

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 septembre 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1992, mariée et mère de trois enfants mineurs (nés en 2012, 2016 et 2022), sans formation professionnelle, travaillait en tant que « callcenter agent » à 100% pour l'entreprise Z._____SA, à [...], depuis le 17 juillet 2013, lorsqu'elle s'est retrouvée en incapacité de travail totale à compter du 17 octobre 2022, en raison de douleurs aux hanches.

Entre-temps, à savoir le 13 octobre 2022, l'assurée avait consulté son médecin traitant, le Dr B._____, à la suite d'une échographie et d'une radiographie de ses hanches, effectuées le 5 octobre 2022, dont le rapport faisait état de remaniements dégénératifs modérés coxo-fémoraux.

Une IRM [imagerie par résonance magnétique] des hanches de l'assurée a été réalisée le 12 octobre 2022, laquelle a mis en évidence une coxopathie droite destructive assez sévère avec un épaissement synovial marqué en hyposignal T1 et T2 évoquant en premier lieu une synovite villonodulaire, ainsi que des remaniements dégénératifs à composante inflammatoire de surcharge des articulations sacro-iliaques plus marqués à gauche.

Le Dr B._____ a alors adressé sa patiente au Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour obtenir un avis spécialisé.

Le 17 octobre 2022, l'assurée a consulté le Dr W._____, qui l'a ensuite adressée au Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Centre hospitalier P._____ ([...]).

Le Dr C._____ a reçu l'assurée en consultation une première fois le 9 janvier 2023. Dans le rapport y relatif du 25 janvier 2023, ce médecin a retenu le diagnostic de coxarthrose droite avec suspicion de

synovite villonodulaire (PVNS) de la hanche droite et préconisé une reprise de travail à 50% dès le 10 février 2023.

A la suite d'une nouvelle consultation de l'assurée auprès du Dr C._____ le 23 mars 2023, celui-ci a établi un rapport le 4 avril 2023, dans lequel il a repris le diagnostic de coxarthrose droite sur suspicion de tumeur à cellules géantes ténosynoviale diffuse de la hanche droite, et précisé que, vu l'amélioration partielle des douleurs, la patiente ne se sentait pas prête pour la mise en place d'une prothèse totale de hanche et souhaitait qu'une infiltration antalgique en ambulatoire soit effectuée.

Le 12 avril 2023, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant comme atteinte à la santé de l'arthrose à la hanche droite et des douleurs, ainsi qu'une tumeur (bénigne). Elle indiquait être en incapacité totale de travail depuis le 17 octobre 2022.

Par courrier du 10 mai 2023, l'OAI a proposé à l'assurée la mise en place d'une mesure de soutien à la réinsertion professionnelle, à laquelle l'assurée n'a pas donné suite.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 17 mai 2023, il est fait état d'un revenu mensuel de 4'857 fr. 60 depuis le 1^{er} avril 2023.

Le 7 juin 2023, l'assurée a mentionné, dans le formulaire de détermination du statut de l'OAI, qu'elle travaillerait à 100% sans atteinte à la santé par nécessité financière.

Dans un rapport du 19 juin 2023, le Dr B._____ a retenu le diagnostic de coxarthrose droite sur suspicion de tumeur à cellules géantes ténosynoviale (TCGTS) diffuse de la hanche droite et précisé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité depuis le 17 octobre 2022.

L'assurée a consulté le Dr C. _____ pour un contrôle clinique à trois mois en date du 1^{er} juin 2023. Aux termes d'un rapport du 22 juin 2023, le Dr C. _____ notait une légère amélioration de la symptomatologie, tout en précisant que l'assurée était limitée dans son périmètre de marche et présentait des douleurs importantes lors de la station assise prolongée. Il mentionnait que l'assurée prenait du Dafalgan quotidiennement avec faible amélioration et que la physiothérapie semblait avoir un effet positif sur les douleurs. Une infiltration a été réalisée lors de la consultation et un arrêt de travail à 100% prescrit du 1^{er} au 30 juin 2023.

Dans un rapport du 6 juillet 2023, le Dr C. _____ a répondu à des questions de l'OAI. Il a en particulier mentionné qu'il avait attesté une incapacité de travail pour les activités en position debout nécessitant de la marche pouvant engendrer des douleurs et pour les activités sportives. Il a retenu, comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, une coxarthrose droite sur suspicion de tumeur à cellules géantes ténosynoviale (TCGTS) diffuse de la hanche droite diagnostiquée en janvier 2023. Il a précisé ne pas être en mesure de répondre quant au pronostic sur la capacité de travail de l'assurée à un taux de 100%, dès lors que cela dépendrait de l'évolution des douleurs avec le traitement proposé (infiltration antalgique et physiothérapie). Il a également indiqué que l'assurée travaillait principalement assise et que cette position exacerbait les douleurs. A titre de limitations fonctionnelles, il a retenu la position assise prolongée, ainsi que toutes les activités physiques. Le Dr C. _____ a encore précisé que les activités uniquement en position assise pouvaient encore être exigées de l'assurée mais à temps partiel, que le port de charges était limité à 3 kg, que sa capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées, tandis que la capacité de résistance l'était à cause des douleurs.

Sur demande d'E. _____ SA (ci-après : E. _____ SA), assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée, une expertise orthopédique a été confiée au Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 12 juin 2023, l'expert précité a retenu le diagnostic de coxarthrose de la hanche droite sur suspicion de synovite villonodulaire ou tumeur à cellules géantes ténosynoviale (TCGTS). Il a conclu que l'assurée pouvait uniquement effectuer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, c'est-à-dire une activité sédentaire essentiellement en position assise, dans laquelle elle puisse alterner la position debout avec la position assise chaque deux heures. Des courts déplacements à plat étaient possibles et l'assurée pouvait faire libre usage de ses membres supérieurs. Le Dr K. _____ a précisé que l'assurée devait éviter le port de charges de plus de 10 kg, de marcher en terrain irrégulier et de monter ou descendre à répétition des escaliers ou des pentes. Selon lui, le poste de travail de l'assurée était adapté aux limitations fonctionnelles et un arrêt de travail à 100% ne pouvait pas se justifier. A son avis, l'assurée était désormais apte à reprendre son travail à temps complet. Toutefois, en raison de la nécessité de faire des pauses et de changement de position, une diminution de rendement de l'ordre de 30% paraissait justifiée.

Le 18 juillet 2023, une copie du dossier de la recourante auprès d'E. _____ SA a été transmise à l'OAI. Parmi les pièces produites, un rapport du 20 décembre 2022 du Dr W. _____ à E. _____ SA faisait état du diagnostic de coxopathie destructive sévère droite sur probable synovite villonodulaire. Pour le surplus, le Dr W. _____ renvoyait aux certificats médicaux, attestant d'une incapacité de travail totale du 25 octobre 2022 au 9 janvier 2023. Un autre rapport du 22 décembre 2022 du Dr B. _____ à E. _____ SA posait le même diagnostic. Le Dr B. _____ mentionnait une capacité de travail nulle dans l'activité adaptée au jour du rapport et précisait que les limitations pouvaient être réduites par une prise en charge spécialisée.

Par projet de décision du 20 juillet 2023, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente, dès lors que son degré d'invalidité était inférieur à 40%.

Le 14 septembre 2023, l'assurée, par l'intermédiaire de sa protection juridique Fortuna, s'est opposée au projet précité, en contestant la capacité de travail retenue par l'OAI. A l'appui de ses objections, elle a produit un rapport médical du 23 août 2023 du Dr C._____, qui mentionnait ce qui suit (sic) :

« (...) 4. Quelles sont, sur le plan physique, les limitations fonctionnelles présentées par notre assurée ?

Marche avec une forte boiterie, des douleurs sur toute la hanche, une flexion de la hanche à 100°, une rotation interne de 10°, rotation externe de 30°. Muscles fessiers compétents. Pas d'autres troubles neurovasculaires.

5. Les atteintes physiques ont-elles une influence sur la capacité de travail de notre assurée dans son activité habituelle de téléphoniste dans un call center ? Dans une autre activité ? Pour quelles raisons ?

La patiente présente des douleurs continues et également lors de la pression en regard de la hanche ce qui est inconfortable dans une position assise de longue durée. De plus, lorsqu'elle est debout de longue durée, des douleurs apparaissent au niveau de la hanche. Cela est très limitant dans tout emploi.

6. Autrement dit, quelle est la capacité de travail résiduelle (taux en %) de notre assurée dans son activité habituelle de téléphoniste dans un call center et dans une activité adaptée ?

Actuellement, la patiente présente une capacité de travail de 20% et nous avons un suivi prévu en janvier de l'année suivante.

7. En particulier, êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr K._____ selon lesquelles le travail de téléphoniste dans un call center est une activité adaptée pour notre assurée ? Dans le cas contraire, pour quelles raisons ?

Du fait de la douleur lors de toute mobilisation et de position, aucune activité de travail n'est actuellement possible pour la patiente. Elle présente une maladie rare et sévère avec de très faibles options thérapeutiques.

8. Relevez-vous des imprécisions ou des contradictions dans le rapport d'expertise du Dr K._____ ? Dans l'affirmative, lesquelles ?

Sur la conclusion, nous n'avons pas la même opinion sur la capacité de travail. Nous considérons que le travail en call center peut difficilement être réalisé avec des pauses aux deux heures où la patiente doit marcher et que cela ne permet pas d'effectuer un travail à 100%.

9. Y'a-t-il des éléments (atteintes, plaintes ou autres) ayant une influence sur la capacité de travail de notre assurée dont l'expert précité n'aurait pas tenu compte dans son rapport ? Dans l'affirmative, lesquels ?

Aucun. (...) »

Dans un avis du 3 octobre 2023, la Dre H. _____ du Service médical régional AI (SMR) a conclu que les éléments médicaux amenés dans le cadre de l'audition ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise réalisée en juin 2023 dans le cadre de l'assurance perte de gain.

Par décision du 15 novembre 2023 confirmant le projet du 20 juillet 2023, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de prestations. Dans une prise de position du même jour, l'OAI, s'appuyant sur l'avis du SMR du 3 octobre 2023, a considéré que le rapport du Dr C. _____ du 23 août 2023 correspondait à une appréciation différente d'une même situation mais n'apportait pas d'éléments susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Par acte du 11 décembre 2023, l'assurée, par l'intermédiaire de Swiss Claims Network SA, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi en sa faveur d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à ce que des mesures d'instructions complémentaires soient ordonnées. Pour l'essentiel, elle critique, sur plusieurs points, le rapport d'expertise orthopédique établi le 12 juin 2023 par le Dr K. _____ et estime qu'il n'est pas probant. Elle soutient qu'il y a lieu de se fonder sur les rapports de ses médecins traitants et, en particulier, sur celui du Dr C. _____ du 11 octobre 2023 produit à l'appui de son recours et, partant, de retenir une capacité de travail de 20%.

Dans sa réponse du 15 février 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, en relevant qu'aucun élément ne permettait de remettre en cause le rapport d'expertise probant du Dr K. _____.

Répliquant le 18 mars 2024, la recourante a maintenu ses conclusions.

Par duplique du 9 avril 2024, l'intimé s'est référé à son écriture du 15 février 2024, tout en confirmant sa position tendant au rejet du recours.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. 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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, comme c'est le cas en l'espèce (dépôt de la demande de prestations le 12 avril 2023), la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

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

b) 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).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux.

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, dans la décision litigieuse du 15 novembre 2023, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise orthopédique du 12 juin 2023 du DrK._____, réalisé à la demande de l'assureur perte de gain, pour considérer que la recourante disposait d'une capacité de travail de 100% avec baisse de rendement de 30% dans son activité habituelle de téléphoniste dans un centre d'appels, ce qui ne lui ouvrirait pas de droit à une rente d'invalidité.

La recourante estime, pour sa part, que le rapport d'expertise du Dr K._____ n'est pas probant et qu'il y a lieu de retenir une capacité de travail de 20%, en se fondant sur les avis de ses médecins traitants, en particulier sur celui du Dr C._____.

b/aa) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du Dr K._____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, il se fonde sur des examens complets. En particulier, contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr K._____ a procédé à un examen clinique (pp. 3-4 du rapport d'expertise). Les plaintes de la recourante figurent également dans le rapport, contrairement à ce qu'allègue la recourante. A cet égard, le Dr K._____ a notamment mentionné que la recourante affirmait qu'avec le traitement conservateur sous forme de physiothérapie et de prise d'anti-inflammatoires, l'intensité des douleurs avait diminué ; qu'au jour du rapport, elle ressentait des douleurs quotidiennes au pli de l'aîne, d'intensité variable et que celles-ci augmentaient dès qu'elle marchait à plat plus de cinq minutes ; qu'elle évitait de monter ou descendre les escaliers ou les pentes car les douleurs apparaissaient très rapidement ; qu'elle présentait des douleurs occasionnelles au repos ; qu'elle tolérait la position assise environ deux heures et qu'elle devait ensuite se lever et marcher un peu et que les douleurs augmentaient d'intensité lorsqu'elle portait des charges supérieures à 7-8 kg (p. 3 du rapport d'expertise). Le rapport a en outre été établi en pleine connaissance du dossier (cf. anamnèse aux pp. 1 à 3 du rapport d'expertise) et l'expert a tenu compte du contexte médical (pp. 2-3 du rapport d'expertise). Enfin, l'appréciation de la situation médicale est claire (p. 5 du rapport d'expertise) et les conclusions bien motivées (pp. 5-6 du rapport d'expertise).

bb) Sur le plan matériel, le Dr K._____ a retenu le diagnostic de coxarthrose de la hanche droite sur suspicion de synovite villonodulaire ou tumeur à cellules géantes ténosynoviale, rejoignant ainsi les avis de tous les autres médecins consultés par la recourante, en particulier des Drs B._____, W._____ et C._____. Seule l'appréciation quant aux répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail diffère entre l'expert et les autres médecins. Or c'est précisément les limitations fonctionnelles d'une atteinte sur la capacité de travail qui sont pertinentes dans l'examen du droit à une rente d'invalidité. L'expert, pour sa part, a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de charges

de plus de 10 kg, éviter de marcher en terrain irrégulier et éviter de monter ou descendre à répétition des escaliers ou des pentes. Il a considéré, en tenant compte des limitations fonctionnelles énumérées, que l'activité habituelle de la recourante correspondait à une activité adaptée et a conclu à une capacité de travail de 100% avec baisse de rendement de 30%. Contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert a justifié la diminution de rendement retenu par la nécessité de faire des pauses et de changer de position. Il a également expliqué que l'activité habituelle dans un centre d'appels lui paraissait adaptée, dès lors qu'il s'agissait d'une activité sédentaire essentiellement en position assise.

Le Dr C._____, quant à lui, a mentionné, à titre de limitations fonctionnelles, une marche avec forte boiterie, des douleurs sur toute la hanche, une flexion de la hanche à 100°, une rotation interne de 10°, une rotation externe de 30°, des muscles fessiers compétents et l'absence d'autres troubles neurovasculaires (cf. rapport des 23 août et 11 octobre 2023). Il a indiqué la présence de douleurs continues et également lors de la pression en regard de la hanche, rendant inconfortable une position assise de longue durée, de même qu'une position debout de longue durée. Il a conclu à une capacité de travail de 20%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Or il sied de relever, à l'instar de la Dre H._____, du SMR, que le Dr C._____ a émis une appréciation peu claire de la capacité de travail de la recourante dans ses rapports médicaux successifs. En effet, dans son rapport du 25 janvier 2023, il préconisait déjà une reprise d'activité à 50% dès le 10 février 2023. Ensuite, dans son rapport du 4 avril 2023, il a omis d'enlever cette indication et celle selon laquelle l'incapacité de travail était prolongée jusqu'au 9 février 2023 (!). Son rapport du 22 juin 2023 a fait état d'une légère amélioration de la symptomatologie ; cependant, le Dr C._____ a prolongé l'arrêt de travail de sa patiente à 100% du 1^{er} au 30 juin 2023. Ce médecin ne s'est toutefois pas prononcé sur le pronostic en lien avec la capacité de travail de la recourante. Le 6 juillet 2023, le Dr C._____ a répondu qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante et que cela dépendrait de l'évolution des douleurs avec le traitement

proposé. Il a seulement précisé que la capacité de résistance de sa patiente était diminuée compte tenu des douleurs. Enfin, dans son rapport de 23 août 2023, le médecin précité a posé des indications contradictoires, mentionnant tout d'abord retenir une capacité de travail de 20% dans l'activité habituelle (point 6), puis qu'aucune activité n'était possible (point 7) et enfin, que l'activité habituelle ne pouvait pas être effectuée à 100% (point 8). Force est donc de constater que l'avis du Dr C. _____ a varié au fil de ses rapports, s'agissant de la capacité de travail de la recourante, et que ce médecin a accordé un poids particulier à la douleur subjective ressentie par sa patiente. Partant, ces rapports ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation convaincante de l'expert K. _____, validée par la Dre H. _____ du SMR. Du reste, le Dr C. _____ n'a élevé aucune critique à l'égard du rapport d'expertise et n'a pas indiqué que l'expert aurait omis un élément important dans son appréciation. Il s'est en effet contenté d'affirmer que son avis divergeait quant à la capacité de travail retenue. On est donc en présence d'une appréciation différente d'une même situation, dès lors que le diagnostic posé par tous les médecins est identique et que les limitations fonctionnelles mentionnées par l'expert, d'une part, et par le Dr C. _____, d'autre part, sont quasiment superposables. En outre, ni l'avis du Dr B. _____, qui s'est prononcé de manière provisoire sur la capacité de travail de la recourante (cf. rapport du 22 décembre 2022) avant de retenir une capacité de travail nulle dans toute activité, sans toutefois motiver son appréciation (cf. rapport du 19 juin 2023) et qui - de surcroît - n'est pas spécialiste dans le domaine orthopédique, ni celui du Dr W. _____, qui n'a jamais motivé les certificats d'incapacité de travail établis, ne sauraient remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise du Dr K. _____. A cela s'ajoute que les avis des médecins traitants doivent, conformément à la jurisprudence (cf. consid. 5d *supra*), être considérés avec retenue compte tenu de la relation thérapeutique et du rapport de confiance qui les lie avec leur patient.

Enfin, la recourante ne se plaint pas d'autres atteintes à la santé qui n'auraient pas été examinées par l'expert K. _____.

c) En conclusion, l'intimé était légitimé à se fonder sur le rapport d'expertise probant du Dr K. _____ et à retenir une capacité de travail de 100% avec baisse de rendement de 30%.

7. Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré 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 des données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité 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 (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (en raison par exemple d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité; TF 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et les références citées).

En l'espèce, l'intimé a appliqué cette méthode, ce qui est admissible, compte tenu du fait que la recourante est en mesure de reprendre l'activité qui était la sienne avant la survenance de l'atteinte à la santé et que le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques. La recourante n'a, du reste, émis aucune critique à cet égard. Partant, la baisse de rendement de 30%, qui équivaut en l'occurrence à un degré d'invalidité de 30%, ne permet pas d'ouvrir le droit à une rente, dans la mesure où ce taux est inférieur à 40%.

8. Compte tenu d'une capacité de travail reconnue de 100%, avec baisse de rendement de 30%, dans l'activité habituelle, il n'y a pas matière à l'octroi de mesures professionnelles. On précisera, au demeurant, que la recourante n'a pas donné suite à la mesure de soutien

à la réinsertion professionnelle qui lui avait été proposée par courrier du 10 mai 2023 et n'a pas non plus manifesté son intérêt pour une telle mesure ultérieurement.

9. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 15 novembre 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 d'F._____.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Swiss Claims Network SA (pour la recourante),
- 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 :