

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 octobre 2024

Composition : M. PIGUET, président
Mme Pasche, juge et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Swiss Claims Network, à Fribourg,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI, 6, 7, 8 LPGA.

E n f a i t :

A. **a)** M._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1974, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 23 janvier 1997. Par décision du 16 mars 1998, une rente entière, extraordinaire, d'invalidité lui a été octroyée depuis le 1^{er} janvier 1996, un diagnostic de schizophrénie indifférenciée (CIM.10 : F20.30) ayant été posé. La rente a été supprimée dès le 31 octobre 1999 en raison du départ de l'assurée de Suisse pour entreprendre une formation professionnelle aux Etats-Unis.

L'assurée a séjourné aux Etats-Unis de 1998 à 2008 où elle a obtenu un bachelor en anglais en 2004 et un master en gestion en 2007 délivré par le [...] Institute of International Studies. Elle a ensuite vécu en Allemagne du 28 avril 2008 au 1^{er} septembre 2011.

b) L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 18 novembre 2020, dans laquelle elle a indiqué souffrir d'un syndrome d'Ehlers-Danlos depuis 2019, de prédiabète, de surpoids, de fatigue, d'hypermobilité, de carences en fer et d'otites à répétition. Elle a précisé qu'elle avait travaillé à un taux d'activité de 100 % comme « Corporate dec. Specialist » du 19 juin 2017 au 31 août 2020 puis comme « Documentation System improvement Project Leader » du 1^{er} septembre au 31 décembre 2020, auprès d'Y._____. Dans sa demande, elle a indiqué qu'elle avait présenté une incapacité de travail de 50 à 60 % du 18 mai au 18 septembre 2020, de 25 % du 21 septembre au 20 octobre 2020 et de 40 % du 15 octobre au 27 novembre 2020. Elle a précisé que son médecin généraliste était le Dr V._____, médecin praticien, qui la suivait depuis le 17 juin 2020 et qu'elle était également suivie, depuis le 18 mai 2019, par le Dr R._____, médecin praticien, en raison du syndrome d'Ehlers-Danlos. Le contrat de travail de l'intéressée a été résilié par l'employeur avec effet au 31 décembre 2020, en raison d'une absence de longue durée (cf. questionnaire pour l'employeur du 8 janvier 2021).

Dans des rapports des 10 juillet et 21 août 2020 au Dr V._____, le Dr R._____ a posé les diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, d'obésité et de déconditionnement physique. Le Dr R._____ relevait que la situation était globalement bonne et que la poursuite du reconditionnement musculaire et l'accompagnement semblaient importants.

Par rapport à l'OAI du 7 décembre 2020, le Dr R._____ a indiqué que le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile avait une influence sur la capacité de travail de l'assurée. Il estimait que celle-ci avait une capacité de travail de 5 à 6 heures par jour dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée, laquelle devrait respecter les limitations fonctionnelles suivantes : position assise limitée à 30 minutes, debout stationnaire nettement moins, port de charge limité à 5 kg, alternance de positions nécessaire et nécessité d'éviter un rendement stressant. Le Dr R._____ a encore relevé qu'un reconditionnement musculaire sur le long terme devrait permettre d'améliorer la capacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport au sens du Règlement (CE) n° 987/2009 à l'OAI, complété le 6 janvier 2021, le Dr V._____ a posé les diagnostics, impliquant une diminution de la capacité de travail, de syndrome d'Ehlers-Danlos, de surcharge pondérale et d'anémie ferritive. Il a précisé que l'assurée présentait des limitations liées à la fatigue physique en lien avec le syndrome d'Ehlers-Danlos et la surcharge pondérale. Ce médecin a encore indiqué que la pathologie était stable sous couvert d'ostéopathie et de physiothérapie neuro-musculaire et qu'il y avait une fatigue inévitable. La capacité de travail de l'assurée était de 4 heures par jour dans son activité habituelle comme dans d'autres emplois potentiels.

Par avis du 8 avril 2021, le Dr H._____, médecin praticien et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a relevé que l'assurée présentait au premier plan une obésité morbide et un syndrome d'hyperlaxité pour lesquels les renseignements anamnestiques étaient limités. Elle avait souffert d'une atteinte psychique

sévère durant l'adolescence dont on ignorait tout de l'évolution mais qui paraissait stable. Le Dr H. _____ estimait qu'il n'était pas impossible qu'une baisse de rendement soit retenue à terme, mais qu'il était nécessaire de mieux détailler les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail.

A la demande de l'OAI, le Dr R. _____ a répondu à un questionnaire médical le 30 juin 2021 pour faire état de l'évolution de la situation. Il a indiqué les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, d'obésité et de déconditionnement physique. Il a précisé que l'assurée avait perdu environ 23 kg, qu'elle suivait un traitement physiothérapeutique régulier, qu'il y avait un isolement social et des limitations fonctionnelles (limitation des postures statiques, de la marche à un à deux kilomètres et du port de charge). Il a encore exposé que la capacité de travail de l'intéressée était de 0 % dans son activité habituelle, mais que dans une activité sédentaire sans port de charges et permettant la maintenance de posture, la capacité de travail pourrait être de 100 %, tout en relevant que la question de la capacité de travail n'avait pas été abordée lors des entretiens avec l'assurée.

Répondant au même questionnaire de l'OAI le 15 juillet 2021, le Dr V. _____ a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, d'obésité et des conséquences morales dudit syndrome. Sa patiente avait des limitations fonctionnelles en ce sens qu'elle ne devait pas emprunter des escaliers de manière répétitive, ni porter de charges, ni effectuer de rotation itérative, que ses déplacements étaient limités en intensité et en durée et que du mobilier de bureau adapté (chaise, bureau, ordinateur) était nécessaire. La capacité de travail de l'assurée était limitée à 60 % dans son activité habituelle depuis le mois de juillet 2020 au moins, le médecin précisant ne pas l'avoir connue auparavant. S'agissant de la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée, elle restait à déterminer, le médecin indiquant qu'une fatigue s'installait rapidement, étant précisé

qu'elle dépendrait du reconditionnement et de la perte de poids de l'assurée.

Par nouvel avis SMR du 26 août 2021, le Dr H._____ a conclu qu'au terme de l'instruction du dossier, l'assurée présentait une atteinte somatique d'ordre ostéo-articulaire justifiant des limitations fonctionnelles dans un contexte d'obésité avec une récente perte de poids ; il n'y avait pas d'éléments en faveur d'une atteinte psychiatrique significative. Le Dr H._____ estimait que la période d'incapacité de travail attestée au dossier était justifiée, que dans l'activité habituelle de l'assurée, sa capacité de travail était de 60 % et que dans une activité adaptée la capacité de travail était de 100 % au plus tard depuis le mois de juillet 2021. Ce médecin a posé les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire, possibilité de varier les positions, pas de posture statique prolongée, pas de marche de plus de 1 à 2 km, pas de port de charges lourdes ou de manière répétée, pas d'activité en hauteur ou d'escalier de manière répétée.

Par projet de décision du 26 novembre 2021 envoyé le 16 février 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Il a retenu qu'elle disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que retenues dans l'avis SMR du 26 août 2021, tout en considérant que moyennant une adaptation de son poste de travail, sa capacité de travail était également entière dans son activité habituelle.

Le 18 février 2022, l'assurée, par son mandataire, a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision, faisant notamment valoir qu'elle n'avait pas une capacité de travail de 100 %. Elle ajoutait que ses problèmes de santé s'inscrivaient dans le contexte d'un syndrome d'Ehlers-Danlos et devaient être appréciés de manière multifactorielle et multidisciplinaire, ce qui n'avait pas été effectué dans l'instruction de son dossier. Dans le cadre de sa contestation, l'assurée a joint à son courrier les rapports médicaux suivants :

- un rapport du Dr R._____ à son mandataire du 4 février 2022 posant les diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos, d'obésité, de lipœdème des membres inférieurs et de déconditionnement physique. Le Dr R._____ précisait que la question de la capacité de travail n'avait jamais été discutée durant les entretiens avec la patiente. Il indiquait les mêmes limitations fonctionnelles que celles ressortant de son rapport du 30 juin 2021 ;
- un rapport du Dr V._____ à son mandataire du 11 février 2022, relevant qu'il n'y avait pas de traitement pour le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile et que seules la physiothérapie et la balnéothérapie permettaient de ralentir son évolution. La capacité de travail actuelle de l'intéressée dans son activité de gestionnaire de projet se situait entre 20 et 40 %, car la déficience neuro-musculaire dégradait la mise en route physique matinale et la stabilité posturale et causait des chutes relativement fréquemment. Il y avait également une diminution de la mobilité générale journalière avec des besoins réguliers de pauses. Il y avait aussi une baisse d'énergie et des défauts de concentration, d'apprentissage, d'idéation et de mémorisation. La patiente présentait une faiblesse musculaire et une fatigabilité physique et psychique importante. Il y avait un épuisement rapide en lien avec la dysharmonie neuro-musculaire inhérente au syndrome d'Ehlers-Danlos ;
- un rapport du Dr R._____ à son mandataire du 7 avril 2022 relatif à un bilan d'ergothérapie qui mettait en évidence un déconditionnement à l'origine d'une baisse du rendement de l'assurée de 50 % pour les activités physiques.

Par un nouveau courrier du 8 avril 2022, l'assurée a complété ses observations au projet de décision, concluant principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité compte tenu de la limitation de rendement de 50 % attestée par le Dr R._____. Subsidiairement, elle a conclu à la poursuite de l'instruction au plan médical.

Dans un nouvel avis SMR du 21 avril 2022, le Dr H._____ a estimé qu'un complément d'instruction s'imposait, relevant qu'il y avait un réel déconditionnement conduisant à une baisse de rendement et qu'il semblait dès lors que le syndrome d'Ehlers-Danlos n'était pas au premier plan.

Dans un nouveau rapport du 22 avril 2022 à l'OAI, le Dr R._____ a pour sa part fait état d'une capacité de travail de l'assurée de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} juillet 2021, en raison du déconditionnement qu'elle présentait et de la nécessité de faire des pauses régulièrement.

Le 25 avril 2022, l'assurée a produit une copie d'un rapport médical du Dr V._____ du 7 avril 2022 adressé à [...], assureur perte gain, qui faisait état d'une aggravation des douleurs et des incapacités physiques et d'une détresse psychologique non négligeable (dépression réactionnelle) depuis quelques semaines entraînant une capacité de travail actuelle de 0 %, sans amélioration prochaine attendue.

Dans un nouvel avis SMR du 31 août 2022, le Dr H._____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne.

Une expertise a dès lors été confiée aux Drs P._____, spécialiste en médecine interne générale, en médecine physique et réadaptation et médecin praticien, G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et D._____, spécialiste en rhumatologie, du Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après : CEMed). Les experts ont rendu leur rapport le 13 mars 2023. Dans leur évaluation consensuelle, ils ont exposé que l'assurée présentait un syndrome d'Ehlers-Danlos associé à un épuisement, un déconditionnement important et une obésité de classe 2. Ils ont fixé la capacité de travail de l'assurée à 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de novembre 2019.

Par avis SMR du 24 mars 2023, le Dr H._____ a estimé que l'expertise était complète et convaincante, relevant que les experts admettaient une baisse de rendement et des limitations fonctionnelles en raison de l'atteinte rhumatologique, ce qui rejoignait en grande partie l'appréciation du Dr R._____. Il fallait donc retenir que l'assurée avait une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle comme dans une autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de novembre 2019.

A la suite d'une demande de l'assurée du 6 février 2023, l'OAI a pris en charge les frais de remise en prêt d'un rollator à l'assurée à titre de moyen auxiliaire, par communication du 3 avril 2023.

Dans un nouveau projet de décision du 4 avril 2023 annulant et remplaçant le projet du 26 novembre 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui allouer un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2021.

Par courrier du 4 avril 2023 à l'OAI, l'assurée, par son mandataire, a reproché à l'OAI de n'avait pas pris en compte l'aggravation de son état de santé, en particulier le fait qu'elle se déplaçait depuis plusieurs semaines en rollator.

Par réponse du 20 avril 2023 à la lettre de l'assurée du 4 avril 2023, l'OAI a indiqué avoir bien pris en compte le fait que celle-ci avait déposé une demande de moyen auxiliaire, tout en relevant qu'une telle demande ne signifiait pas en soi un motif d'aggravation. En l'occurrence, la prise en charge d'un rollator était compatible avec les limitations fonctionnelles retenues et ne justifiait pas de retenir une modification de la capacité de travail dans une activité adaptée. Par ailleurs, ni l'assurée ni ses médecins ne rapportaient d'aggravation dans la demande de moyen auxiliaire. L'OAI relevait encore que les plaintes de l'assurée avaient déjà été prises en compte dans l'expertise du CEMed.

Par courrier du 15 mai 2023, l'assurée a fait valoir des observations à l'encontre du projet de décision du 4 avril 2023. Elle estimait notamment que les experts n'avaient pas pris en compte l'ensemble de sa symptomatologie, alors même que ses troubles étaient divers, allant d'affections cutanées avec traitement de furoncles à des lâchages réguliers des articulations se concluant par des chutes, qu'elle devait à l'heure actuelle se déplacer en déambulateur et qu'elle avait besoin d'une aide régulière dans les activités de la vie courante.

Avec son courrier précité, l'assurée a produit un rapport du 3 mai 2023 du Dr V._____ faisant état d'une aggravation de la condition physique de sa patiente et d'une inquiétude face à l'avenir. Le Dr V._____ relevait qu'il fallait tenir compte de l'influence du facteur psychique sur les douleurs chroniques, ajoutant que le déconditionnement neuromusculaire était certainement propice aux douleurs et les augmentait, de sorte que sa patiente était piégée dans un cercle vicieux qui n'avait pas été pris en compte dans l'expertise du CEMed. Le Dr V._____ relevait encore que l'addition de l'état physique, de l'isolement social et professionnel et le repli sur soi étaient propices à la dépression, même si en public l'assurée avait une force de caractère lui permettant de cacher la vérité. Il ajoutait que sa patiente avait besoin d'un support lorsqu'elle était à l'arrêt, qu'elle ne pouvait pas lâcher son rollator sans être déséquilibrée, donc qu'elle ne pouvait pas travailler avec les bras surélevés, ni porter des charges et que les rotations du tronc étaient limitées en raison des inflammations des articulations postérieures. Il a encore précisé que le travail à domicile était possible, mais sur une durée difficile à estimer en raison de la nécessité pour l'assurée de se reposer par intermittence, et qu'une activité à 100 % ne pouvait pas être réalisée, tout en relevant que cela pourrait être une bonne chose pour sa patiente de travailler.

Dans un avis SMR du 8 juin 2023, le Dr H._____ a indiqué que l'OAI avait déjà répondu, dans son courrier du 20 avril 2023, au sujet de l'aggravation dont l'assurée faisait état et que le rapport du Dr

V._____ ne permettait pas de remettre en question l'appréciation des experts du CEMed.

L'OAI a rendu un nouveau projet de décision le 19 juin 2023 annulant et remplaçant son projet du 4 juin 2023, lequel refusait dorénavant à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, au motif que son taux d'invalidité, estimé à 30 % sur la base d'une comparaison en pour-cent, ne donnait pas droit à une rente d'invalidité et que des mesures professionnelles n'étaient pas susceptibles de réduire son taux d'invalidité.

Dans de nouvelles observations du 22 août 2023, l'assurée s'est opposée à la méthode d'évaluation de son invalidité et a fait valoir qu'elle était en incapacité totale de travail dans toute activité. Elle a conclu subsidiairement à des mesures d'instruction complémentaires, estimant que les experts n'avaient pas pris en compte ses difficultés et limitations réelles, en particulier le cumul de ses affections. Elle a relevé qu'elle était atteinte d'un lipœdème, d'autres affections somatiques (colon irritable, furonculoses, incontinence urinaire, folliculite à répétition) et des symptômes liés au syndrome d'Ehlers-Danlos (luxations régulières, tendinites douleurs et fatigue chroniques, troubles de l'équilibre), et qu'elle avait présenté une aggravation récente de son état de santé en raison du fait qu'elle se déplaçait en rollator. Elle a produit à l'appui de sa contestation deux ordonnances du 10 août 2023, l'une pour des bas de compression, l'autre pour des séances de physiothérapie, rédigées par le Dr [...], médecin assistant auprès du Service d'angiologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV).

Par décision du 25 octobre 2023, accompagnée d'une prise de position sur les arguments de l'assurée, l'OAI lui a refusé le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

Le 10 novembre 2023, l'assurée a produit un nouveau rapport du DrR._____ du 31 octobre 2023, critiquant l'expertise du CEMed et indiquant que l'assurée n'avait aucune capacité de travail à l'heure

actuelle vu toute l'énergie qu'elle devait déployer même en fonctionnant à bas régime.

B. Par acte du 24 novembre 2023, M._____, par son mandataire, recourt contre la décision rendue le 25 octobre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à un complément d'instruction par la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire. Elle critique l'expertise réalisée par le CEMed, en se fondant sur les éléments relevés par le Dr R._____ dans son rapport du 31 octobre 2023 et estime qu'il y a lieu de se fonder sur l'appréciation de ce dernier.

Dans sa réponse du 29 janvier 2024, l'OAI conclut au rejet du recours, en se fondant notamment sur les conclusions de l'expertise du CEMed.

Par réplique du 1^{er} mars 2024, la recourante maintient sa position, relevant notamment que l'intimé n'a pas répondu à ses critiques à l'encontre du rapport d'expertise.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

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

2. a) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement l'évaluation de sa capacité de travail.

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

bb) En l'occurrence, le droit potentiel à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt le 1^{er} mai 2021, vu le dépôt de la demande de prestation par l'assurée le 18 novembre 2020 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que c'est le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'applique.

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

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

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

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

c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

e) 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).

4. En l'occurrence, une expertise pluridisciplinaire a été confiée par l'OAI au CEMed, lequel a rendu son rapport le 13 mars 2023.

a) A cet égard, les experts ont établi leur rapport en toute connaissance du dossier de la recourante et sur la base d'anamnèses détaillées. Ils ont procédé à des examens cliniques relevant de leurs spécialités respectives et pris en compte les plaintes de l'intéressée.

aa) Ainsi, au plan rhumatologique, la Dre D._____ a confirmé, sur la base du dossier de l'assurée et d'un examen clinique, le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de syndrome d'Ehlers-Danlos ; ce diagnostic ressort également des rapports des médecins traitants, les Drs R._____ et V._____. L'experte a aussi relevé la présence d'un déconditionnement, avec effet sur la capacité de travail de l'intéressée, ce qui est également attesté dans les rapports du Dr R._____ (voir les rapports de ce médecin des 30 juin 2021 et 4 février 2022). Même si ni l'experte rhumatologue ni les trois experts, dans leur évaluation consensuelle, n'ont retenu que l'obésité était un diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail, cet élément, qui est classé dans les diagnostics incapacitants par le Dr V._____ (rapports des 6 janvier et 15 juillet 2021) et le Dr R._____ (rapports des 30 juin 2021 et 4 février 2022), a été pris en considération dans l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressée. En effet, tant la rhumatologue dans son évaluation, que l'ensemble des experts dans leur évaluation consensuelle, ont fixé la capacité de travail de l'assurée à 70 % dans son activité habituelle (qui est considérée par les experts comme adaptée à ses limitations fonctionnelles) compte tenu d'« un syndrome d'hyperlaxité de type Ehlers-Danlos, associé à un épuisement, un déconditionnement important et une obésité ». Par ailleurs, l'experte rhumatologue a tenu compte des plaintes de l'assurée liées au syndrome d'Ehlers-Danlos, à savoir la présence de douleurs diffuses de longue date, avec des épisodes de chute et de lâchage des membres inférieurs ainsi qu'un épuisement. Elle a retenu des limitations fonctionnelles (activités sans positions assise ou debout prolongées de plus de 30 minutes, ni déplacements à pieds, ni port de charges répété de plus de 5 kg) rejoignant celles relevées par les médecins traitants (voir rapports du Dr R._____ des 30 juin 2021 et 4 février 2022 et du Dr V._____ du 15 juillet 2021), ainsi qu'une diminution

de la capacité de travail de 30 % en lien avec les douleurs et la fatigabilité.

bb) Au plan psychiatrique, le Dr G._____ a relevé que la recourante avait présenté une symptomatologie psychotique qui avait nécessité une hospitalisation en 1996 ; il n'y avait toutefois plus eu de suivi psychiatrique ou psychothérapeutique depuis la fin des années 1990. A l'heure actuelle, l'intéressée ne prenait pas de psychotrope et l'examen psychiatrique était dans les limites de la norme. L'expert G._____ a indiqué qu'il n'y avait en particulier pas de signes des lignées anxieuse ou psychotique. L'expert a noté qu'il y avait certes des plaintes de la part de l'expertisée au plan psychique (relevant qu'elle était attristée par ses problèmes physiques, que son sommeil et son appétit étaient perturbés et qu'elle avait de l'anxiété par rapport à son avenir professionnel, sa situation financière et sa santé), mais il a expliqué que ces plaintes n'atteignaient pas le degré de sévérité nécessaire pour entrer dans le cadre d'un trouble psychiatrique. S'agissant de l'isolement social, des difficultés d'intégration et à garder une amitié dont se plaignait l'expertisée, l'expert psychiatre a expliqué que ces éléments pouvaient être mis sur le compte d'une difficulté de la personnalité (CIM-11 ; QE50.7), c'est-à-dire des caractéristiques de personnalité prononcées n'atteignant pas le niveau de sévérité nécessaire pour mériter un diagnostic de trouble de la personnalité. L'expert a conclu qu'il n'y avait ni troubles, ni limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique et que la capacité de travail de l'intéressée était de 100 % sur ce plan.

cc) Du point de vue de la médecine interne, l'experte P._____ a relevé la présence d'une série d'atteintes à la santé sans influence sur la capacité de travail (possible hypotension orthostatique, obésité de classe 2, hypercholestérolémie, tabagisme actif, carence en fer substituée, hernie hiatale sans complications, prédiabète) en se fondant sur les rapports médicaux au dossier de la recourante, ainsi que sur une anamnèse et un examen clinique systématiques. Elle a retenu que ces comorbidités étaient compensées et non incapacitantes. A cet égard, elle a précisé que la carence en fer était substituée, que le status cardio-

respiratoire était dans la norme, étant relevé qu'un examen cardiologique récent avec un port d'un Hotler avait exclu une origine cardiaque aux malaises rapportés par l'assurée (tachycardie posturale avec chutes sans perte de connaissance). L'experte P. _____ a indiqué qu'une hypotension orthostatique était possible dans ce contexte et recommandé une hydratation optimale et une hygiène posturale. Elle a encore relevé que la furonculose qui avait entraîné une incapacité de travail de 10 jours en décembre 2022 était en rémission complète. Enfin, l'experte P. _____ a relevé que l'assurée présentait plusieurs facteurs de risques dont l'obésité, le prédiabète et l'hypercholestérolémie et qu'à cet égard, le sevrage du tabac et la gestion du poids moyennant un suivi diététique étaient recommandés. En définitive, la Dre P. _____ a estimé que du point de vue de la médecine générale, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et que la capacité de travail était de 100 %.

dd) Au terme de leurs investigations respectives, les experts ont procédé à une évaluation globale de la capacité de travail de la recourante, la fixant à 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activités sans positions assise ou debout prolongées de plus de 30 minutes, ni déplacement à pieds, ni port de charges répété de plus de 5 kg) dès le mois de novembre 2019, pour des motifs rhumatologiques. D'après les experts, la capacité de travail de l'intéressée était impactée par le syndrome d'hyperlaxité de type Ehlers-Danlos, associé à un épuisement, un déconditionnement important et une obésité. Ils estimaient que l'hyperlaxité des genoux, associée au déconditionnement avec une faiblesse des quadriceps pouvait expliquer les chutes à répétition dues à des phénomènes de lâchage. Par ailleurs, les experts ont relevé, au plan physique, que les plaintes de l'expertisée étaient surdimensionnées par rapport à leurs constatations objectives. Ils ont noté une discordance entre les douleurs ou l'éruption cutanée et les traitements prodigués, à savoir l'absence de traitement antalgique ou de traitement topique des plaintes cutanées qui étaient actuellement en rémission complète. Ils ont également relevé une absence de moyens auxiliaires pour les déplacements, une autonomie pour les déplacements en voiture, et que l'habillage et le déshabillage étaient fluides. D'après

eux, il semblait y avoir une certaine exagération des limitations dans la description d'une journée-type par l'intéressée : elle disait ne pas pouvoir allumer le four ou aller jusqu'au balcon, alors qu'au status, il n'était pas objectivé de fatigue, le discours était précis et énergique et l'expertisée n'utilisait pas de moyen auxiliaire.

ee) La Cour constate ainsi que l'évaluation consensuelle de la situation médicale par les experts est claire, motivée et prend en compte la situation médicale de la recourante dans sa globalité. Les experts ont établi leur rapport en toute connaissance du dossier de la recourante qui est complet, et sur la base d'anamnèses détaillées. Ils ont fixé sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en prenant en compte l'ensemble de ses atteintes incapacitantes (syndrome d'Ehlers-Danlos, déconditionnement, obésité) ainsi qu'une certaine exagération, par l'intéressée, de ses plaintes par rapport à leurs constatations objectives. On relèvera que le fait que l'assurée se soit vue octroyer un rollator postérieurement à l'expertise n'est pas de nature à modifier l'appréciation des experts, dès lors que l'utilisation de ce moyen auxiliaire apparaît compatible avec l'exercice d'une activité adaptée telle que décrite dans l'expertise.

b) Reste à examiner si les rapports des médecins traitants qui retiennent, pour l'essentiel, les mêmes diagnostics incapacitants que les experts, mais apprécient la capacité de travail différemment de ceux-ci, contiennent des éléments objectifs qui justifieraient de s'écarter des conclusions de l'expertise.

aa) S'agissant d'abord du Dr V._____, force est de constater qu'il peine à donner une image cohérente de sa patiente. Dans son rapport du 15 juillet 2021, il a indiqué que la capacité de travail de la recourante était de 60 % dans son activité habituelle de juillet 2020 à juillet 2021 alors qu'il avait fait état, dans son rapport du 6 janvier 2021, d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée. De même, dans son rapport du 6 janvier 2021, le Dr V._____ a classé l'anémie ferritique comme un diagnostic ayant un effet

sur la capacité de travail de l'intéressée (en plus du syndrome d'Ehlers-Danlos et de la surcharge pondérale), mais il n'a pas confirmé cet élément dans son rapport du 15 juillet 2021. Quant aux « conséquences morales » du syndrome d'Ehlers-Danlos que le Dr V._____ a cité comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail dans son rapport du 15 juillet 2021, il ne s'agit pas d'un diagnostic posé dans les règles de l'art, puisque le Dr V._____ ne s'est pas référé à un système de classification reconnu (en particulier la CIM-10, la CIM-11 ou le DSM-V) et n'a pas décrit les symptômes que présenterait la recourante. Dans son rapport du 11 février 2022, ce médecin a situé la capacité de travail de la recourante entre 20 et 40 % en raison d'une « forte perte d'énergie morale » ; là encore, il ne s'est référé à aucun système de classification reconnu. A cela s'ajoute, comme on l'a vu, que l'expert G._____ a écarté de manière convaincante la présence d'un trouble psychiatrique et qu'il n'a pas été établi que la recourante suivait un traitement psychiatrique. Pour le surplus, l'atteinte neuromusculaire à laquelle le Dr V._____ a fait référence dans son rapport du 11 février 2022 n'apparaît pas être un phénomène distinct de celui du syndrome d'Ehlers-Danlos.

Le rapport du Dr V._____ du 3 mai 2023, postérieur à l'expertise du CEMed, ne contient pas non plus d'élément objectif nouveau permettant de retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante. Il n'y a en particulier pas de description clinique de la péjoration de la condition physique alléguée dans ce rapport. Quant aux éléments de nature psychique rapportés par le médecin (isolement social et professionnel, repli sur soi), comme déjà relevé, ils ont été pris en compte par l'expert psychiatre G._____, lequel a clairement expliqué qu'ils ne suffisaient pas à reconnaître une atteinte à la santé psychique. Enfin, les limitations fonctionnelles de la recourante liées à son utilisation d'un rollator depuis le mois de mai 2023 (empêchant un travail avec les bras surélevés, le port de charges et limitant les rotations du tronc), apparaissent compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée telle que celle décrite dans l'expertise.

bb) En ce qui concerne le Dr R._____, ce médecin fait état, dans son rapport du 4 février 2022, d'un (nouveau) diagnostic de lipoedème sans le décrire précisément ni indiquer si cette affection a un impact sur la capacité de travail de l'intéressée ou engendre des limitations fonctionnelles. Il n'est donc pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Dans son rapport du 7 avril 2022, le Dr R._____ a procédé à une évaluation fonctionnelle des capacités physiques de la recourante, laquelle a mis en évidence un déconditionnement entraînant une baisse de rendement de 50 %. Il convient toutefois de relever qu'une telle baisse de rendement concerne les activités physiques uniquement et ne saurait se confondre avec une incapacité de travail dans une activité essentiellement sédentaire comme celle qu'exerçait l'assurée ou une autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles déjà retenues dans l'expertise du CEMed.

Enfin, dans son rapport du 31 octobre 2023, le Dr R._____ a critiqué la précision du diagnostic retenu par le CEMed quant au syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Ces critiques n'apparaissent cependant guère décisives, dans la mesure où les experts ne remettent pas en cause le bien-fondé de ce diagnostic. Pour le surplus, le Dr R._____ a retenu que la capacité de travail de la recourante était nulle, sans faire de liens précis avec sa situation et sans expliquer les raisons pour lesquelles le syndrome d'Ehlers-Danlos aurait chez la recourante un impact majeur sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

c) En définitive, les rapports des médecins traitants de la recourante ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions quant à la capacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle comme dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il y a donc lieu de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle, laquelle est adaptée à son état de santé,

comme dans une autre activité adaptée depuis le mois de novembre 2019.

5. Il découle de ce qui précède que l'assurée n'a pas présenté d'incapacité de travail de 40 % en moyenne durant une année au sens de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). Par conséquent, le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert. Il n'y a donc pas lieu d'examiner les griefs de la recourante en lien avec la comparaison des revenus à laquelle a procédé l'OAI.

6. a) Vu ce qui précède, le recours est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision de l'OAI.

b) D'après l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs. En l'espèce, les frais judiciaires, fixés à 600 francs, vu l'ampleur de la procédure, sont mis à la charge de la recourante qui succombe.

c) La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas le droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 25 octobre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Des frais judiciaires, à hauteur de 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens aux parties.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Swiss Claims Network (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :