

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 novembre 2024

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
M. Wiedler, juge, et Mme Rondi, assesseure  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap,  
Mes Karim Hichri et Tifaine Hostettler, avocats, à Lausanne

et

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

---

**Art. 16 LPGA ; art. 17, 28 et 28a LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1990, a entamé une formation d'ambulancière en août 2010, qu'elle a dû interrompre en juillet 2011 à la suite d'un incident professionnel responsable de douleurs du genou gauche. Elle a, ultérieurement, abandonné une formation d'infirmière, avant de poursuivre le cursus menant au certificat fédéral de capacité (CFC) d'assistante médicale au sein d'une école privée dès août 2013.

A l'issue d'une procédure de détection précoce, elle a déposé, le 24 décembre 2013, 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), au motif de lombalgies et de gonalgies gauches chroniques.

A la demande de l'OAI, elle a indiqué, le 23 janvier 2014, qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle exercerait l'activité d'ambulancière à 100 % par intérêt personnel, depuis la fin des études correspondantes en 2013.

L'assurée a été mise au bénéfice de mesures d'intervention précoce, à savoir des modules de gestion du changement et de la douleur, dès le 27 mars 2014 (cf. communications de l'OAI des 2 avril et 3 septembre 2014).

Après avoir recueilli des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée, l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie, de la psychiatrie et de la neuropsychologie, sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 25 juillet 2014.

Le mandat a été confié à la Clinique D.\_\_\_\_\_ par communication du 25 septembre 2015. Les Drs A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie,

F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la neuropsychologue G.\_\_\_\_\_, ont communiqué leur rapport le 16 novembre 2015. Ils ont retenu les diagnostics incapacitants de luxations récidivantes de l'épaule gauche (M24.4) et de dorsalgies avec status après vertébroplastie de D8 et D9 (M54.9) en septembre 2015. Les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5), de gonalgies postérieures gauches chroniques (M25.5), de probable hyperlaxité ligamentaire (M25.2), de séquelles de maladie de Scheuermann dorsales (M42.0) et de traits de la personnalité émotionnellement labile (Z73.1) étaient considérés comme sans incidence sur la capacité de travail. Les experts ont estimé que la formation d'assistante médicale était totalement adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, à savoir le port de charges de plus de 5 kg du membre supérieur gauche, les mouvements répétés, ainsi qu'au-dessus de la ligne des épaules, du membre supérieur gauche en raison des luxations répétées de l'épaule gauche, respectivement le port de charges de plus de 10 kg en raison des dorsalgies chroniques. La capacité à se former et à exercer l'activité d'assistante médicale était ainsi qualifiée d'entière.

Fondé sur le rapport de la Clinique D.\_\_\_\_\_, du 16 novembre 2015, le SMR a retenu que l'assurée était dotée d'une pleine capacité de travail dans toutes activités adaptées à ses limitations fonctionnelles depuis août 2013, dans un avis du 14 décembre 2015.

Par projet de décision du 14 janvier 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, compte tenu de la capacité de travail totale reconnue dès août 2013.

Sur contestation de l'assurée du 20 janvier 2016, en lien notamment avec l'abandon de sa formation professionnelle initiale d'ambulancière, l'OAI a considéré que l'assurée avait droit à la prise en charge des frais supplémentaires engendrés par sa nouvelle formation d'assistante médicale et au versement de petites indemnités journalières

durant ce cursus (cf. avis du Service juridique de l'OAI du 27 septembre 2016).

Le 9 novembre 2016, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a chiffré le préjudice économique de l'assurée à 18,59 %.

L'OAI a alloué à l'assurée des indemnités journalières du 20 août 2013 au 30 juin 2016 par décisions du 7 mars 2017. Par décision subséquente du 13 février 2018, il a prononcé un refus de rente d'invalidité, compte tenu du degré d'invalidité de 18,59 % et de l'adéquation de la formation d'assistante médicale, poursuivie jusqu'à l'obtention du CFC correspondant en juin 2016.

**B.** Dans l'intervalle, C.\_\_\_\_\_ a requis des moyens auxiliaires (bureau électrique et chaise ergonomique) auprès de l'OAI par formulaire déposé le 11 novembre 2016.

L'OAI a octroyé à l'assurée un bureau réglable en hauteur et accepté de prendre en charge les frais d'acquisition d'une chaise de bureau, par deux communications du 26 avril 2017.

**C.** Par correspondance du 21 mai 2020, C.\_\_\_\_\_ a fait part à l'OAI d'une aggravation de son état de santé, responsable d'une incapacité partielle de travail « depuis plusieurs mois ».

A la demande de l'OAI, elle a fait parvenir, le 29 juin 2020, une nouvelle demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité, mentionnant des douleurs chroniques du dos et des articulations, avec cimentoplastie de D8 et D9, une hyperlaxité et hypermobilité articulaire généralisée, une capsulite de l'épaule gauche à la suite d'une opération de rétro-Bankart, des sciatalgies gauches sur une arthrose modérément sévère de L3 à S1, ainsi qu'un syndrome du côlon irritable avec intolérance aux sucres fermentables. Cette demande était accompagnée des documents suivants :

- un protocole opératoire du 15 septembre 2015, établi par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, relatant des vertébroplasties bilatérales par injection de substituts osseux en D8 et D9 ;
- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire du 8 février 2017, mettant en évidence une facetarthrose étagée modérément importante de L3 à S1 sans sténose foraminale, ni canalaire ;
- des certificats établis par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, prononçant une incapacité totale de travail du 4 septembre au 2 décembre 2018, de 50 % (sur un taux de 80 %) dès le 3 décembre 2018, suivie d'une reprise à 80 % dès le 17 décembre 2018 ;
- un certificat établi par la Dre L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante, prononçant une incapacité de travail de 50 % dès le 3 décembre 2018, ramenée à 0 % dès le 17 décembre 2018 ;
- un rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2019, faisant état du diagnostic de status post rétro-Bankart de l'épaule gauche par plastie capsulaire postérieure (réalisée le 11 septembre 2018), compliqué par une capsulite nécessitant un suivi mensuel de son évolution ;
- un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 7 février 2019, mettant en évidence une capsulite inflammatoire subaiguë sans épaissement capsulaire notable encore visible, sans lésion de la coiffe des rotateurs ou gléno-humérale significative ;
- un rapport de la Dre H.\_\_\_\_\_, médecin adjointe du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_, du 20 juin 2019, faisant état du diagnostic d'hypermobilité articulaire généralisée, avec suspicion du spectre d'un syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile ou vasculaire ou d'une ostéogénèse

imparfaite, dans le cadre duquel un bilan angiologique complet était préconisé ;

- un bilan de physiothérapie du DAL du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ du 13 août 2019, indiquant viser une amélioration de l'état de l'épaule gauche et de la proprioception du rachis ;
- un rapport de la Dre J.\_\_\_\_\_, cheffe de service du Département cœur-vasseaux du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_, du 19 février 2020, reprenant le diagnostic d'hypermobilité articulaire généralisée, avec suspicion du spectrum d'un syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile ou vasculaire ou d'une ostéogenèse imparfaite, ainsi que concluant à l'absence de lésion vasculaire et d'éléments pour une collagénopathie, en dépit d'un doute persistant sur un éventuel facteur génétique impliqué dans l'hyperlaxité ; un suivi par échocardiographie devait être répété à une échéance de cinq ans ;
- des certificats établis par la Dre H.\_\_\_\_\_, attestant d'une capacité de travail limitée à 60 % du 24 février au 25 juillet 2020 ;
- un rapport de prise en charge au sein de l'Hôpital [...] du 17 mai 2020, en raison de douleurs abdominales, ligamentaires (sur kyste ovarien gauche) et dorsales (sur probable contracture) ;
- un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, du 4 juin 2020, relatant des symptômes digestifs d'origine incertaine, à savoir des ballonnements, douleurs abdominales, selles liquides et calprotectine fécale élevée, ainsi qu'envisageant un syndrome du côlon irritable avec possible intolérance aux sucres fermentables ;
- un rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 23 juin 2020, relatant une évolution objectivement et subjectivement favorable du status post rétro-Bankart de l'épaule gauche, sans poursuite envisagée de son suivi.

Par formulaire complété le 6 juillet 2020, l'assurée a signalé qu'en bonne santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 100 % en tant qu'ambulancière depuis l'été 2013, par intérêt personnel et besoin de stabilité financière. Elle précisait que si elle n'avait pas travaillé à 100 %, elle se serait consacrée à sa famille, son ménage et au sport pour se maintenir en forme.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et pneumologie, a complété un rapport d'employeur le 7 juillet 2020, indiquant avoir engagé l'assurée en qualité d'assistante médicale à environ 80 % (32 heures de travail hebdomadaires) à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2017. Son revenu annuel se montait à 54'814 fr. (valeur 2020). Elle exerçait son activité au taux de 60 % (23,5 heures par semaine) au motif de maladie depuis le 24 février 2020.

Par rapport à l'OAI du 20 janvier 2021, la Dre H.\_\_\_\_\_ a fait état du diagnostic de syndrome de dysfonction des tissus conjonctifs Ehlers Danlos (ou Marfan). Elle rencontrait l'assurée depuis juin 2019 en consultation tous les trois à six mois, mais ne l'avait plus revue depuis plusieurs mois, alors que cette dernière avait donné naissance à un enfant en novembre 2020. La capacité de travail avait été limitée à 60 % depuis juin 2019 jusqu'à son accouchement. A l'issue de son congé maternité, la capacité de travail resterait vraisemblablement fixée à 60 %, en raison des difficultés locomotrices, notamment de blessures avec subluxation des deux épaules, capsulite rétractile de l'épaule gauche, instabilité des coudes avec subluxation, instabilité des genoux et instabilité du rachis avec lombagos à répétition. La spécialiste rappelait les antécédents de l'assurée, à savoir des fractures sur traumatisme inadéquat de D8, D9, avec cimentoplastie en 2015, une luxation postérieure des épaules, notamment à gauche, avec plastie capsulaire postérieure en septembre 2018 et la mise en évidence d'une arthrose facettaire étagée, plus importante entre L3 et S1. Pendant le congé maternité, l'assurée poursuivait des traitements de physiothérapie et d'ostéopathie. Le pronostic demeurait bon pour une reprise d'activité au taux de 60 %,

lequel n'avait pas pu être augmenté entre 2019 et 2020 en dépit d'un poste adapté à l'état de santé de l'assurée (limitation du port de charges, alternance des positions, absence de marche en terrain accidenté et de mouvements en bras de levier).

Le 18 mars 2021, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'en bonne santé, elle aurait exercé son activité lucrative à 100 % jusqu'en novembre 2020, puis à 60 % dès mai 2021, par intérêt personnel. Elle précisait avoir eu un fils en novembre 2020 et n'aurait dès lors pas repris une activité à 100 %, mais à 60 %, pour pouvoir s'en occuper partiellement.

La Dre H. \_\_\_\_\_ a prononcé un arrêt de travail de 40 % du 10 mars au 12 juin 2021, lequel a été poursuivi à 80 % du 13 juin au 18 juillet 2021 par \_\_\_\_\_ le Dr R. \_\_\_\_\_, nouveau médecin généraliste traitant de l'assurée.

Sur questions de l'OAI, la Dre H. \_\_\_\_\_ a signalé, le 1<sup>er</sup> juillet 2021, que l'assurée souffrait d'un syndrome de dysfonction des tissus conjonctifs, pour lequel une analyse génétique était en cours en raison de la suspicion d'une forme vasculaire de maladie rare. L'évolution de l'état de santé de sa patiente était bonne, celle-ci ayant récupéré de son accouchement et d'une hypothyroïdie post grossesse en cours d'équilibrage. La capacité de travail était de 60 % dans l'activité habituelle, qualifiée d'adaptée.

Le Dr R. \_\_\_\_\_ a repris les diagnostics et limitations fonctionnelles énoncés précédemment par la Dre H. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 26 juillet 2021, signalant que la capacité de travail de sa patiente était limitée à 20 % depuis le 13 juin 2021 au motif de douleurs multiples et de fatigabilité (cf. également : certificats d'arrêt de travail établis subséquentement par le Dr R. \_\_\_\_\_ et produits par l'assurée).

Par rapport intermédiaire du 25 mars 2022, la Dre H. \_\_\_\_\_ a relaté que l'état de santé de l'assurée, sur le plan locomoteur, avait été déstabilisé par une perte et une reprise de poids en raison de

l'accouchement, par un problème thyroïdien et par l'introduction d'un traitement antidépresseur. Sur le plan physique, elle avait continué à se blesser au niveau de l'épaule et du genou gauches, ainsi que de la dysfonction costo-vertébrale à droite. L'état thyroïdien était équilibré par substitution, tandis que l'état de santé psychique s'était détérioré au point de justifier un traitement antidépresseur. Les analyses génétiques ciblées n'avaient pas montré de variant pathogène de ceux impliqués dans les maladies du tissu conjonctif et les fragilités osseuses. Le Dr M. \_\_\_\_\_ avait revu l'assurée en raison de l'instabilité de l'épaule, mais n'avait pas envisagé de l'opérer à nouveau, privilégiant la rééducation. Pour la Dre H. \_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assurée demeurait entre 40 % et 60 % sur le plan physique, tandis que les limitations fonctionnelles étaient inchangées. Cela étant, son médecin traitant estimait dite capacité à 20 % pour des motifs psychologiques.

Le 25 mai 2022, le Dr R. \_\_\_\_\_ a répondu à des questions formulées par le SMR et relaté l'absence d'amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis juillet 2021, celle-ci se plaignant de gonalgies gauches, de scapulalgies bilatérales et de lombalgies. En sus du syndrome d'Ehlers Danlos, elle avait développé un syndrome dépressif réactionnel à sa situation. La capacité de travail était limitée à 20 % en raison du syndrome dépressif et de l'impotence fonctionnelle.

La Dre S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante de l'assurée, a fait parvenir un rapport à l'OAI le 8 juillet 2022. Elle signalait suivre l'assurée depuis le 4 avril 2019 à raison de séances bimensuelles, au motif d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), incapacitant depuis 2019 (le premier épisode étant vraisemblablement survenu en 2011). La capacité de travail s'élevait à 20 %. La spécialiste relevait une fatigabilité extrêmement importante, avec aboulie, anhédonie, humeur déprimée (trouble de l'éprouvé vital et lutte contre la perte d'espoir), dysphorie, irritabilité. S'ajoutaient un sentiment d'insuffisance, des constats pessimistes, une perte de confiance en soi, tendant parfois à un sentiment de persécution, une culpabilité. Consécutivement, se

manifestaient une diminution des capacités de concentration et une ambivalence, ainsi qu'une difficulté à prendre des décisions, une hyperémotivité et une hypersensibilité. La spécialiste mentionnait également des traits de personnalité anankastique au titre de diagnostic sans incidence sur la capacité de travail. Le traitement psychothérapeutique se poursuivait, en sus d'un traitement antidépresseur. L'assurée était sans emploi et faisait face uniquement aux obligations de base de la vie quotidienne. Elle n'avait que peu de partage social et de hobbies, hormis un peu de couture ou des jeux de société. Au maximum, deux heures de travail par jour pouvaient être attendues de la part de l'assurée. Le ménage pouvait être accompli avec l'aide de l'époux pour éviter certaines positions et le port de charges. La Dre S. \_\_\_\_\_ relevait des difficultés dans les relations sociales, la gestion des émotions, les déplacements, une hypersensibilité au stress, ainsi que des capacités restreintes de concentration et de planification.

Sollicité pour avis, le SMR a préconisé, le 5 août 2022, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie et de la psychiatrie, dont le mandat a été confié au Centre d'expertises médicales Y. \_\_\_\_\_ (ci-après : le Y. \_\_\_\_\_; cf. communication de l'OAI du 10 novembre 2022).

Ont été versés au dossier de l'assurée de nouveaux documents médicaux, à savoir :

- un rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 26 août 2022, relatant une évolution subjectivement et objectivement favorable de l'épaule gauche, confirmée par une IRM sans particularité ; il préconisait de travailler l'hygiène posturale et la tonification, sans ne pouvoir « rien faire de plus » pour l'assurée ;
- des rapports du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et pneumologie, des 10 octobre et 14 décembre 2022, retenant le diagnostic d'asthme non contrôlé, sans évidence allergologique ; des traitements de Symbicort et

d'oxygénothérapie avaient été instaurés, ce dernier pouvant être bénéfique dans le cadre du syndrome d'Ehlers Danlos ; le traitement de Symbicort apportait un bénéfice net par rapport à la tolérance à l'effort, ce qui n'était pas le cas de l'oxygénothérapie ; le spécialiste n'avait pas envisagé de contrôle de suivi de l'assurée ;

- un rapport du Dr E.\_\_\_\_\_, médecin-adjoint du Service d'immunologie et allergie du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_, du 22 novembre 2022, relatant la participation de l'assurée à un atelier sur le syndrome d'Ehlers Danlos ;
- un rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, du 15 décembre 2022, relatant sa consultation pour des douleurs polyarticulaires, à savoir des douleurs lombaires basses, de l'épaule gauche, de la hanche gauche et du genou gauche, et confirmant le diagnostic de syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile ;
- un rapport intermédiaire de la Dre S.\_\_\_\_\_ du 2 février 2023, adressé au Y.\_\_\_\_\_, faisant état des diagnostics de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique et composante anxieuse importante, contenu depuis 2020 par une médication antidépressive, et de trouble mixte de la personnalité anankastique avec des traits anxieux et dépendants ; la spécialiste réitérait les limitations fonctionnelles observées auprès de l'assurée ; elle exposait que celle-ci était compliant à la médication et s'investissait dans la psychothérapie ; l'assurée se voulait compétente, capable et aidante ; elle était perfectionniste et extrêmement loyale, faisant tout pour être à la hauteur des attentes d'autrui, au prix éventuellement d'un dépassement de ses possibilités.

Les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, au sein du Y.\_\_\_\_\_, ont

communiqué leur rapport d'expertise pluridisciplinaire le 13 mars 2023. Ils ont retenu les diagnostics de syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile (Q796), de trouble dépressif léger avec syndrome somatique léger (F33.01), ainsi que des traits de la personnalité émotionnellement labile (Z73.1), une hypothyroïdie substituée (E03), un asthme à l'effort (J45.1), un côlon irritable (K58) et des sinusites à répétition (J32.9). Aux termes de leur évaluation consensuelle du cas, ils ont estimé que la capacité de travail de l'assurée se montait à 60 % dans l'activité habituelle, en raison des douleurs et de la fatigue chronique, de la nécessité de changements réguliers de position, de pauses, d'adaptation des gestes et postures et de la restriction du port de charges. Cette conclusion était valable depuis janvier 2019, correspondant à l'issue de la période post-opératoire de l'arthroscopie de l'épaule gauche et en dehors de la période de congé maternité. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % pour autant que les limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique soient respectées, à savoir : emploi à prédominance sédentaire permettant d'alterner les stations assise et debout, avec changements de positions régulièrement, possibilité de réaliser de courtes pauses, pas de marche en terrain accidenté, pas de station à genoux ou accroupie, pas de montée et descente d'un escabeau ou d'une échelle, pas de montée et descente répétées des escaliers, pas de contraintes posturales rachidiennes notamment en rotation et en mouvements de porte à faux du buste, pas d'efforts de soulèvement de plus de 3 kg depuis le sol, pas de mouvements en bras de levier, pas de manutention répétée ; en raison d'une instabilité globale du bassin et de la ceinture scapulaire, nécessité d'adapter l'ergonomie du poste de travail ; nécessité d'une répartition harmonieuse des horaires de travail pour limiter la fatigue chronique. Une perte de rendement de 30 % en lien avec les douleurs et la fatigue chronique devait être prise en compte, ce qui correspondait en définitive à une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée depuis janvier 2019, en dehors de la période de congé maternité.

L'évaluation consensuelle des experts du Y.\_\_\_\_\_ a été libellée en ces termes (cf. rapport d'expertise du Y.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2023, p. 4) :

« [...] **4.1. Résumé de l'évolution de la maladie**

Madame C. \_\_\_\_\_, suisse, est âgée de 33 ans. Mariée, 1 enfant. Après sa scolarité, elle a travaillé comme aide-infirmière en 2009 et 2010 à 100 % en pédiatrie et au pool de rotation, puis a travaillé en tant qu'ambulancière durant son école quelques week-ends par mois. Durant son apprentissage d'assistante médicale, elle a travaillé à raison d'une demi-journée par semaine durant deux ans chez une doctoresse chez qui elle a travaillé à 60 % de 2016 à décembre 2017, puis en tant qu'assistante médicale dans un cabinet de pneumologie à 80 % avec un arrêt de travail complet de trois mois l'issue de la chirurgie de l'épaule en date du 11 septembre 2018, suivi d'une reprise à 50 % sur une quinzaine de jours et de nouveau à 80 % début 2019. Elle ne travaille plus depuis la fin de sa grossesse (septembre 2020) alors qu'elle pensait baisser son taux de travail, avec reprise de son activité de travail après son congé maternité de 6 mois. Mais durant son congé non payé, elle a donné son congé, se sentant incapable de reprendre son activité au vu d'une fatigue et de douleurs un peu partout, surtout au niveau de son dos.

Madame C. \_\_\_\_\_ présente depuis l'adolescence des épisodes de subluxations itératives principalement des épaules, mais aussi des coudes, chevilles et genoux, associées depuis 2012 environ à des lombalgies hyperalgiques avec mise en évidence d'une arthrose facettaire postérieure prédominant à gauche avec sciatgie tronquée récidivante.

Elle a présenté en 2015 des fractures-tassements vertébrales de D8 et D9 dans un contexte de traumatisme de faible énergie, ayant justifié une cimentoplastie, associées à des dorsalgies mécaniques chroniques depuis.

Elle a été opérée dans ce contexte d'une chirurgie arthroscopique de l'épaule gauche en septembre 2018 par Reverse Bankart, compliquée d'une capsulite rétractile inflammatoire post-opératoire d'une durée d'environ deux ans, mais d'évolution favorable.

Elle a ensuite bénéficié d'un bilan rhumatologique exhaustif avec un diagnostic de maladie du tissu conjonctif évoquée et finalement un bilan génétique en 2021 a écarté l'hypothèse d'un syndrome de Marfan ou d'une ostéogenèse imparfaite et le diagnostic de syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile a été retenu.

Elle poursuit des séances de physiothérapie et ostéopathie au long cours, essaye de maintenir une activité physique régulière de marche principalement, prend ponctuellement lors d'épisodes douloureux du Paracétamol, voire du Paracétamol codéiné et des AINS. Une prise en charge en centre de réadaptation physique [...] a été évoquée récemment.

Elle allègue une instabilité articulaire chronique avec des épisodes de subluxations régulièrement et entorses récidivantes, ainsi qu'une lombosciatique gauche et une fatigue chronique sévère.

Cette expertisée s'occupe très bien de son fils, mais se plaint surtout de fatigue. Nous constatons qu'elle a des activités journalières qu'elle ne pourrait pas faire si le degré de sévérité du trouble dépressif retenu par son psychiatre était fondé. Elle a des ressources psychologiques, des mécanismes adaptatifs, mais des tendances revendicatrices, car elle aimerait que l'on puisse reconnaître ce qu'elle appelle « sa souffrance ». Des divergences subsistent entre les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus par son psychiatre.

Madame C. \_\_\_\_\_ présente une hypothyroïdie de type Hashimoto apparue après l'accouchement. Elle est traitée actuellement avec Euthyrox et les valeurs en possession de l'expertisée montrent une TSH dans les limites de la norme. D'ailleurs, le traitement n'a pas été adapté lors du dernier contrôle. Elle est par conséquent bien compensée sur le plan thyroïdien. Elle présente également un asthme d'effort qui est actuellement parfaitement bien compensé avec Symbicort une à deux fois par jour. Elle présente en plus un probable côlon irritable et des sinusites à répétition. Ces deux pathologies sont traitées de manière symptomatique.

Les plaintes actuelles consistent en fatigue, des douleurs mécaniques de l'épaule gauche, des rachialgies mécaniques et lombaires avec une sciatalgie gauche intermittente.

L'examen clinique pluridisciplinaire a mis en évidence notamment le diagnostic rhumatologique et ceux de la médecine interne figurant au dossier.

#### **4.2. Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

L'experte rhumatologue signale que la cohérence est conservée entre les données anamnestiques, les plaintes de l'expertisée, les constatations à l'examen clinique et les résultats des examens complémentaires.

En ce qui concerne la médecine interne générale, les plaintes principales de l'expertisée, c'est-à-dire douleurs, fatigue et faiblesse, ne sont pas explicables par les diagnostics de médecine interne générale, c'est-à-dire surtout l'hypothyroïdie substituée et asthme à l'effort.

L'expert psychiatre signale que les plaintes de Madame C. \_\_\_\_\_ ne sont ni cohérentes ni plausibles, ainsi, les troubles cognitifs allégués par l'expertisée n'ont pas pu être objectivés. Par ailleurs, nous constatons que malgré la fatigue et les douleurs ressenties, elle éprouve du plaisir dans la vie, s'occupe très bien de son fils, elle a des activités journalières notamment des voyages où elle éprouve du plaisir. Des divergences subsistent avec les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus par la psychiatre de l'expertisée.

Madame C. \_\_\_\_\_ a fait les écoles obligatoires et le gymnase. Par la suite, elle a obtenu un CFC comme assistante médicale et a exercé sa profession jusqu'à la naissance de son fils. Par contre, elle n'aimerait pas retourner travailler comme assistante médicale. Elle maîtrise à l'écrit et à l'oral le français, l'anglais et l'espagnol, ainsi que l'usage de l'informatique sans aucune difficulté. Elle est également indépendante pour la plupart des gestes de la vie quotidienne et peut s'occuper de son fils de 2 ans. Elle possède le permis de conduire, d'ailleurs elle est venue seule en conduisant sa voiture [...]. Elle possède un réseau social composé par son mari et ses parents surtout.

Les limitations sont uniformes dans l'ensemble des domaines de la vie, chez une expertisée ayant des ressources mais avec des revendications concernant l'assurance par rapport à sa maladie.

Elle est preneuse de soins médicaux somatiques et psychiatriques et se montre compliant. [...] »

S'agissant de la capacité de l'assurée à se charger des activités ménagères, les experts se sont déterminés comme suit (cf. ibidem, p. 6) :

« [...] – *Alimentation (préparer et cuire les aliments, servir les repas, nettoyer la cuisine au quotidien, faire des provisions)*

L'expertisée a les capacités fonctionnelles d'assurer la préparation d'un repas avec cuisson et service, dresser et débarrasser le couvert et service du repas, sous réserve de ne pas porter au-delà de 3 kg et de ne pas effectuer de mouvements en élévation et en bras de levier des deux épaules. Elle peut effectuer le nettoyage quotidien de la cuisine, pour les travaux à hauteur.

Elle a les capacités d'assurer des courses quotidiennes de moins de 3 kg, mais nécessite d'être accompagnée pour des provisions familiales hebdomadaires en supermarché afin d'effectuer la manutention et le port des charges supérieures à 3 kg.

– *Entretien du logement ou de la maison (ranger, épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lit, nettoyer à fond, soigner les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, sortir les déchets) et garde des animaux domestiques (les promener, les nettoyer, etc.)*

L'expertisée a des capacités fonctionnelles pour assurer l'entretien de la poussière, l'aspirateur, le rangement du domicile en excluant le port d'objets > 3 kg et les mouvements répétés d'antéflexion du tronc ou de rotations.

Elle peut effectuer le nettoyage seulement d'une partie des installations sanitaires de son logement, en fonction des contraintes posturales nécessaires. Elle peut changer les draps du lit mais avec une aide humaine extérieure. Le nettoyage à fond des sols, du frigo ou du four est impossible.

L'entretien de l'extérieur du domicile doit être limité à des petits travaux à hauteur, sans port de charges > 3 kg, pas d'objets vibrants de type tondeuse, pas de contraintes mécaniques prolongées, notamment d'antéflexions répétées du rachis lombaire, pas de mouvements d'élévation des membres supérieurs et en bras de levier.

Elle n'a pas la capacité d'effectuer l'évacuation des déchets ménagers avec le port de charges de sacs poubelle > 3 kg.

L'entretien et les soins apportés à des animaux domestiques sont possibles sous réserve de l'absence de port de charges et d'hypersollicitation, le périmètre de marche est de 30 minutes minimum donc compatible avec la possibilité de promener un animal, elle peut également effectuer le nettoyage, mais pas le port d'animaux dont le poids excéderait 3 kg.

– *Achats (courses quotidiennes et achats plus importants) et courses diverses (poste, assurances, services officiels)*

L'expertisée a les capacités d'effectuer les différentes tâches administratives quotidiennes avec gestion des assurances, services officiels, dossier médical, assurances, poste...

– *Lessive et entretien des vêtements (laver, étendre et plier le linge, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures)*

L'expertisée a les capacités fonctionnelles d'effectuer l'entretien du linge avec réalisation de la lessive, repassage en fractionné en limitant la station debout à 10 minutes et en adaptant ses postures, limiter le poids des paniers de linge à 3 kg et possibilité d'effectuer des travaux de couture quotidienne. Elle peut nettoyer les chaussures.

– *Soins aux enfants ou autres membres de la famille*

Elle est mère d'un enfant de deux ans dont elle s'occupe au quotidien, elle peut répondre à l'ensemble de ses besoins, mais ne peut le porter et doit adapter l'ensemble de ses postures. Elle n'a pas d'autres charges familiales. [...] »

Le SMR s'est rallié aux conclusions des experts du Y. \_\_\_\_\_ dans un avis du 14 mars 2023.

Le 28 mars 2023, l'assurée a fourni de nouveaux rapports médicaux à l'OAI, à savoir :

- un rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 15 février 2023, confirmant le diagnostic de syndrome d'Ehlers Danlos et préconisant une prise en charge intensive interdisciplinaire dans le cadre d'une cure thermale ;
- un rapport de la Dre H. \_\_\_\_\_ du 26 mars 2023, soulignant qu'après analyse génétique, un syndrome de Marfan était exclu dans le cas de l'assurée ; sur le plan locomoteur, celle-ci se blessait encore (entorse de Chopard récente du pied gauche) ; elle allait porter régulièrement des vêtements compressifs pour augmenter la performance de ses exercices ; elle n'était pas gênée par ses mâchoires ; sur le plan allergique, l'assurée présentait un SAMA (réd. : syndrome d'activation mastocytaire), pour lequel elle était aidée par la prise de chromoglycate de sodium contre les troubles digestifs ; elle ne présentait en revanche pas de neuropathie des petites fibres, ni de fragilité osseuse ; un problème de fatigue et de manque d'énergie persistait.

L'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée le 20 juin 2023. Dans le rapport correspondant du 22 juin 2023, l'enquêtrice de l'OAI a retenu un statut mixte en faveur de l'assurée. Cette dernière aurait consacré 77 % de son temps à une activité lucrative et 23 % aux tâches ménagères jusqu'en avril 2021 ; dès mai 2021, cette proportion passait à 60 % dévolus à une activité lucrative et 40 % aux tâches ménagères. Les allégations de l'assurée, selon lesquelles elle aurait travaillé à 100 % en qualité d'ambulancière était écartées,

compte tenu de la prise en charge d'un reclassement professionnel (recte : une formation professionnelle) initiale d'assistante médicale par l'OAI. L'assurée n'avait, au demeurant, pas exercé cette activité à plein temps et avait conclu un contrat de travail à 77 %, alors même que cette activité était totalement adaptée à son état de santé. L'invalidité dans la sphère ménagère se montait à 10,31 %, compte tenu d'empêchements de 2,95 % dans le domaine de l'entretien de l'appartement, ainsi que de 7,36 % en lien avec le domaine des soins aux enfants et aux proches.

Par rapport du 3 juillet 2023, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a retenu que le revenu perçu du fait de l'exercice de l'activité habituelle d'assistante médicale à 60 % était plus élevé que le revenu pouvant être perçu dans une activité adaptée à 70 %. Le statut d'active à 60 % correspondait par ailleurs à la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle. Dès lors, des mesures professionnelles, telles qu'une formation qualifiante, ne se justifiaient pas, qui plus est au vu des limitations fonctionnelles de l'assurée. Un statut d'active à 60 % rendait une éventuelle formation particulièrement longue et donc inadéquate. Un degré d'invalidité de 40 % pouvait en définitive être pris en considération dans la sphère lucrative. Etant donné que l'exercice de l'activité habituelle paraissait le mieux adapté à la situation de l'assurée, une mesure d'aide au placement n'avait pas lieu d'être proposée.

L'OAI a établi un projet de décision le 22 août 2023, informant l'assurée de son intention de nier son droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Le taux d'invalidité se montait à 33,17 % jusqu'en avril 2021, étant donné le statut d'active à 77 %. Dès mai 2021, le degré d'invalidité s'élevait à 28,12 %, vu le statut d'active à 60 %.

Par courrier non daté, parvenu à l'OAI le 8 septembre 2023, l'assurée a contesté être en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative en raison de son état de santé. Elle a complété ses griefs le 15 septembre 2023 et fait valoir que sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité d'ambulancière à 100 % jusqu'à la naissance de son

filles et aurait repris cette activité à 60 % de mai à novembre 2021 pour continuer à se charger de son enfant. Elle aurait ensuite repris son activité d'ambulancière à 100 %. Elle a relevé que seules des limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique avaient été prises en compte dans son cas, alors qu'elle rencontrait également des limitations psychologiques (incapacité à gérer le stress et l'anxiété, fatigabilité avec obligation de faire des siestes après trois heures d'activité). Elle a par ailleurs mis en évidence, exemples à l'appui, la charge importante que constituaient ses nombreux rendez-vous médicaux et les difficultés concrètes rencontrées au quotidien. Elle a également indiqué ne pas avoir été en mesure, sur le plan psychique et physique, d'agir contre la précédente décision de l'OAI. Etaient produits les rapports médicaux suivants :

- un rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du 8 septembre 2023, relatant sa prise en charge de l'assurée, à sa demande, dès le 4 septembre 2023, reprenant les diagnostics évoqués dans son cas et confirmant un syndrome d'hypermobilité articulaire ; le spécialiste relevait également des dorsalgies actuellement suivies en antalgie et un syndrome fémoro-patellaire à prédominance gauche dans le cadre d'une amyotrophie du quadriceps ; les limitations fonctionnelles énoncées entravaient la reprise d'une formation d'ambulancière et restreignaient certaines tâches en qualité d'assistante médicale ; les tâches administratives devaient être fractionnées ; s'ajoutaient un manque d'endurance, une fatigue chronique, ainsi que des contraintes incompressibles (rendez-vous médicaux, régime alimentaire) ; la capacité de travail était, de l'avis du spécialiste, restreinte à un maximum de 35 à 40 % dans une activité adaptée ;
- des rapports d'interventions antalgiques réalisées les 30 août et 12 septembre 2023 par le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie ;

- un rapport de la Dre S.\_\_\_\_\_ du 18 septembre 2023, réitérant les diagnostics de trouble dépressif récurrent (dépression majeure au moment de sa prise en charge, moyenne en 2022 et légère en l'état grâce à la psychothérapie et aux médicaments anxiolytique et antidépressive) et de traits de personnalité borderline avec de nombreux symptômes anankastiques ; était ajouté le diagnostic de haut potentiel intellectuel, contribuant à expliquer l'hypersensibilité, les difficultés relationnelles, l'anxiété et les tendances dépressives de l'assurée ; l'incapacité de travail globale se montait entre 80 et 85 %, si l'on ajoutait une incapacité de travail de 20 % pour motifs psychiatriques à l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_ ; un rapport d'évaluation de la psychologue O.\_\_\_\_\_ du 3 août 2023, annexé par la Dre S.\_\_\_\_\_, était venu confirmer le diagnostic de haut potentiel intellectuel.

L'assurée, désormais assistée par Inclusion Handicap, a produit une détermination complémentaire le 4 octobre 2023, concluant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité (rente ou mesures professionnelles). Elle a fait valoir que sur le plan médical, l'appréciation de sa capacité de travail par les experts du Y.\_\_\_\_\_ ne pouvait être suivie, vu les rapports établis subséquentement par ses médecins traitants. Sur le plan économique, le degré d'invalidité retenu dans la sphère professionnelle était erroné, dans la mesure où le revenu sans invalidité devait être fondé sur les données prises en compte dans la décision du 13 février 2018, actualisées à 2020. Quant au revenu d'invalidité, il était contesté, vu la capacité résiduelle de travail limitée, attestée par ses médecins traitants. Enfin, un statut d'active à 100 % devait être reconnu jusqu'en mai 2021, ainsi qu'à compter de décembre 2021, sur la base de ses allégations. Elle exposait ne pas avoir recouru contre la décision du 13 février 2018 en raison de la fragilité de son état de santé, tant du point de vue physique que psychique.

Par avis du 23 octobre 2023, le SMR a considéré que les pièces médicales produites par l'assurée ne permettaient pas de conclure à une aggravation de son état de santé depuis l'expertise du Y.\_\_\_\_\_. Les experts avaient exposé à satisfaction les limitations fonctionnelles, les ressources et les incohérences observées dans le cas particulier. Le diagnostic de haut potentiel intellectuel, présent depuis toujours, alors même qu'il n'avait été évalué qu'en 2023, constituait un atout en faveur de l'assurée. Il n'y avait donc pas lieu de s'écarter des conclusions des experts.

Le même jour, l'OAI a établi une décision de refus de rente et de mesures professionnelles, reprenant les termes de son projet de décision du 22 août 2023.

**D.** C.\_\_\_\_\_, représentée par Me Karim Hichri, avocat au sein d'Inclusion Handicap, a déféré la décision du 23 octobre 2023 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 23 novembre 2023. Elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre de mesures de reclassement professionnel avant nouvelle détermination de son droit à une rente d'invalidité. Elle a, premièrement, fait grief à l'OAI de lui avoir reconnu un statut mixte, relevant que selon le questionnaire complété le 6 juillet 2020, elle avait indiqué envisager, en bonne santé, de déployer une activité lucrative à 100 % depuis 2013. Elle avait précisé, le 18 mars 2021, qu'une activité lucrative aurait été exercée à 60 % uniquement à la suite de son accouchement. Cela étant, elle aurait repris le travail à 100 % à compter de mai 2022 (correspondant à une année après la fin de son congé maternité). Ses allégations n'avaient pas lieu d'être mises en doute, de sorte qu'il convenait de lui reconnaître un statut d'active à 100 % jusqu'en mai 2021, puis mixte à 60 % jusqu'en mai 2022, et enfin à nouveau active à 100 % depuis lors. Elle a rappelé s'être « réinsérée par elle-même et à ses frais » dans les suites de sa première demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans ce cadre, à son avis, aucun document médical ne confirmait une capacité de travail totale antérieurement à 2020. La reconnaissance d'un statut d'active à 100 % permettait ainsi de lui ouvrir

le droit à un reclassement professionnel, alors que sa réinsertion professionnelle n'avait pas été couronnée de succès. Deuxièmement, elle a reproché à l'OAI de s'être fondé sur les conclusions des experts du Y.\_\_\_\_\_ pour déterminer sa capacité résiduelle de travail, en dépit des rapports des Drs Z.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, établis respectivement les 8 et 18 septembre 2023.

Par détermination subséquente du 8 décembre 2023, l'assurée a contesté la valeur probante conférée au rapport d'expertise du Y.\_\_\_\_\_, en lien avec l'évaluation de sa capacité de travail, du fait que ce document contenait, à son avis, de nombreuses contradictions et s'avérait incomplet. Elle estimait, sur la base des appréciations de ses médecins traitants, que sa capacité de travail résiduelle de travail était de 30 % au maximum, voire de 35 à 40 % dans une activité adaptée. Était produit un rapport de la Dre S.\_\_\_\_\_ du 23 novembre 2023. Cette spécialiste relevait que le rapport d'expertise du Y.\_\_\_\_\_ était contradictoire, lacunaire et inexact, alors que le handicap psychique important affectant l'assurée n'avait pas été pris en considération. Elle a fourni divers compléments d'anamnèse à compter de l'enfance de l'assurée, puis dès sa prise en charge en avril 2019, où elle avait pu objectiver un état anxiodépressif moyen à majeur, avec syndrome somatique, puis une dépression du post partum, dans le contexte de sentiments d'échecs successifs sur le plan professionnel. Elle a réitéré les diagnostics précédemment retenus, notamment celui de trouble dépressif récurrent présenté par l'assurée, illustré par de nombreux exemples attestant d'une hypersensibilité, d'une irritabilité et d'une dysphorie, accompagnées d'un sentiment d'insuffisance, d'un pessimisme, d'une tendance à l'anhédonie et à l'aboulie, d'une ambivalence, de difficultés à prendre des décisions, d'une culpabilité excessive avec perte de confiance en soi confinant à un sentiment de persécution, ainsi que d'une tendance aux ruminations, de ressentis importants et fréquents de manque de considération, de reconnaissance, de mise à l'écart et d'injustice. S'agissant des traits de personnalité anankastique, la Dre S.\_\_\_\_\_ mettait en évidence, dans le cas de sa patiente, une dévotion excessive pour le travail au détriment de ses loisirs et de ses amitiés, un sujet trop

consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique et de valeur, une réticence à déléguer les tâches, à travailler avec autrui, ainsi qu'un sujet particulièrement têtu. Elle relevait également le diagnostic de haut potentiel intellectuel recoupant partiellement ces traits de personnalité. Compte tenu de la permanence des systèmes de défense mis en œuvre par l'assurée, la spécialiste considérait légitime de retenir non pas des traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1), mais un trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3), avec traits de personnalité anankastique, ou, au titre de diagnostic différentiel, un trouble mixte de la personnalité. En définitive, il s'agissait, selon la Dre S.\_\_\_\_\_, de prendre en compte les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3), de traits de la personnalité anankastique (obsessionnelle-compulsive) et de haut potentiel intellectuel. Eu égard à ce tableau clinique, la capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle était de 30 % au maximum, respectivement de 35 à 40 % dans une activité adaptée.

L'OAI a répondu au recours le 21 décembre 2023 et conclu à son rejet, renvoyant en substance au rapport d'évaluation à domicile du 22 juin 2023, au rapport de son Service de réinsertion professionnelle du 3 juillet 2023 et aux différents avis établis par le SMR.

L'assurée a répliqué le 9 janvier 2024 et confirmé ses conclusions, requérant préalablement la mise en œuvre d'une expertise judiciaire complémentaire sur le plan psychiatrique. Elle s'est prévalu de nouveaux rapports médicaux produits en annexe à son écriture, à savoir :

- un rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2023, se prononçant sur le volet rhumatologique de l'expertise réalisée au Y.\_\_\_\_\_ ; le spécialiste soulignait que la capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle lui paraissait surestimée sur la base de la description du poste fournie par l'employeur de l'assurée ; la baisse de rendement de 30 % dans l'exercice d'une activité adaptée

n'avait pas été concrètement évaluée ; il retenait, pour sa part, une perte de capacité de 50 % en raison de la fatigue et des douleurs ;

- un rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 17 octobre 2023, rappelant les diagnostics pris en compte dans le cas de l'assurée ; il relevait les difficultés de l'assurée à s'occuper de son fils, à faire son ménage et ses courses, ainsi qu'à se rendre aux rendez-vous thérapeutiques indispensables ; il concluait à une capacité de travail résiduelle maximale de 20 % dans une activité adaptée ;
- un rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 6 novembre 2023, réitérant ses précédents constats et appréciations, ainsi que concluant derechef à une capacité de travail réduite à un maximum de 35 à 40 %.

Par duplique du 15 février 2024, l'OAI a confirmé ses conclusions en vue du rejet du recours. Il s'est référé à un nouvel avis du SMR du 5 février 2024, lequel maintenait sa position dans le cas particulier.

L'assurée s'est déterminée le 20 mars 2024 et a renvoyé à ses précédentes écritures. Elle a, au surplus, fourni les comptes-rendus des interventions antalgiques, réalisées les 30 août, 12 septembre, 22 novembre et 6 décembre 2023 par le Dr U. \_\_\_\_\_.

L'OAI a relevé, le 18 avril 2024, que les interventions précitées ne constituaient pas des éléments nouveaux et maintenu ses conclusions.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours a été interjeté 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]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à des mesures de reclassement professionnel et à une rente.

**3. a)** 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).

**b)** 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.

**c)** En l'occurrence, la décision attaquée date du 23 octobre 2023. Elle porte sur une seconde demande de prestations déposée formellement par la recourante le 29 juin 2020, à la suite de l'annonce du 21 mai 2020 d'une aggravation de son état de santé « depuis plusieurs mois ». Dite décision tient compte d'atteintes à la santé responsables d'incapacités de travail attestées à compter de février 2020, voire à compter du début de l'année 2019. Les pièces médicales et les événements fondant la décision litigieuse sont ainsi pour l'essentiel antérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2022, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer l'ancien droit.

**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).

**c)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**5. a)** 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.

**b) aa)** 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**bb)** L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit

Moser-Szeless, *in* : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 52 *ad* art. 16 LPGA).

**cc)** Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité global. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27<sup>bis</sup> al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**c)** En dépit des termes utilisés à l'art. 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé, ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF

133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194). 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).

**d)** En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

**6. a)** En l'espèce, le statut de la recourante a été déterminé à l'issue de l'enquête économique réalisée à son domicile le 20 juin 2023. Le rapport corrélatif du 22 juin 2023 a fait état des éléments suivants :

« [...] Sur le formulaire 531bis complété le 28 [recte : 23].01.2014, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 100 %.

Le formulaire 531bis, rempli le 09 [recte : 06].07.2020, mentionne un statut active à 100 %.

Sur le formulaire 531bis complété le 25 [recte :18].03.2021, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 60 % depuis mai 2021, après le retour de son congé maternité.

Motivation du statut :

L'assurée a déposé une première demande AI en 2013, après une atteinte à la santé en 2011, pendant la formation d'ambulancière. Elle a suivi une formation d'assistante médicale entre 2013 et 2016. Après son diplôme, l'assurée a travaillé à 72 % dans un cabinet médical et en 2017, elle a été engagée à 77 % dans le cabinet du Dr Q. \_\_\_\_\_ [...]. En 2019, à cause de son atteinte à la santé, l'assurée a diminué son taux d'activité à 60 %, ne se sentant pas capable d'assumer un taux d'activité supérieur. En 2020, l'assurée était

enceinte et a discuté avec sa hiérarchie pour diminuer son taux d'activité à 40 % après son congé maternité, en mai 2021. Un nouveau contrat était signé en décembre 2020. Cependant, l'assurée a démissionné en mars 2021, ne se sentant pas capable de reprendre une activité professionnelle après son congé maternité, à cause des difficultés psychiques ressenties à ce moment.

L'assurée vit avec son mari et son fils de 2 ans. Pour son retour après le congé maternité, l'assurée avait organisé la garde de son fils (place en crèche et avec la grand-maman 1x/semaine). En 2022, elle a commencé une formation [...] avec son chien et les examens finaux seront en juillet 2023.

L'assurée n'a plus le droit à son APG depuis l'été 2022. Le couple a réussi à subvenir à ses besoins avec le salaire du mari ; toutefois, les parents de l'assurée apportent une aide financière pour payer les thérapies de l'assurée qui ne sont pas couvertes par la LAMal (ostéopathie et un traitement de Allergoval).

Revenant sur le statut, l'assurée confirme ses propos dans les formulaires 531bis. Selon ses explications, elle aurait travaillé à 100 % comme ambulancière [...] et travaillait à 77 % à cause de son atteinte à la santé présente depuis 2011. Elle aurait diminué son taux d'activité à 60 % en mai 2021, lors de son retour du congé maternité.

Statut proposé par l'évaluatrice / évaluateur :

Nous nous écartons des propos de l'assurée sur le statut de 100 %. Effectivement, l'assurée avait une atteinte à la santé depuis 2011, mais avait bénéficié des mesures de reclassement professionnel par notre office. Elle a suivi une formation d'assistante médicale, considérée comme activité adaptée à ses limitations, et a récupéré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée [...]. A la fin de son diplôme en 2016 l'assurée avait une occupation à 72 % et en 2017, elle a changé d'employeur et a commencé une activité d'assistante médicale à 77 %. Elle a diminué son activité à 60 % en 2019, à cause de son atteinte à la santé. Cette diminution est coïncidente avec le début d'un suivi psychiatrique « depuis 2019, l'expertisée est suivie par un psychiatre [...], toutes les deux semaines » [...], ainsi que la diminution de la capacité de travail décrite par l'expertise rhumatologue et les IT [réd. : incapacité de travail] à la fin 2018. Ainsi, nous nous écartons des propos de l'assurée et proposons de retenir un statut de 77 % active - 23 % ménagère jusqu'à avril 2021. L'assurée avait prévu de revenir après son congé maternité, en mai 2021, à un taux d'activité de 40 % et le nouveau contrat a été signé en décembre 2020. Elle indique que ce taux était à cause de son atteinte à santé et que sans la pathologie elle aurait travaillé à 60 %, après la naissance de son fils. Elle avait organisé un moyen de garde (crèche et grand-maman).

Ainsi, nous proposons de retenir un statut de 77 % active - 23 % ménagère jusqu'à avril 2021 et un statut de 60 % active - 40 % ménagère depuis mai 2021. [...] »

L'enquêtrice de l'intimé a par ailleurs relevé que la recourante occupait, avec son époux et son enfant né en 2020, un logement dont ils étaient propriétaires. Les charges du couple englobaient des intérêts hypothécaires mensuels de 1'390 fr., les primes d'assurance-maladie de la

famille de 350 fr. par mois et des impôts annuels chiffrés à 20'000 francs. En termes de revenus, le couple vivait au moyen du salaire du conjoint s'élevant à 141'000 fr. par année (y inclus les primes d'assurance-maladie). La recourante ne percevait plus d'indemnités perte de gain depuis l'été 2022.

**b)** La recourante ne remet pas en question le budget retenu par l'enquêtrice de l'intimé et brièvement exposé ci-dessus. Elle fait en revanche grief à l'intimé d'avoir pris en compte sa situation professionnelle au moment de sa nouvelle demande de prestations et fait fi de ses intentions initiales d'exercer une activité d'ambulancière. Elle argue également que son taux d'activité lucrative aurait été de 60 % dès la fin de son congé maternité, puis de 100 % dès décembre 2021 selon son écriture à l'intimé du 15 septembre 2023, respectivement dès mai 2022 aux termes de son mémoire de recours du 23 novembre 2023. Elle aurait depuis lors à nouveau été active à plein temps en tant qu'ambulancière.

**c)** Préalablement, contrairement à ce que soutient la recourante quant à « une réinsertion professionnelle par elle-même et à ses frais », force est de rappeler qu'elle a bénéficié de la prise en charge, par l'intimé, des frais supplémentaires occasionnés par sa formation professionnelle initiale d'assistante médicale, assortis d'indemnités journalières (cf. décisions de l'intimé des 7 mars 2017), jusqu'à l'obtention de son CFC. Cette formation, couronnée de succès en juin 2016, a été expressément considérée comme adaptée à son état de santé par les experts de la Clinique D. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 16 novembre 2015, lesquels ne renaient dès lors plus aucune restriction de la capacité de travail (cf. en particulier : p. 14 dudit rapport). Sur cette base, l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité par décision du 13 février 2018. Dès lors, il y a lieu, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations formulée par la recourante par correspondance du 21 mai 2020, de se fonder sur la situation régnant à cette date au titre d'un nouveau cas d'assurance (cf. sur cette question : TF 9C\_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 ; cf. également : Michel Valterio, Droit de

l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 342, n. 1234 et 11235). Il s'agit donc de retenir que sans atteinte à la santé, la recourante aurait poursuivi une activité professionnelle d'assistante médicale.

**d)** Sur la question spécifique du statut à retenir avant l'accouchement de la recourante, on observe que celle-ci a exercé son activité d'assistante médicale à un taux avoisinant 80 % (72 %, puis 77 %) depuis la fin de sa formation jusqu'à la survenance de l'incapacité de travail déterminante. On peut fixer dite incapacité à février 2020 (selon les certificats médicaux d'arrêt de travail versés au dossier, ainsi que selon le rapport d'employeur du 7 juillet 2020), voire au plus tôt à partir du début de l'année 2019 (si l'on se réfère à la prise en charge spécialisée assumée sur le plan psychiatrique). Antérieurement à 2019, aucun document médical ne vient justifier une diminution d'environ 20 % du temps dévolu à une activité lucrative pour des raisons de santé. Il y a donc lieu de retenir que la recourante, en bonne santé, se serait consacrée à son activité professionnelle à un taux proche de 80 % pour des motifs strictement personnels dès juin 2016 (date d'obtention de son CFC). Cette conclusion s'avère, au demeurant, parfaitement congruente avec les propres déclarations de la recourante. On rappelle en effet que, par formulaire complété le 6 juillet 2020, elle avait expressément envisagé l'hypothèse d'exercer un travail à temps partiel pour se consacrer à sa famille, à son ménage et au sport.

S'agissant de la proportion vouée à une activité professionnelle, l'intimé s'est basé sur la situation concrète de la recourante au moment du dépôt de sa demande de prestations pour retenir un taux de 77 %. Or, une appréciation de la situation, à l'aune de la vraisemblance prépondérante, justifie de prendre en considération une proportion globale de 80 %, correspondant plus généralement à une activité d'environ 32 heures hebdomadaires.

**e)** Eu égard au statut à retenir après l'accouchement de la recourante, force est de constater que les déclarations de cette dernière

sont particulièrement confuses et ont évolué sensiblement à partir de la procédure d'audition. Après avoir signalé à l'intimé qu'en bonne santé, elle aurait repris une activité au taux de 60 %, elle a successivement complété ses allégations, indiquant d'abord une reprise à temps complet dès décembre 2021, puis dès mai 2022 (cf. écriture adressée à l'intimé le 15 septembre 2023 et mémoire de recours du 23 novembre 2023).

Or, sur le plan personnel et familial, il est établi que la recourante, mariée depuis 2019, vit avec son conjoint, actif à 100 %. Le couple a un enfant né en novembre 2020. Aucun changement de la situation personnelle du couple, en présence d'un enfant en bas âge, non encore scolarisé, ne vient légitimer une modification du statut de la recourante dès décembre 2021 ou mai 2022. Quant à l'aspect financier, vu le budget annoncé au sein du couple, on ne voit pas sérieusement que la recourante aurait dû exercer une activité lucrative à plus de 60 % pour des impératifs de cette nature.

Compte tenu des éléments ci-dessus, on peut retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante, en bonne santé, aurait repris une activité d'assistante médicale à temps partiel (60 %) dès mai 2021, en se fondant sur ses déclarations initiales à l'intimé.

**f)** Il s'agit en définitive de prendre en considération un statut mixte, avec une proportion de 80 % consacrée à une activité lucrative et de 20 % dévolue aux tâches ménagères jusqu'en avril 2021. Dès mai 2021, on retiendra que la recourante revêt également un statut mixte, dont 60 % seraient consacrés à une activité lucrative et 40 % aux tâches ménagères.

**7. a)** 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 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 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**c)** En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va

différemment que si des médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

**8. a)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

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

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

**aa)** 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 entraînent 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 cette dernière, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

**bb)** 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).

**d)** Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du

cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

**9. 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)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

**10. a)** En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire au sein du Y.\_\_\_\_\_. Du point de vue de la médecine interne générale, le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'une hypothyroïdie substituée (E03), d'un asthme à l'effort (J45.1), d'un côlon irritable (K58) et de sinusites à répétition (J32.9), lesquels n'expliquaient pas les plaintes principales de la recourante, à savoir douleurs, fatigue et faiblesse. Il a fait part de son évaluation du cas en ces termes, pour justifier une capacité de travail de 100 % dans toutes activités « depuis toujours » et l'absence de toutes limitations fonctionnelles (cf. rapport d'expertise du Y.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2023, expertise de médecine interne générale, p. 21 et 22) :

« [...] Madame C. \_\_\_\_\_ présente une hypothyroïdie de type Hashimoto apparue après l'accouchement. Elle est traitée actuellement avec Euthyrox et les valeurs en possession de l'expertisée montrent une TSH dans les limites de la norme. D'ailleurs, le traitement n'a pas été adapté lors du dernier contrôle. Elle est par conséquent bien compensée sur le plan thyroïdien. Elle présente également un asthme d'effort qui est actuellement parfaitement bien compensé avec Symbicort une à deux fois par jour. Elle présente en plus un probable côlon irritable et des sinusites à répétition. Ces deux pathologies sont traitées de manière symptomatique.

[...]

Madame C. \_\_\_\_\_ parle parfaitement bien le français. Elle a fait les écoles obligatoires et le gymnase. Par la suite, elle a obtenu un CFC comme assistante médicale et a exercé sa profession jusqu'à la naissance de son fils. Par contre, elle n'aimerait pas retourner travailler comme assistante médicale. Elle est également indépendante pour la plupart des gestes de la vie quotidienne et peut s'occuper de son fils de 2 ans. Elle possède le permis de conduire, d'ailleurs elle est venue seule en conduisant sa voiture [...]. Elle possède un réseau social composé par son mari et ses parents surtout.

Les difficultés de cette expertisée sont à rechercher sur le versant rhumatologique et éventuellement psychiatrique. [...] »

**b)** Dans ce registre, la recourante ne se prévaut d'aucun document médical susceptible de contredire les observations et conclusions de l'expert du Y. \_\_\_\_\_. En particulier, les rapports versés à son dossier, notamment ceux des Drs N. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, datés respectivement des 4 juin 2020, 10 octobre et 14 décembre 2022, ne permettent pas de douter des conclusions du Dr V. \_\_\_\_\_. Il n'y a donc aucune raison de s'en écarter.

**11. a)** Du point de vue rhumatologique, la recourante a été examinée par la Dre X. \_\_\_\_\_ qui a communiqué son évaluation du cas comme suit (cf. rapport d'expertise du Y. \_\_\_\_\_ du 13 mars 2023, expertise rhumatologique, p. 32 ss) :

« [...] Dans un contexte, depuis l'adolescence, de sublaxations itératives des épaules, coudes, chevilles et genoux avec entorses récidivantes, secondairement des lombalgies mécaniques avec arthrose facettaire postérieure gauche et sciatgie récidivante, puis des fractures tassements vertébrales de T8 et T9 sur un traumatisme de faible énergie, cimentées et associées à des dorsalgies mécaniques chroniques et arthroscopie avec Reverse Bankart en septembre 2018, Madame C. \_\_\_\_\_ a bénéficié d'un bilan rhumatologique exhaustif et d'un bilan génétique en 2021 qui a infirmé l'hypothèse d'un syndrome de Marfan ou d'une ostéogénèse imparfaite et le diagnostic de syndrome d'Ehlers

Danlos hypermobile a été retenu par le Docteur H. \_\_\_\_\_ médecin rhumatologue référente pour cette pathologie, depuis également confirmé par les Docteurs E. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_.

Les maladies du tissu conjonctif n'ont pas de traitement propre, la prise en charge est donc symptomatique avec un suivi médical, un traitement antalgique lors des épisodes douloureux, une rééducation au long cours pour un travail de stabilisation, proprioception, travail postural rachidien, entretien de l'équilibre statique et dynamique et lutte contre le déconditionnement musculaire global avec apprentissage d'auto-exercices. Le centre de rééducation et réadaptation physique envisagé pourrait compléter les séances de physiothérapie en cours. Les vêtements compressifs et les différentes orthèses sont complémentaires. Dans ce contexte fracturaire, un suivi du bilan phosphocalcique et de l'ostéodensitométrie est également justifié.

La fatigue chronique est inhérente à la pathologie.

La prise en charge actuelle est donc adaptée et à poursuivre.

[...]

Madame C. \_\_\_\_\_ justifie d'un CFC d'assistante médicale, activité professionnelle envisagée à l'issue d'une réorientation et adaptée à sa pathologie actuelle. Elle dispose également d'une expérience professionnelle dans ce domaine, qui lui plaît.

Elle maîtrise à l'écrit et à l'oral le français, l'anglais et l'espagnol, ainsi que l'usage de l'informatique sans aucune difficulté.

Elle est titulaire du permis de conduire.

Elle a par ailleurs d'elle-même débuté une formation en cours de coach en médiation animale depuis cette année, à raison d'un week-end par mois sur l'année scolaire, pour un éventuel projet ultérieur.

Elle reste volontaire pour reprendre une activité professionnelle.

Elle bénéficie d'un support familial et amical, a conservé une vie sociale, peu d'activités de loisirs, mais maintient des périodes de vacances à l'étranger régulièrement et arrive à faire des projets.

Le syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile associé à une fatigue chronique justifient de limitations fonctionnelles :

Nécessité d'un emploi à prédominance sédentaire permettant d'alterner les stations assise et debout, avec changements de positions régulièrement, possibilité de réaliser de courtes pauses, pas de marche en terrain accidenté, pas de station à genoux ou accroupi, pas de montée et descente d'un escabeau ou d'une échelle, pas de montée et descente répétées des escaliers, pas de marche en terrain accidenté, pas de contraintes posturales rachidiennes notamment en rotation et en mouvements de porte à faux du buste, pas d'efforts de soulèvement de plus de 3 kg depuis le sol, pas de mouvements en bras de levier, pas de manutention répétée. En raison d'une instabilité globale du bassin et de la ceinture scapulaire, nécessité d'adapter l'ergonomie du poste de travail.

Nécessité d'une répartition harmonieuse des horaires de travail pour limiter la fatigue chronique. [...] »

L'experte a dès lors conclu à une capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle d'assistante médicale et de 70 % (100 % avec baisse de rendement de 30 %) dans une activité adaptée « depuis janvier 2019, en dehors de la période de congé-maternité ».

**b)** Quoi que soutienne la recourante, force est d'observer que l'évaluation de la Dre X.\_\_\_\_\_ converge avec les constats cliniques objectifs rapportés par les spécialistes traitants successifs, que ce soit en termes diagnostiques ou en lien avec les limitations fonctionnelles restreignant sa capacité de travail. En particulier, on retient que la Dre H.\_\_\_\_\_ a régulièrement communiqué une capacité de travail de 60 % aux termes de ses différents certificats et rapports (cf. notamment : certificats attestant d'une incapacité de travail de 40 % du 24 février au 25 juillet 2020 et rapport à l'intimé du 20 janvier 2021). Sur questions de l'intimé, cette spécialiste a expressément indiqué, le 1<sup>er</sup> juillet 2021, une évolution favorable de la symptomatologie présentée par la recourante et consécutivement, une capacité de travail se maintenant à 60 % dans son activité habituelle d'assistante médicale, considérée comme adaptée à l'état de santé de sa patiente.

**c)** Quant au Dr T.\_\_\_\_\_, il s'est limité, dans un premier temps, à confirmer le diagnostic de syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile et à préconiser une prise en charge adaptée (cf. rapports des 15 décembre 2022 et 15 février 2023). Dans un second temps, ce praticien a certes considéré que la capacité de travail déterminée par les experts du Y.\_\_\_\_\_ lui paraissait surestimée, la fixant pour sa part à 50 % (cf. rapport du 6 octobre 2023). Cela étant, ses observations se sont inscrites dans le cadre de la contestation de la recourante, le Dr T.\_\_\_\_\_ faisant grief aux experts du Y.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir procédé à une évaluation concrète de la baisse de rendement. On observe toutefois que sa propre appréciation ne repose pas davantage sur une observation concrète et apparaît bien plutôt constituer une appréciation différente de la situation de sa patiente, dénuée de motivation étayée. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a renvoyé, dans ce contexte, à la description du poste de travail communiquée par l'ancien employeur de la recourante. Or, on ne voit nulle part dans dite description de tâches incompatibles avec le tableau clinique présenté par la recourante d'un point de vue rhumatologique. On souligne en effet que ce document fait état des activités suivantes : accueil des patients, gestion de l'agenda, des téléphones et des fax,

réalisation de tests du souffle, de radiographies, de prises de sang et de rangements divers. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a précisé que l'activité dans son cabinet relevait d'une charge physique peu importante, mais nécessitait des déplacements fréquents et la réalisation de tâches multiples. Ce panel d'activités ne laisse ainsi apparaître aucune tâche contre-indiquée dans le cas particulier (cf. rapport d'employeur du 7 juillet 2020, accompagné du contrat de travail conclu par la recourante).

**d)** Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a, pour sa part, confirmé le diagnostic de syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile et évalué la situation en ces termes (cf. rapport du 8 septembre 2023) :

« [...] Par rapport au diagnostic de SEDh [réd. : syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile], Mme C. \_\_\_\_\_ présente donc bien une hypermobilité articulaire (critère 1 des critères diagnostics internationaux 2017), des douleurs d'au moins 2 membres, quotidiennement depuis plus de 3 mois (caractéristique 2 C) et l'absence d'un autre diagnostic rendant compte de cette symptomatologie (critère 3). Il y a suspicion forte d'un SEDh dans la famille, en particulier chez le père (caractéristique 2 B), mais le diagnostic n'est pas formellement posé. En ce qui concerne les caractéristiques 2 A, outre les papules piézo-géniques, les cicatrices atrophiques et l'hyperextensible modérée cutanée, je retiens une peau douce, dans la mesure où cet aspect ne peut être évalué sur toute zone du corps en présence d'une kératose pileuse et d'une histiocytose cutanée. Je retiens aussi un chevauchement dentaire avec un palais initialement probablement encore plus étroit, étant actuellement limité après un traitement orthodontique. On se situe donc à 5/12 points de la caractéristique 2 A. En outre Mme C. \_\_\_\_\_ présente un parcours médical caractéristique du SEDh avec une hypersensibilité multiple, des troubles proprioceptifs, des entorses et luxations articulaires à répétition, des infections à répétition, une résistance en partie de la médication antalgique et aux anesthésiques, des troubles digestifs attribués en partie au côlon irritable mais que l'on peut mettre sur le compte des troubles digestifs liés au SEDh. Sur ce plan on peut s'interroger sur une éventuelle insuffisance pancréatique au vu des diarrhées et des selles jaunâtres. Cet aspect vaudrait la peine d'être investigué par son gastroentérologue.

Les bases thérapeutiques du SEDh sont un programme de gainage et de proprioception qui pourrait être amélioré, notamment au niveau de la proprioception des membres supérieurs et de la respiration, alors que le gainage pourrait être renforcé aux membres supérieurs et inférieurs G [réd. : gauche]. Un autre outil thérapeutique consiste en moyens de contentions qui semblent relativement bénéfiques aux membres inférieurs, mais beaucoup moins dans la partie supérieure du corps. Cet aspect pourrait être réévalué avec différents matériaux et/ou après exercices proprioceptifs des membres supérieurs. L'oxygénothérapie qui a été essayée semble

non bénéfique à Mme C.\_\_\_\_\_. Au reste, le traitement sera à ajuster selon les divers symptômes et gênes qu'elle présente.

Les dorsalgies, certainement favorisées par le s/p fractures vertébrales et vertébroplastie D8-D9 en 2015, est actuellement suivi en antalgie. Les douleurs semblent concerner tant les rameaux dorsaux postérieurs qu'intercostaux droits, au niveau de l'atteinte vertébrale.

A noter encore un syndrome fémoro-patellaire à prédominance G, dans le cadre d'une amyotrophie modérée du quadriceps, en particulier du vaste interne, que je lui recommande de renforcer par des exercices et de l'électromyostimulation. Il conviendrait aussi de réévaluer par la suite l'indication à prescrire des semelles orthopédiques sur mesure et/ou des chevillières élastique pour limiter les risques d'entorses de cheville ou du tarse.

Sur le plan professionnel, au vu des problématiques médicales susmentionnées, les limitations fonctionnelles à retenir sont les suivantes :

- milieu bruyant
- milieu à odeurs fortes
- activité dans un milieu comprenant des distracteurs (open space, fréquentes stimulations visuelles/auditives/etc.), ou du moins baisse de rendement dans de telles circonstances
- maintien de positions statiques (assise, debout)
- position en porte-à-faux ou torsion du tronc
- activité à bout-de-bras
- port de charges au-delà de 2-5 kg (luxations récidivantes d'épaules)
- activité au-dessus du niveau des épaules
- activité répétitives avec les membres supérieurs
- activité impliquant des chocs ou à-coups
- activité impliquant une attention soutenue et/ou prolongée
- agenouillement, accroupissement
- montée/descente fréquente de pentes/escaliers
- déplacement sur terrains accidentés
- situation de stress (contraintes horaires, imprévus importants, etc.)
- manque global d'endurance (env. demi-journée)

Ces limitations ne sont pas compatibles avec la reprise d'une formation d'ambulancière. Dans une activité d'assistante médicale, certaines tâches sont limitées, comme la radiologie (aide à l'installation du patient), la participation à des épreuves fonctionnelles (ergométrie, fonctions pulmonaires, etc.) ; les tâches administratives doivent être fractionnées, variées (pas de frappe prolongée), impliquant un cadre et une ergonomie respectant les limitations susmentionnées.

A cela s'ajoutent un manque d'endurance (physique-musculaire), une fatigue chronique (nécessitant le respect de siestes parfois) liées au SEDh, ainsi que des contraintes incompressibles liées à son état de santé : 13-15 rendez-vous thérapeutiques par mois, besoin de faire elle-même la cuisine (intolérances, régime spécial), à un rythme ralenti (vitesse d'exécution ralentie, pauses, changements de position, etc.). Cela ôte encore 10-15 % supplémentaires à la capacité de travail.

Ainsi, dans une activité adaptée, la capacité de travail est actuellement de maximum 35-40 %. [...] »

Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a par ailleurs confirmé et précisé son appréciation de la capacité résiduelle de travail, fixée à 35-40 % au maximum, dans un rapport subséquent du 6 novembre 2023.

Cela étant, force est de constater que l'évaluation de ce praticien, en termes diagnostiques, s'avère globalement superposable aux constats de l'experte du Y.\_\_\_\_\_, la Dre X.\_\_\_\_\_. Il en va de même, pour l'essentiel, des limitations fonctionnelles observées. A cet égard, on peine à comprendre les raisons médicales objectives dictant l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_, selon laquelle l'activité d'assistante médicale serait restreinte à un taux de 35-40 %. Il semble bien davantage que cette restriction a trait à des contraintes organisationnelles (planning surchargé) et à des exigences spécifiques que s'impose la recourante (cuisiner elle-même) qui n'apparaissent pourtant pas incompatibles avec l'exercice de l'activité habituelle au taux envisagé par la Dre X.\_\_\_\_\_. On ajoutera que le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne fait pas état de modifications ou d'une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis la réalisation de l'expertise du Y.\_\_\_\_\_, ni d'éléments qui auraient été ignorés de l'experte rhumatologue. Partant, il y a lieu de retenir que l'évaluation, opérée par le Dr Z.\_\_\_\_\_, relève d'une appréciation différente, purement subjective, d'une situation demeurée stationnaire. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de lui accorder davantage de crédit qu'à celle des experts, compte tenu de la jurisprudence énoncée ci-avant sous considérant 7c.

**12. a)** Sur le plan psychiatrique, l'expert du Y.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_, a pris en considération les diagnostics de trouble dépressif récurrent léger, avec syndrome somatique léger (F33.01) et de traits de la personnalité émotionnellement labile (Z73.1), lesquels n'étaient responsables d'aucune incapacité de travail. Il a communiqué ses constats comme suit (cf. rapport d'expertise du Y.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2023, expertise psychiatrique, p. 12) :

« [...] Il s'agit d'une expertisée faisant son âge.  
Elle s'exprime correctement en français dans un discours cohérent, le regard vif, donnant des détails. Bonne collaboration.  
Elle est bien orientée dans le temps, l'espace et concernant la situation.

*Troubles cognitifs*

Il n'y a pas de trouble de l'attention ni de la compréhension. Bien que l'expertisée, avant, allègue des troubles de la concentration et de la mémoire, nous n'avons pas pu les objectiver pendant l'entretien. Bien que nous n'ayons pas effectué un test de mesure du QI, son intelligence correspond à son niveau de formation.

*Registre psychotique*

Il n'y a pas de trouble formel de la pensée sous la forme de clivage du moi. Pas de réponse à côté. Pas de trouble du langage. Pas de barrage.

*Troubles de la perception*

Il n'y a pas d'hallucination auditive, visuelle, cénesthésique ou olfactive. Pas d'idée délirante de persécution.

Pas d'idée interprétative ou de concernement simple ou délirant.

Pas d'euphorie. Pas de fuite d'idées. Le comportement n'est pas provocateur, ni manipulateur, ni familial, mais revendicateur concernant l'AI, car elle aimerait que l'on reconnaisse ce qu'elle appelle « sa souffrance ».

*Registre dépressif*

Il y a une tristesse fluctuante. Pas d'humeur dépressive. Pas de signe clinique parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. L'élan vital n'est pas perturbé. Présence d'un sentiment d'infériorité, tendance à la dévalorisation, sentiment d'inutilité. Pas de sentiment de ruine. Actuellement, il n'y a pas d'idée noire, l'expertisée signale en avoir eu avec un scénario précis. Pas de tentative de suicide. Pas d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Pas de trouble du sommeil.

*Sur le plan anxieux*

Présence d'une tension nerveuse fluctuante, une certaine nervosité également fluctuante et légère pendant l'entretien. Pas d'irritabilité. Pas de crise d'angoisse. Pas de TOC. Pas de phobie.

Pas de cauchemar. Pas de flashback.

*Troubles alimentaires*

Pas d'anorexie ni de boulimie.

*Troubles de l'addiction*

Elle ne fume pas. Pas de consommation d'alcool ni de drogue.

Il n'y a pas de divergence entre les dires de Madame C. \_\_\_\_\_ et nos propres constatations, notamment concernant les troubles cognitifs. [...] »

Le Dr W. \_\_\_\_\_ a dès lors justifié son appréciation du cas en ces termes, au vu des ressources à disposition de la recourante (cf. ibidem, p. 13 à 15) :

« [...] **6.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Madame C. \_\_\_\_\_ est Suisse. Selon ses dires, elle a eu des problèmes à l'école, mais arrivait tout de même à se défendre et avait des copines. Le métier d'ambulancière était son souhait, ce qu'elle n'a pu réaliser à cause de problèmes physiques, cela devenait difficile. Par la suite, elle a repris des études d'infirmières, stoppées à cause de la fatigue, mais également au vu d'une erreur médicale. Elle a obtenu ensuite un CFC d'assistante médicale et a travaillé dans des cabinets jusqu'à septembre 2020 où elle a donné son congé.

Cette expertisée s'occupe très bien de son fils, mais se plaint surtout de fatigue. Nous constatons qu'elle a des activités journalières qu'elle ne pourrait pas faire si le degré de sévérité retenu par son psychiatre était fondé. Elle a des ressources psychologiques, des mécanismes adaptatifs, mais des tendances revendicatrices, car elle aimerait que l'on puisse reconnaître ce qu'elle appelle « sa souffrance ».

### **6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Les plaintes de Madame C.\_\_\_\_\_ ne sont ni cohérentes ni plausibles, ainsi, les troubles cognitifs avancés ou allégués par l'expertisée n'ont pas pu être objectivés. Par ailleurs, nous constatons que malgré la fatigue et les douleurs ressenties, elle a du plaisir dans la vie, s'occupe très bien de son fils, elle a des activités journalières notamment des voyages où elle a du plaisir.

Des divergences subsistent avec les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus par la psychiatre de l'expertisée.

[...]

### **7.1 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison**

Prise en charge psychiatrique régulière et, selon le dosage plasmatique, l'expertisée est compliant.

Il n'y a pas de contreindication à ce que cette expertisée puisse faire une mesure si celle-ci devait être indiquée. Signalons que Madame C.\_\_\_\_\_ aimerait obtenir une rente AI et que l'on reconnaisse ce qu'elle appelle « sa souffrance » qui n'est pas reconnue par sa famille ni par ses amis.

### **7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Madame C.\_\_\_\_\_ est capable de s'adapter aux règles et routines, de planifier et de structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité, la capacité de changement et de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Elle est apte à prendre des décisions, possède des discernements, est capable d'initiatives et d'activité spontanée. L'expertisée peut s'affirmer, tenir une conversation, établir le contact avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin d'elle et à subvenir à ses besoins. Elle dispose de mobilité, peut se déplacer en voiture ou à vélo. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de la fatigue alléguée. [...] »

**b)** La recourante conteste, de son côté, l'appréciation de l'expert psychiatre, en se fondant sur les différents rapports de la Dre S.\_\_\_\_\_, singulièrement les rapports établis les 18 septembre et 23 novembre 2023. On retient que cette spécialiste a procédé d'une critique étayée des conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_ et s'est particulièrement attachée à préciser et nuancer les diagnostics envisageables dans le cas de sa patiente. Cela étant, on rappellera que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas

fondamentalement le diagnostic, mais l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Or, dans le cas particulier, force est de constater que l'appréciation de la capacité de travail de la recourante communiquée par la Dre S.\_\_\_\_\_ s'avère difficile à appréhender. On relève qu'elle a tout d'abord mentionné une capacité de travail restreinte à 20 % dans son rapport à l'intimé du 8 juillet 2022, se fondant vraisemblablement sur les arrêts de travail prononcés par le Dr R.\_\_\_\_\_. Elle a précisé ensuite, en date du 18 septembre 2023, que son appréciation initiale devait être comprise comme l'addition d'une incapacité de travail d'origine psychiatrique de 40 % et d'une incapacité de travail d'ordre rhumatologique de 40 %. L'incapacité de travail était cependant de 20 % pour des motifs strictement psychiques, qu'il convenait d'ajouter à l'incapacité de travail prononcée par le Dr Z.\_\_\_\_\_. Finalement, le 23 novembre 2023, la Dre S.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail résiduelle de 30 % au maximum, voire de 35-40 % dans une activité adaptée, rejoignant dès lors l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_.

**c)** On peine ainsi à suivre le raisonnement de la Dre S.\_\_\_\_\_ et l'évolution effective de la situation depuis la prise en charge entamée dès avril 2019. Au demeurant, la notion de capacité de travail doit être appréciée sur le plan global, ce qui fait précisément l'intérêt d'une évaluation consensuelle telle qu'opérée dans le contexte d'une expertise pluridisciplinaire, et non pas morcelée en fonction de chaque spécialité entrant en ligne de compte. Quoi qu'il en soit, les explications plus ou moins confuses de la Dre S.\_\_\_\_\_ sur la capacité de travail de sa patiente ne convainquent pas, tout particulièrement eu égard aux ressources mises en évidence auprès de la recourante. Ainsi que le soulève à bon escient le Dr W.\_\_\_\_\_, on ne voit pas qu'un trouble dépressif récurrent puisse être qualifié de sévère ou de moyen, accompagné, qui plus est, d'un trouble de la personnalité, alors que la recourante a conservé une capacité de travail substantielle (60 % sur la base des arrêts de travail prononcés par la Dre H.\_\_\_\_\_, ce qui est confirmé par le rapport d'employeur du 7 juillet 2020) jusqu'à son congé maternité. Elle s'avère également en l'état capable de s'occuper

adéquatement de son enfant, d'assumer ses tâches ménagères, de suivre une formation en médiation animale et de maintenir des activités de loisirs (cf. notamment à cet égard : rapport d'expertise du Y.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2023, expertise rhumatologique, p. 27 et 32 ; rapport d'enquête économique sur le ménage du 22 juin 2023).

En présence des éléments ci-dessus, on relève que les explications de la Dre S.\_\_\_\_\_ ne convainquent pas davantage s'agissant des raisons pour lesquelles il y aurait lieu de retenir un trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3), accompagné de traits de la personnalité anankastique, en lieu et place uniquement de traits de personnalité émotionnellement labile (Z.73.1). Ainsi que l'a observé le Dr W.\_\_\_\_\_, l'état de santé psychique affiché par la recourante ne justifie pas de prendre en considération un diagnostic de trouble de la personnalité, mais uniquement de traits particuliers, en l'absence de répercussions notables dans les différents domaines de la vie. On rappellera dans ce contexte qu'une accentuation des traits de la personnalité ne relève pas en tant que telle de la notion d'atteinte à la santé ayant une portée juridique et ne constitue pas une atteinte à la santé invalidante (cf. à ce sujet : TF 9C\_894/2015 du 25 avril 2016 consid. 5.1 ; 9C\_537/2011 du 28 juin 2012 consid. 3.1 in : SVR 2012 IV n° 52 p. 188 consid. 3.1).

**d)** Relativement aux indicateurs dégagés par la jurisprudence fédérale, force est de retenir, à l'instar du Dr W.\_\_\_\_\_, un problème de cohérence dans les plaintes et difficultés alléguées par la recourante. Il apparaît en effet manifeste que les différents domaines de la vie ne se trouvent pas impactés de la même manière par le tableau clinique affectant l'intéressée. Celle-ci demeure dotée de ressources non négligeables, étant souligné qu'elle est en mesure de s'adapter à des règles et à une routine, de planifier et structurer ses tâches, de faire preuve de flexibilité et de mobiliser ses connaissances. Elle est également apte à prendre de décisions et des initiatives spontanées. Elle ne présente par ailleurs pas de difficultés à entretenir des relations avec des tiers (cf. rapport d'expertise du Y.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2023, expertise

psychiatrique, p. 15). On souligne, une nouvelle fois, que la recourante reste capable de tenir son ménage, de s'occuper de son fils, de se consacrer à des loisirs et à suivre une formation de son propre chef. Ces constats justifient manifestement de se rallier à l'évaluation communiquée par le Dr W.\_\_\_\_\_.

**e)** On ajoutera, à l'instar de l'intimé, respectivement du SMR (cf. avis du 23 octobre 2023), que le haut potentiel intellectuel relevé auprès de la recourante ne saurait être considéré comme une atteinte à la santé, alors que cet aspect constitue bien plutôt un atout sur le marché ordinaire du travail.

**f)** Par ailleurs, on ne voit pas qu'une nouvelle expertise du registre psychiatrique serait de nature à apporter un éclairage nouveau ou différent du cas de la recourante. On peut par conséquent écarter cette mesure d'instruction complémentaire, requise par la recourante, par appréciation anticipée des preuves (cf. consid. 9b *supra*).

**13.** Etant donné les considérations ci-dessus, il s'agit de retenir les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée au Y.\_\_\_\_\_, lesquelles procèdent d'une appréciation globale et objective de la situation de la recourante. Il convient donc de considérer que cette dernière est dotée d'une capacité de travail de de 60 % en qualité d'assistante médicale et de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. On pourrait au demeurant envisager, au vu du descriptif de poste communiqué par le Dr Q.\_\_\_\_\_ le 7 juillet 2020, que l'activité d'assistante médicale constitue une activité adaptée à l'état de santé présenté par la recourante et qu'elle serait susceptible d'être exercée à 70 %. Cette question peut toutefois demeurer ouverte, dans la mesure où elle demeure sans incidence sur l'issue du litige.

**14.** **a)** A ce stade, il s'agit de se prononcer sur le degré d'invalidité retenu dans la sphère d'activité lucrative.

**b)** Selon l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

**c)** Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré dans la sphère lucrative directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur les données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible ou encore lorsque cette activité offre les meilleures possibilités de réintégration professionnelle (TF 9C\_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et références citées).

**d)** En l'espèce, compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 60 % dans l'activité habituelle d'assistante médicale, la

méthode d'évaluation de l'invalidité en pour-cent est appropriée pour mesurer le degré d'invalidité ressortant à la sphère d'activité lucrative. Ainsi que l'a retenu le service de réinsertion professionnelle de l'intimé le 3 juillet 2023, le degré d'invalidité se confond ainsi avec le degré d'incapacité de travail pour se monter à 40 %, compte tenu de l'extrapolation de l'activité concernée sur un plein temps (cf. art. 28a al. 3 LAI et 27<sup>bis</sup> al. 2 à 4 RAI).

**15. a)** Si l'on devait s'écarter de l'exigibilité de l'exercice de l'activité habituelle pour prendre en compte l'exercice d'une activité adaptée à 70 % (capacité de travail de 100 % sous réserve d'une baisse de rendement de 30 %, selon les experts du Y. \_\_\_\_\_), il s'agirait alors de procéder à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA.

**b)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé. Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Dans le cas particulier, le revenu sans invalidité communiqué par l'employeur de la recourante se montait à 54'814 fr. à environ 80 % en 2020. Extrapolé à 100 %, on obtiendrait ainsi un revenu annuel de 68'517 fr. au titre de revenu sans invalidité déterminant.

**c)** En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires

ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). Lorsque les tables de l'ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1\_tirage\_skill\_level, à la ligne « total secteur privé » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale. Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et les références citées). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 pour se référer à la table T17 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 ; 8C\_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.2 et les références citées).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid.

5b/aa-cc ; TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C\_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1).

En l'occurrence, il serait envisageable de recourir au montant total du TA1\_tirage\_skill\_level de l'ESS 2020 pour déterminer le revenu d'invalidé. En 2020, ce montant s'élevait à 4'276 fr. par mois, réalisable par une femme dans une activité ne requérant pas de compétences particulières (niveau 1). Après prise en compte de la durée usuelle du travail de 41,7 heures, on obtiendrait ainsi un revenu annuel de 53'492 fr. pour une activité à plein temps, correspondant à 37'444 fr. après prise en compte de la baisse de rendement de 30 %. Ce dernier montant constituerait le revenu d'invalidé déterminant, dans la mesure où il n'y aurait pas lieu de procéder à une déduction supplémentaire in casu. La recourante est en effet jeune, capable d'adaptation et ne rencontre aucune entrave sur le marché ordinaire du travail pour des raisons de nationalité ou de difficultés linguistiques. Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles ont été prises en compte au titre d'une baisse de rendement de 30 %.

**d)** Compte tenu des revenus mis en évidence ci-dessus, le degré d'invalidité de la recourante s'élèverait à 45,35 % ( $[(68'517 - 37'444) \times 100 / 68'517]$ ) dans la sphère d'activité lucrative. On relève que ce calcul, au demeurant favorable à la recourante dans la mesure où il a été tenu compte du niveau minimal de compétences (niveau 1), justifie d'autant l'appréciation du service de réinsertion professionnelle de l'intimé du 3 juillet 2023. On peut en effet retenir qu'en dépit d'une capacité de travail évaluée à 70 % dans une activité adaptée, la recourante rencontre une perte de gain inférieure en poursuivant son activité habituelle au taux de 60 %. Il ne fait donc pas de doute que le maintien de l'activité d'assistante médicale constitue la solution la plus adéquate pour mettre à profit la capacité résiduelle de travail et les compétences de la recourante.

**16.**       **a)** Il s'agit enfin d'examiner le degré d'invalidité ressortant à la sphère ménagère, déterminé sur la base de l'enquête économique réalisée le 20 juin 2023 au domicile de la recourante. Celle-ci ne soulève aucun grief particulier relatif aux empêchements déterminés dans les différents postes du ménage, ni en lien avec l'aide exigible de la part de son conjoint.

**b)** Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (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 et les références citées ; TF 9C\_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

**c)** S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est admis de jurisprudence

constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C\_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (TF 9C\_716/2012 du 11 avril 2012 consid. 4.4). Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; 130 V 97 consid. 3.3.3 et les références).

**d)** En l'espèce, on observe que l'enquêtrice de l'intimé n'a retenu aucun empêchement pour les domaines de l'alimentation, des achats et des courses, de la lessive et de l'entretien des vêtements, ainsi que des soins de l'extérieur et des animaux domestiques. Elle a pris en considération l'obligation de diminuer le dommage de la recourante, en ce sens qu'il est exigible de cette dernière de fractionner les tâches, d'organiser son emploi du temps et de solliciter l'aide de son conjoint pour réaliser les tâches plus lourdes (par exemple : aide pour les draps de lit, pour le transport des déchets et des courses lourdes ; cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 22 juin 2023, p. 5 ss). Cette appréciation n'apparaît pas critiquable, dans la mesure où elle respecte la jurisprudence fédérale citée ci-dessus. En particulier, une adaptation du

quotidien de la recourante et le recours à d'éventuels moyens auxiliaires pour la décharger constituent des mesures usuellement exigibles pour pallier les restrictions liées à son état de santé. En outre, l'assistance de son conjoint n'apparaît manifestement pas excessive, le partage des tâches ménagères (indépendamment de l'exercice d'une activité lucrative) ayant été la règle au sein du couple avant la survenance des problèmes de santé de la recourante (cf. *ibidem*, p. 5 ss).

**e)** S'agissant des domaines de l'entretien de l'appartement et du soin aux enfants ou aux proches, l'enquêtrice de l'intimé a chiffré les empêchements à 2,95 %, respectivement 7,36 %, tenant tout particulièrement compte des difficultés de la recourante dans l'exécution des tâches lourdes et du recours à une femme de ménage à hauteur de deux heures par semaine. L'assistance du conjoint de la recourante a également été relevée aux termes du rapport d'enquête correspondant (cf. *ibidem*, p. 6 à 8). L'évaluation opérée par l'enquêtrice de l'intimé peut être ici confirmée, dans la mesure où elle prend en considération adéquatement les limitations fonctionnelles énumérées au sein du Y.\_\_\_\_\_, confrontées aux explications fournies par la recourante. Il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter.

**f)** En définitive, le degré d'invalidité dans la sphère ménagère, évalué au total à 10,31 %, apparaît refléter la situation concrète de la recourante, de sorte qu'il peut être ici confirmé.

**17. a)** Compte tenu des considérants *supra*, le degré d'invalidité global de la recourante se monte à 34,06 % ( $[40 \times 0,8] + [10,31 \times 0,2]$ ), arrondi à 34 %, jusqu'en mai 2021 et s'avère donc inférieur au seuil déterminant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Dès mai 2021, le revenu d'invalidité global de la recourante s'élève à 28,12 % ( $[40 \times 0,6] + [10,31 \times 0,4]$ ), arrondi à 28 %, ce qui exclut d'office le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

**b)** Il est précisé que même si le degré d'invalidité dans la sphère d'activité lucrative devait être déterminé sur la base de l'exigibilité

de l'exercice d'une activité adaptée à 70 %, le taux d'invalidité n'excéderait pas 38,34 % ( $[45,35 \times 0,8] + [10,31 \times 0,2]$ ), arrondi à 38 %, jusqu'en mai 2021, respectivement 31,33 % ( $[45,35 \times 0,6] + [10,31 \times 0,4]$ ), arrondi à 31 %, dès mai 2021, taux demeurant insuffisants pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 LAI).

**18. a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

**b)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

**c)** Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi

que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

**d)** En règle générale, lorsqu'une personne a recouvré la capacité à reprendre l'exercice de son activité habituelle, elle ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement (TF 9C\_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2).

**e)** En l'occurrence, quoi que soutienne la recourante, la reconnaissance d'un degré d'invalidité d'au moins 20 % ne suffit pas à imposer la mise en œuvre d'un reclassement professionnel. Dans son cas, une telle mesure ne se justifie manifestement pas, en premier lieu du fait que sa capacité de travail est préservée tant dans l'exercice de son activité habituelle que d'une activité adaptée, en dépit d'une baisse de rendement de 30 %. En second lieu, force est de constater que si la recourante devait se réorienter dans un autre secteur d'activités que celui exercé jusqu'alors, son préjudice économique demeurerait tout de même équivalent à celui encouru dans l'activité habituelle (cf. consid. 14 et 15 *supra*). Dans ce contexte, on ne voit pas que d'autres mesures professionnelles soient nécessaires en l'état, alors que la recourante conteste l'appréciation de sa capacité de travail, qu'elle ne semble pas disposée à reprendre son activité habituelle en dépit de l'exigibilité déterminée sur le plan médical et qu'elle a, au surplus, entamé de son propre chef une formation dans la médiation animale.

**20. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 23 octobre 2023 confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante vu le sort du litige.

**c)** En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 octobre 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 la recourante.
- 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Inclusion Handicap, Mes Karim Hichri et Tifaine Hostettler, à Lausanne (pour C. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :