosacralgies persistantes post-traumatiques après fracture transverse de la vertèbre S3 (le 21 septembre 2017), de lombalgies et pseudo sciatalgies droites, de plaintes sensibles multiples sans participation neurologique, d'épigastralgies, de modification du transit intestinal avec syndrome douloureux abdominal régulièrement récidivant, de phlébo-lipœdème des membres inférieurs, d'anémie ferriprive (occasionnellement substituée en Ferinject 500 mg), de cervicocapulalgies et lombalgies régulièrement récidivantes, de status après gonalgies mécaniques gauches sur chondropathie rotulienne (en septembre 2006), de colon spastique, d'asthme allergique anamnestique et d'ostéopénie ;
- un rapport d'expertise du 19 septembre 2019 de la Dre N._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale,

laquelle a relevé les diagnostics - avec incidence sur la capacité de travail - de sacralgies et coccygodynies positionnelles mécaniques persistantes (dans le contexte d'une fracture non déplacée de la vertèbre S3 sur une chute le 21 septembre 2017 et d'une probable hypermobilité/instabilité résiduelle coccygienne post-traumatique) et de lombalgies occasionnelles (dans le cadre d'une discopathie aux vertèbres L4-L5, d'une arthrose postérieure débutante et d'un rétrécissement du canal lombaire de même niveau, avec une périarthropathie de hanche bilatérale secondaire et une insuffisance de la sangle abdominopelvienne) de même que le diagnostic - sans impact sur la capacité de travail - d'excès pondéral, tout en concluant au maintien de l'incapacité de travail de 40 % dans l'activité d'aide de cuisine le temps que les mesures médicales adaptées (traitement manuel, rééducation du périnée, renforcement lombo sélectif lombo-pelvien et infiltrations) soient mises en place ;

- un rapport du 17 juin 2020 du Dr V._____, lequel a signalé une perte de connaissance de l'assurée, le 28 février 2020, d'allure syncopale (probablement vagale), sans aucun argument pour une crise épileptique ; et
- un rapport du 10 novembre 2020 des Dres B._____, cheffe de clinique, et [...], médecin-assistante, du service de rhumatologie de l'hôpital L._____, lesquelles ont observé les diagnostics - avec répercussions sur la capacité de travail - de possible maladie de Behçet (avec présence du gène HLA-B51 positive, aphtose unipolaire à répétition et symptomatologie neurologique non spécifique), de cervicoscapulalgies et lombocruralgies chroniques (avec fracture du sacrum sur chute de sa hauteur en 2017 traitée conservativement et rétrécissement du canal rachidien aux vertèbres L4-L5), de probable syndrome douloureux chronique de type fibromyalgies et de malaises à répétition d'origine indéterminée ainsi que les diagnostics - sans influence sur la capacité de travail - de suspicion de polyneuropathie périphérique et d'épigastralgies chroniques, tout en spécifiant que les douleurs généralisées limitaient l'assurée dans le port de charge, la station debout prolongée et la marche et que le rendement était diminué par la fatigue.

Le 14 avril 2021, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé.

Par rapport non daté, reçu le 10 mai 2021 par l'OAI, la Dre [...], médecin au service de neurologique du centre hospitalier [...], a posé le diagnostic de possible maladie de Behçet avec atteinte neurologique multidomaine. Elle ne s'est pas déterminée sur la capacité de travail de l'assurée.

Par rapport du 28 juin 2021, la Dre B._____ a fait état des diagnostics de rachialgies (cervicoscapulalgies et lombocruralgies) chroniques non spécifiques (avec fracture du sacrum sur chute de sa hauteur en 2017 et rétrécissement du canal rachidien aux vertèbres L4-L5) et de probable fibromyalgie, excluant finalement le diagnostic de maladie de Behçet.

Par rapport du 28 juin 2022, le Dr K._____ a relevé les diagnostics de rachialgies chroniques non spécifiques et de syndrome fibromyalgique depuis 2017. Il a certifié une capacité de travail de 50 % depuis le 1^{er} juin 2020 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a par ailleurs joint - entre autres pièces - un rapport d'IRM du rachis entier du 1^{er} juin 2022, dont les conclusions étaient les suivantes (*sic*) :

« **A l'étage cervical :**

Discopathie débutante étagée sans protrusion focalisée et sans rétrécissement canalaire ou foraminal.

Colonne dorsale :

Arthrose inter-apophysaire postérieure T1-T2 ddc [des deux côtés] non congestive.

Colonne lombaire :

Etage dégénératif en L5-S1 (lombalisation de S1) associant discopathie et arthrose inter-apophysaire postérieure bilatérale, responsable d'un rétrécissement récessal ddc potentiellement conflictuel de l'émergence des racines L5 ddc.

Pas de remaniement congestif décelé sur l'ensemble de la colonne.

[...] ».

Dans un avis du 10 août 2022, le Dr D._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en rhumatologie, en psychiatrie et en médecine interne.

Les 13 et 20 décembre 2022 et le 4 janvier 2023, l'assurée a été examinée par les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, F._____, spécialiste en rhumatologie, et J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous trois experts auprès du centre d'expertises Z._____. Par rapport du 10 mars 2023, ces derniers ont retenu les diagnostics de fibromyalgie (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies] M79.7), de lombalgie mécanique sur atteinte dégénérative documentée (CIM-10 M54.5 ; avec lombosacralgies), de status post-fracture transverse à la vertèbre S3 le 21 septembre 2017, d'ostéopénie (CIM-10 N85.9), de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4), de personnalité obsessionnelle (CIM-10 F60.5), de surcharge pondérale, de phlébo-lymphœdème au membre inférieur, d'Helicobacter pylori positif (CIM-10 K31.9), de colon spastique, de cupulolithiase anamnestique, de status après plusieurs syncopes avec bilan neurologique normal, d'anémie ferriprive traitée par Ferinject et d'asthme allergique anamnestique (CIM-10 J45). Selon eux, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle à partir du 21 septembre 2017, cela pour des raisons rhumatologiques ; elle était également nulle depuis ce jour jusqu'au mois de février 2018 (soit la date à laquelle la consolidation de la fracture de la vertèbre S3 avait été objectivée par IRM), puis de 80 % (compte tenu d'une perte de rendement de 20 % en lien avec la fatigue chronique et les douleurs), toujours pour des motifs rhumatologiques. Les experts ont observé les limitations fonctionnelles suivantes :

« Pas de limitation au niveau de la médecine interne générale.

Limitations rhumatologiques : emploi à prédominance sédentaire avec adaptation de son assise permettant d'alterner les stations assise et debout, réaliser régulièrement de courtes pauses, pas de contrainte rachidienne posturale en rotation ou de mouvement en porte-à-faux du buste, pas de manutention ni de port de charge avec effort de soulèvement au-delà de 5kg depuis le sol. Nécessité d'une

répartition harmonieuse des horaires de travail pour limiter la fatigue chronique.

Limitations psychiatriques : difficultés à s'adapter au changement et baisse modérée des capacités cognitives en lien avec son état psychique global (mémoire et concentration moins performantes qu'autrefois, moindre de persévérance et plus de difficulté à prendre rapidement des décisions). ».

Dans un avis du 16 mars 2023, le Dr D. _____ a estimé que le rapport d'expertise du centre d'expertises Z. _____ précité était complet, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter.

Par projet de décision du 24 mars 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, dès lors que son degré d'invalidité s'élevait à seulement 14 %.

Le 8 mai 2023, l'assurée, désormais représentée par Me Charles Guerry, s'est opposée à ce projet de décision. Elle a en substance reproché à l'OAI de n'avoir pris en considération ni l'incapacité de travail totale qu'elle avait subi à la suite d'une chute dans les escaliers de la gare de [...], le 8 octobre 2022, ni les malaises et vertiges chroniques dont elle souffrait. A l'appui de son argumentation, elle a produit un rapport du 3 avril 2023 du Dr E. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, lequel avait diagnostiqué une récurrence de vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) gauche et de vertiges chroniques.

Par décision du 12 juillet 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision. Se fondant sur un avis du Dr D. _____ établi le même jour, il a expliqué, dans une prise de position annexe, que les symptômes allégués par l'assurée avaient été pris en compte par les experts du centre d'expertises Z. _____, de sorte qu'ils n'étaient pas susceptibles de modifier sa décision.

B. Le 13 septembre 2023, Q. _____, sous la plume de son mandataire, a déféré cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une nouvelle

expertise médicale, puis nouvelle décision et, subsidiairement, à sa réforme en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité lui soit reconnu. Elle a par ailleurs joint à son recours un rapport du 14 juillet 2023 du Dr E._____, un rapport du 25 août 2023 du Dr C._____, médecin adjoint au service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital L._____, et un rapport du 11 septembre 2023 du Dr K._____.

Par réponse du 7 novembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision litigieuse, exposant que les rapports médicaux précités ne remettaient pas en cause l'appréciation des experts.

Par réplique du 3 janvier 2024, la recourante a maintenu ses conclusions, versant au dossier un rapport du 21 décembre 2023 du Dr K._____.

Par duplique du 5 février 2024, l'intimé a à son tour confirmé 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 - compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) - auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 25 avril 2018, singulièrement le droit à une rente d'invalidité.

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

Dans le cas présent, la recourante a déposé, en date du 25 avril 2018, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi, étant donné que l'état de fait déterminant est antérieur au 31 décembre 2021 et concerne l'éventuelle allocation d'une rente dès le 1^{er} octobre 2018 au plus tôt (soit six mois après le dépôt de cette demande [cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI]), il convient d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par

l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

d) 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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. a) 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).

b) 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).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. a) En l'espèce, il ressort du rapport du 10 mars 2023 du centre d'expertises Z. _____ - sur lequel l'intimé s'est appuyé pour fonder sa décision litigieuse du 12 juillet 2023 de refus de rente - que la recourante présente, sur le plan de la médecine interne, une surcharge pondérale, un phlébo-lymphoedème au membre inférieur, un *Helicobacter pylori* positif éradiqué (CIM-10 K31.9), un colon spastique, une cupulolithiase, un status après plusieurs syncopes avec bilan neurologique normal, une anémie ferriprive (traitée par Ferinject en injection) et un asthme allergique anamnestique (CIM-10 J45). Au niveau psychiatrique, elle souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) et d'une personnalité obsessionnelle (CIM-10 F60.5). Enfin, au niveau rhumatologique, elle est atteinte de fibromyalgie (CIM-10 M79.7), d'ostéopénie (CIM-10 M85.9) et de lombalgie mécanique sur atteinte dégénérative documentée (CIM-10 M54.5) avec sacralgies (CIM-10 M53.3) et status post-fracture transverse à la vertèbre S3 (CIM-10 N85.9). Elle n'est ainsi plus capable d'exercer son activité habituelle d'aide de cuisine depuis l'événement du 21 septembre 2017 pour des raisons rhumatologiques. Sa capacité de travail dans une activité adaptée a également été considérée comme nulle entre cette date et le mois de février 2018, soit lorsque la consolidation de la fracture de la vertèbre S3 a été objectivée, avant d'être évaluée à 80 % (en tenant compte d'une baisse de rendement de 20 % due à la fatigue chronique et aux douleurs) à compter du mois de mars 2018, toujours pour raisons rhumatologiques.

b) Cela étant, rien ne permet de remettre en cause les conclusions des experts du centre d'expertises Z._____. Leur rapport a en effet été établi en pleine connaissance des pièces versées au dossier, en particulier du rapport d'expertise du 19 septembre 2019 de la Dre N._____, des différents rapports des médecins traitants formulés depuis l'accident de septembre 2017 et des multiples rapports d'imagerie. La Dre F._____ a d'ailleurs requis un avis spécialisé complémentaire de la part du Dr E._____, lequel a confirmé l'existence d'un vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) du canal postérieur gauche. De plus, les rapports liés à la chute du 8 octobre 2022 dans les escaliers de la gare de [...] étaient - contrairement à ce que l'intéressée prétend - connus des experts, comme cela ressort de la synthèse du dossier annexée à la fin du rapport d'expertise. Ces derniers ont en outre réalisé des examens somatiques et psychiques complets selon leur spécialité respective, notamment un examen des diverses articulations ainsi que des systèmes oto-rhino-laryngologiques et neurologiques, un bilan fibromyalgique et une analyse des aptitudes de l'assurée à l'aune de la Mini CIF-APP. Les plaintes exprimées, spécifiquement celles en lien avec les douleurs lombaires et les vertiges chroniques, ont de surcroît été prises en compte. Les experts ont enfin décrit et apprécié la situation médicale de manière claire. Leurs conclusions ont été bien motivées et sont dénuées de contradiction.

A cet égard, du point de vue de la médecine interne, le Dr H._____ a notamment fait état de vertiges sur cupulolithiase, lesquels étaient apparus à la suite de la seconde chute d'octobre 2022. Or, selon la littérature médicale, cette atteinte à la santé constitue une forme particulière de vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB ; cf. Massimo Sussetto et al., Vertige positionnel paroxystique bénin : manœuvres diagnostiques et thérapeutiques, in *Revue médicale suisse* 2022, vol. 18, p. 1848 ss, p. 1848 ; Stephen Jacques Alzuphar/Raphaël Maire, Vertige paroxystique positionnel bénin du canal semi-circulaire antérieur, in *Revue médicale suisse* 2016, vol. 12, p. 1665 ss, p. 1665). C'est donc à tort que la recourante reproche à ce spécialiste de ne pas avoir tenu compte de ce diagnostic dans son analyse, étant donné qu'il a expressément exposé que la cupulolithiase avait été traitée par Betaserc et par la manœuvre de

Semont, laquelle consiste en des mouvements de la tête permettant, grâce au principe de l'inertie et à la gravité, d'évacuer les débris d'otolithes - responsables des vertiges - des canaux semi-circulaires (cf. Massimo Sussetto et al., *op. cit.*, p. 1851). Le Dr H. _____ a également pris en considération les malaises dont la recourante s'était plainte, en posant le diagnostic de status après plusieurs syncopes. A ce titre, il a mentionné que cette symptomatologie avait été investiguée par une IRM cérébrale, laquelle s'était avérée dans la norme, mis à part des anomalies du signal de la substance blanche. D'autres examens neurologiques avaient cependant pu exclure une épilepsie ou un syndrome de Behçet.

Au niveau psychiatrique, la Dre J. _____ a procédé à un examen complet des indicateurs de l'ATF 141 V 281 (cf. *supra* consid. 3d). Elle a en particulier relevé la présence de ressources chez la recourante, avec des facultés cognitives dans la norme, voire au-dessus de cette dernière, une expérience professionnelle riche dans la restauration et l'hôtellerie, un soutien matériel et affectif de la part de ses enfants et de son mari et un réseau amical proche, à qui elle rendait régulièrement visite, tout en mettant en évidence quelques limitations légères dans la prise de décision de même qu'une personnalité rigide entravant la flexibilité et le changement. Pour le reste, elle a constaté une certaine incohérence dans le comportement de l'assurée, expliquant que « *[l]es plaintes physiques alléguées [n'allaient] pas de pair avec sa force mentale inébranlable énoncée* ». Elle a au final jugé que la recourante pouvait travailler à plein temps dans une activité ritualisée ne demandant pas trop de connaissances spécifiques et sans changement fréquent de procédure, tout en précisant que les limitations fonctionnelles psychiatriques concernaient avant tout la difficulté à s'adapter aux changements et la baisse modérée des capacités cognitives en lien avec l'état psychique global (soit une mémoire et une concentration moins performantes qu'autrefois, une persévérance altérée et des difficultés à prendre rapidement des décisions).

Enfin, sur le plan rhumatologique, la Dre F. _____ a observé des rachialgies mécaniques chroniques sur atteinte dégénérative avec des

lésions débutantes sur le rachis cervical et une sténose canalaire lombaire des deux derniers étages. Elle a spécifié que l'atteinte mécanique dégénérative devait être prise en charge par un traitement antalgique (Paracétamol), tout en affirmant que les anti-inflammatoires non stéroïdiens n'étaient pas adaptés pour une prise quotidienne et devaient être réservés à de courtes durées, lors des épisodes plus douloureux. Une prise en charge infiltrative rachidienne radioguidée lombaire et le port intermittent d'une ceinture de soutien lombaire pouvaient par ailleurs être proposés. La physiothérapie en cours devait être poursuivie. L'experte a au surplus souligné le diagnostic de fibromyalgie, laquelle était associée à des arthromyalgies diffuses avec une hyperesthésie de contact, sans symptomatologie inflammatoire et avec des douleurs neuropathiques diffuses, dans un contexte de fatigue chronique. Ces atteintes justifiaient selon elle un emploi à prédominance sédentaire, avec adaptation de l'assise et sans contraintes rachidiennes posturales en rotation ou de mouvements en porte-à-faux du buste et sans manutention ni de port de charges avec efforts de soulèvement au-delà de 5 kg depuis le sol, offrant une répartition harmonieuse des horaires de travail afin de limiter la fatigue chronique ainsi que permettant d'alterner les stations assise et debout et d'effectuer régulièrement de courtes pauses.

d) Partant, au vu de ce qui précède, une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 10 mars 2023 du centre d'expertises Z._____ doit être reconnue. Il y a lieu en conséquence d'admettre une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 21 septembre 2017, ainsi que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques susmentionnées entre cette date et le mois de février 2018, puis de 80 % à partir du mois de mars 2018, compte tenu d'une baisse de rendement de 20 % causée par la fatigue chronique et les douleurs.

e) A ce titre, les rapports produits par la recourante dans le cadre de la procédure de recours ne sont pas susceptibles de remettre en doute la force probante de l'expertise des Drs H._____, J._____ et F._____. Les Drs E._____ et C._____ se sont en effet limités, dans

leurs appréciations respectives des 14 juillet et 25 août 2023, à poser le diagnostic - déjà connu de l'expert en médecine interne (cf. *supra* consid. 5b) - de vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB), sans pour autant se prononcer sur la capacité de travail de leur patiente dans une activité adaptée. Dans son rapport du 11 septembre 2023, le Dr K. _____ n'a, quant à lui, aucunement motivé les raisons pour lesquelles il a évalué la capacité de travail résiduelle à 50 % dans une activité adaptée, d'autant plus que les limitations fonctionnelles dont il a fait état sont similaires à celles évoquées par la Dre F. _____. Au demeurant, ainsi que l'a à juste titre exposé l'intimé dans sa duplique du 5 février 2024, la nouvelle limitation fonctionnelle arrêtée par le médecin traitant dans son rapport du 21 décembre 2023, à savoir l'interdiction des activités sollicitant l'utilisation de machines dangereuses, ne permet pas de retenir une capacité de travail plus basse que celle attestée par l'experte en rhumatologie, dans la mesure où cette limitation ne concerne pas la plupart des activités simples qui sont accessibles à l'assurée.

6. a) Dès lors qu'une incapacité de travail de 20 % a été reconnue à la recourante après le mois de février 2018, il s'agit de vérifier si cette dernière peut prétendre à l'octroi d'une rente, en procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité.

b) S'agissant du revenu sans invalidité, il convient de se référer au dernier salaire réalisé par la recourante en 2018 auprès de son ancien employeur - tel qu'indiqué par ce dernier dans son rapport du 4 juillet 2018 à l'intimé -, soit 48'380 fr. 80 (20 fr. 37 x 42 heures x 4.35 semaines x 13 mois). Le revenu avec invalidité, quant à lui, doit être calculé à l'aune des tableaux TA1_skill_level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), l'assurée n'ayant pas repris d'activité lucrative (cf. ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1) et ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée (cf. RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Ainsi, selon les données pour l'année 2018, le salaire auquel pouvaient prétendre les femmes dans des activités manuelles simples était de 4'316 fr. pour une semaine de travail de 40

heures. Compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures cette année-là dans ce secteur d'activités (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01), d'un abattement de 5 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75) et d'une capacité résiduelle de travail de 80 %, le revenu d'invalidé annuel se monte à 41'034 fr. 80.

c) La comparaison d'un revenu d'invalidé de 48'380 fr. 80 à un revenu sans invalidité de 41'034 fr. 80 aboutit à un degré d'invalidité - arrondi - de 15 %, lequel n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité, faute d'atteindre le seuil de 40 % fixé à l'art. 28 al. 1 let. c LAI (cf. *supra* consid. 3b). C'est donc à bon droit que l'intimé a refusé d'allouer cette prestation à la recourante.

A noter encore que le taux d'abattement de 5 % retenu par cette autorité ne prête pas le flanc à la critique au vu des limitations fonctionnelles de l'assurée, lesquelles peuvent être qualifiées de légères. Qui plus est, selon la jurisprudence, lorsqu'un nombre suffisant d'activités correspondent à des travaux respectant les limitations fonctionnelles de la personne, une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie en principe pas pour tenir compte des circonstances liées au handicap (cf. TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 3.2.4). Enfin, même si l'OAI avait arrêté le taux d'abattement à 15 % - tel que demandé par la recourante -, le degré d'invalidité se monterait à 24 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 12 juillet 2023 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de

les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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 LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 juillet 2023 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 Q._____.
- 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 Charles Guerry (pour Q._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :