

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 novembre 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Brélaz Braillard, juge, et Boesch, assesseure
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Marine Girardin, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 43, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un Bachelor of Science HES-SO en hôtellerie et professions de l'accueil obtenu en 2011, a travaillé à 100 % en qualité d'assistante de direction et spécialiste en développement talent/gestion de carrière auprès de D._____ SA du 1^{er} janvier 2013 au 30 avril 2017, date de son licenciement à la suite d'une restructuration. Depuis cette dernière date, elle était sans emploi.

Le 2 octobre 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir, depuis 2011, d'un « double conflit fémoro acétabulaire opérés par arthroscopie respectivement en Janvier 2016 (droite) et Décembre 2017 (gauche). Douleurs chroniques du bassin et des hanches sur déséquilibre de la cheville droite » (sic), à l'origine d'une incapacité totale de travail à compter du 11 décembre 2017, puis de 50 % à compter du 1^{er} septembre 2018.

Dans un rapport du 21 décembre 2018, la Dre X._____, médecin traitante de l'assurée, a, en sus des affections précitées, posé les diagnostics de lombalgies chroniques et d'hypermobilité articulaire type EDS depuis 2015, de discopathie de L4-L5 gauche et de status post ostéochondrite de la cheville droite. Elle a indiqué que l'assurée, compte tenu de ses douleurs à la position statique et de sa fatigabilité, disposait d'une capacité de travail de 50 % dans toutes activités depuis septembre 2018, précisant que celle-ci pouvait très progressivement augmenter ce taux moyennant une adaptation du lieu de travail ou par l'exercice d'une activité permettant le changement de position.

L'assurée a été mise au bénéfice d'une mesure professionnelle (reclassement), tout d'abord sous la forme d'un soutien à la recherche d'emploi, du 4 février au 31 mai 2019, puis, à compter du 1^{er} juin 2019, sous la forme d'une prise en charge d'un stage, mesure prolongée à

plusieurs reprises jusqu'au 30 novembre 2020, avec tout d'abord un taux de présence de 50 %, puis de 60 % dès le 22 juillet 2019, de 70 % dès le 23 septembre 2019 et de 80 % dès le 18 novembre 2019 (cf. communications des 11 février, 8 et 29 mai et 6 décembre 2019, des 18 février, 25 mai et 7 août 2020 de l'OAI, ainsi que courriel du 3 décembre 2019 de l'[...]).

Dans l'intervalle, la Dre X. _____ a, dans un rapport du 14 mai 2020, évoqué une évolution favorable, par l'augmentation progressive de l'activité en stage (de 50 % à 80 %), avec toutefois une impossibilité de progresser davantage en raison des douleurs et de la fatigue, puis une évolution défavorable, avec l'apparition de fortes douleurs dorsales et cervicales, au niveau du bassin et de la mâchoire ainsi que de fortes migraines. Elle estimait que l'assurée ne pouvait pas rester assise plus de 45 minutes sur une chaise en raison des douleurs multiples et faisait état d'une perte de productivité, de concentration, et l'apparition de fatigue après 5-6 heures de travail.

Les mesures professionnelles en cours ont été régulièrement prolongées, soit jusqu'au 31 août 2023, avec toutefois une réduction du taux de présence à 60 %, puis à 30 % à compter du 29 mars 2021 (cf. notamment communications des 19 novembre 2020, certificat médical du 15 mars 2021 de la Dre J. _____, médecin traitante de l'assurée, et rapport final de l'[...] du 20 décembre 2022).

Dans un rapport du 30 avril 2021, le Dr C. _____ a, notamment posé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) avec manifestations (sic) :

- « Générales (troubles chroniques du sommeil, fatigue)
- Douloureuses (ostéo-musculaires, abdominales, génitales, céphalées, etc.)
- Dysautonomiques (frilosité, tachycardie, sudation profuse, hypoTA orthostatique, etc.)
- Articulaires (entorses de chevilles, hypermobilité, craquements, etc.)
- Hémorragiques (gingivales, génitales, cutanées, etc.)
- Digestives (reflux gastro-œsophagien, ballonnements, constipation, etc.)

Vésico-sphinctériens (infections à répétition, impériosité/incontinence, etc.)
ORL (hyper-acousie, acouphènes, hyperosmie, vertiges, etc.)
Bucco-dentaire (douleurs temporo-mandibulaire, chevauchements dentaires, etc.)
Respiratoires (dyspnée)
Sexuelles (dyspareunie)
Cognitives (troubles attentionnels, mnésiques, concentration, anxiété, émotivité, etc.)
Cardiovasculaires (hémorroïdes)
Cutanées (vergetures, finesse et légère hyperétirabilité cutanée, cicatrisation atrophique) ».

Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, à tout le moins depuis environ 2016, tandis qu'elle était de 30 % depuis le mois de mars 2021 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (manque d'endurance important [assise max. 1 heure et demie, une à deux fois par jour, inconstant ; ou couchée 3 heures, position occasionnant moins de nausées actuellement], pas de position statique prolongée [assis, debout], pas de port de charge au-delà de 3-5 kg environ, pas de déplacement sur terrains accidentés [risques d'entorses], pas de nombreux déplacements à pied, et pas de milieux particulièrement froids ou chauds), précisant que la capacité de travail pouvait être revue à la hausse ou à la baisse en fonction de l'évolution du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile.

Dans un avis médical du 25 mai 2021, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), observant notamment que ce n'était qu'en avril 2021 que le Dr C._____ avait posé le diagnostic de dysautonomie dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, diagnostic qui était, selon lui, peu convaincant, avec une évaluation de la capacité de travail contenant des variations peu compréhensibles, a préconisé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec volets rhumatologique, cardiologique, de médecine interne et psychiatrique.

Dans un rapport du 12 octobre 2021, le Dr T._____, spécialiste en cardiologie, a attesté l'existence d'une dysautonomie. D'un point de vue strictement cardiologique, le Dr T._____ a estimé qu'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée était raisonnable,

précisant que les changements de position, notamment en position assise et debout était probablement difficiles, au vu de la dysautonomie.

Dans un rapport du 1^{er} novembre 2021, la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1), à tout le moins depuis fin 2020. Elle n'avait toutefois pas attesté d'incapacité de travail, précisant que le pronostic était réservé et dépendait essentiellement de l'évolution du syndrome d'Ehlers-Danlos, et que la poursuite des mesures de réinsertion professionnelles avec augmentation du taux restait indispensable.

Les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, P._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, Q._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport d'expertise le 15 août 2023. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de cervico-lombalgies chroniques d'origine indéterminée (M54.5), d'oligo-arthralgies chroniques d'origine indéterminée (ME82) avec conflit fémoro-acétabulaire bilatéral avec arthroscopie de la hanche gauche le 25 janvier 2016 et droite le 11 décembre 2017, de lipothymies d'origine indéterminée et de dysthymie (6A72). Tout en évoquant certaines limitations fonctionnelles (activité professionnelle légère, sans port de charge répété et sans cadence de rendement, pas de travail en hauteur et pas d'activité s'effectuant en station debout prolongée [activité assise à privilégier]), ils ont estimé que l'assurée disposait depuis toujours d'une capacité de travail entière, sans perte de rendement, dans toute activité.

Dans un avis du 30 août 2023, le SMR, a indiqué qu'il se ralliait aux conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 8 septembre 2023, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assurée des mesures professionnelles ainsi qu'une rente d'invalidité au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte durablement

incapacitante et qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le mois d'avril 2018.

Le 12 octobre 2023, l'assurée, désormais représentée par Me Marine Girardin, a transmis ses objections à l'encontre de ce projet de décision, concluant principalement à ce que son droit à une rente d'invalidité soit reconnu, selon un calcul de la perte de gain réalisé compte tenu d'une capacité de travail de 30 % au maximum dans une activité adaptée, subsidiairement à la reprise de l'instruction médicale. En substance, elle faisait valoir que l'OAI a implicitement reconnu qu'elle présentait une invalidité de 20 % de février 2019 à août 2023, dès lors qu'il lui avait octroyé des mesures de réadaptation durant cette période. En outre, elle était d'avis que l'expertise ne pouvait se voir conférer de valeur probante, tant sur le plan formel (défaut d'enregistrement sonore du volet cardiologique, violation du droit d'être entendu - la participation à l'expertise de la Dre R._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a signée l'évaluation consensuelle et l'expertise de médecine interne sans avoir été formellement désignée en qualité d'experte, n'ayant pas été portée à sa connaissance) que sur le plan matériel (diverses contradictions avec les constatations médicales au dossier, anamnèse erronée, non prise en considération de ses plaintes, mise en doute erronée de l'authenticité des symptômes et des limitations fonctionnelles). Elle a produit plusieurs rapports médicaux (cf. rapports du 4 janvier 2017 du Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, des 17 janvier 2017 et 26 février 2018 du Dr G._____, du 26 mars 2021 du Dr C._____ et du 25 septembre 2023 du Dr N._____, spécialiste en gastroentérologie).

Dans un avis du 23 novembre 2023, le SMR, tout en confirmant la valeur probante de l'expertise, a estimé que les documents fournis par l'assurée ne permettaient pas de modifier le projet de décision. En particulier, le rapport du Dr N._____, seul document dont les experts n'avaient pas connaissance au moment de la reddition de leur rapport d'expertise, était biaisé dans la mesure où ses conclusions portaient de la

prémisse que l'assurée souffrait d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, ce qui n'était pas le cas.

Par décision du 22 février 2024, l'OAI a confirmé en tout point son projet de décision du 8 septembre 2023.

B. Par acte du 12 avril 2024, V._____, sous la plume de sa mandataire, a déféré la décision du 22 février 2024 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, prenant, sous suite de frais et dépens, notamment les conclusions suivantes :

« *Principalement*

[...]

II. La décision du 22 février 2024 de [l'OAI] est réformée en ce sens que [s]a capacité de travail résiduelle est reconnue comme étant de 30 % au maximum dans une activité adaptée, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée pour le surplus, en vue du calcul du taux d'invalidité fondé sur une telle capacité de travail et de la notification d'une décision en ce sens [lui] reconnaissant le droit à une rente d'invalidité [...].

Subsidiairement

III. La décision du 22 février 2024 de [l'OAI] est réformée conformément à l'évaluation de [s]a capacité de travail résiduelle [...] qui émanera de l'expertise médicale judiciaire à mettre en œuvre, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée pour le surplus, en vue du calcul du taux d'invalidité fondé sur une telle capacité de travail et de la notification d'une décision en ce sens.

Plus subsidiairement

IV. La décision du 22 février 2024 de [l'OAI] est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction médicale, par regroupement de l'évaluation de [s]a capacité de travail [...] par les Drs X._____, C._____, G._____, N._____, T._____ et M._____ notamment, subsidiairement par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire, en vue de la notification d'une nouvelle décision fondée sur les nouvelles conclusions médicales regroupées.

Très subsidiairement

V. La décision du 22 février 2024 de [l'OAI] est réformée en ce sens que le droit à la poursuite des mesures professionnelles est reconnu et [lui est] accordé [...] ultérieurement au 31 août 2023 ».

En substance, elle a reproché à l'OAI d'avoir nié son droit à une rente d'invalidité en retenant l'inexistence de toute atteinte à la santé durablement incapacitante, plus particulièrement d'avoir fondé son appréciation sur l'expertise médicale pluridisciplinaire du 15 août 2023, laquelle comportait des vices tant formels (défaut d'enregistrement sonore des volets cardiologique et rhumatologique de l'expertise, désignation imprécise de la personne chargée de l'expertise cardiologique et absence de qualité d'experte de la Dre R. _____, laquelle a pourtant cosigné l'expertise et a contribué – plus que deux experts désignés – à son résultat en qualité de « médecin superviseur », respectivement, l'impossibilité d'établir le rôle exercé par la Dre H. _____) que matériels (anamnèse erronée et lacunaire sur de nombreux points, absence de prise en considération de ses plaintes, dossier médical sur lequel repose l'expertise incomplet, indications lacunaires quant au traitement suivi, manque de motivation quant aux résultats des examens cliniques retenus, contradiction fondamentale et interne à l'expertise et, enfin, existence de contradictions fondamentales entre l'appréciation des experts et celles des autres médecins consultés s'agissant des diagnostics et de l'évaluation de la capacité de travail). Elle a requis son audition dans le cadre d'une audience de débats publics et la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire avec volets de médecine interne, rhumatologique, cardiologique, gastroentérologique et psychiatrique. Elle a produit un bordereau comportant les pièces 1 à 2.

Dans sa réponse du 23 mai 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Les griefs de l'assurée ne remettaient pas en cause ni le bon déroulement des examens, ni le contenu du rapport d'expertise, le rôle de l'expert n'étant pas de rapporter la parole de la personne expertisée, parole qui constituait uniquement l'une des sources de son évaluation. S'agissant des critiques ayant trait aux données anamnestiques, elles ne touchaient pas sur des points essentiels pouvant avoir une incidence significative sur les constatations des experts quant aux limitations

fonctionnelles et à la capacité de travail dans une activité adaptée à retenir. Quant au grief relatif à la non prise en considération des plaintes, il appartenait à l'expert, et non à la personne assurée, de déterminer ce qui était exigible d'un point de vue médical.

Par réplique du 4 octobre 2024, l'assurée a confirmé ses moyens et conclusions. Elle a produit un lot de 15 pièces (bordereau n° 3 à 17), attestant, entre autres, de l'existence du diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, incluant notamment des troubles dysautonomiques et gastro-intestinaux, de douleurs généralisées d'intensité légère à modérée, additionnées de syndromes douloureux régionaux variables en intensité et en localisation, l'important traitement qu'elle a suivi pour le syndrome d'Ehlers-Danlos et la dysautonomie, dont l'ampleur n'a pas été pris en considération par les experts, et sa capacité résiduelle de travail, évaluée à 30 % au maximum.

Par duplique du 1^{er} novembre 2024, l'OAI, se fondant sur un avis du 15 octobre 2024 du SMR, a derechef conclu au rejet du recours.

Dans ses déterminations du 6 décembre 2024, l'assurée a confirmé ses précédentes écritures. Elle a fait valoir que le médecin du SMR ne s'était pas prononcé sur certains rapports médicaux produits, respectivement ne s'était déterminé que brièvement sur les autres, écartant ainsi, sans justification médicale, les conclusions des spécialistes qu'elle avait consultés.

Par pli du 20 octobre 2025, l'assurée a déclaré renoncer à la tenue d'une audience de débats publics.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le taux à la base de cette prestation.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 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.

b) En l'occurrence, il ressort des pièces au dossier que l'incapacité de travail attestée existe à tout le moins depuis le 11 décembre 2017. Ayant déposé sa demande de prestations le 2 octobre 2018, elle pourrait prétendre à une rente d'invalidité au plus tôt à compter du 1^{er} avril 2019 (art. 29 al. 1 et 3 LAI), si bien que l'ancien droit demeure applicable au cas d'espèce.

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

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

6. a) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise du 15 août 2023, a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte durablement incapacitante et qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le mois d'avril 2018. De son côté, la recourante estime qu'il convient de nier la valeur probante de cette expertise, celle-ci n'étant pas conforme aux réquisits jurisprudentiels tant d'un point de vue formel que matériel.

b) Dans un premier grief d'ordre formel, la recourante fait notamment valoir que la participation de la Dre R. _____ à l'expertise n'a pas été portée à sa connaissance, ce qui constitue une violation de ses droits de participation et d'être entendue.

En l'espèce, il sied de constater que la Dre R. _____ a manifestement participé à l'évaluation consensuelle, soit un point essentiel de l'expertise, alors même que les experts cardiologue et rhumatologue ne l'ont pas signée. Dans ce contexte, et conformément à la jurisprudence (cf. ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et 4.3.2), son nom aurait dû être communiqué au préalable à la recourante conformément à l'art. 44 LPGA. Cela étant, l'absence de transmission du nom de cette experte à la recourante avant l'expertise n'a aucune incidence dans le cas d'espèce dans la mesure où cette dernière n'a finalement soulevé aucun motif de récusation ou de grief à son encontre. Ce vice formel ne saurait dès lors être considéré comme suffisant pour entacher la valeur probante de l'expertise, étant précisé que c'est bien la Dre H. _____ qui a procédé à l'examen clinique de médecine interne (cf. p. 1 de l'expertise de médecine interne).

c) Dans un second grief de nature formelle, la recourante remet en cause la valeur probante du rapport d'expertise au motif que les enregistrements des entretiens experts avec les Drs P. _____ et Q. _____ ne sont pas disponibles.

Il est constant que les enregistrements sonores relatifs aux volets rhumatologique et cardiologique de l'expertise font en l'occurrence entièrement défaut. Il convient toutefois de rappeler que le défaut d'enregistrement en tant que tel ne saurait systématiquement conduire à l'invalidation de l'expertise. Ainsi, les conséquences d'un tel défaut doivent s'examiner au cas par cas ; en présence d'un défaut mineur, peu susceptible d'influencer les conclusions de l'expertise, l'invalidation de l'expertise ne justifiera pas, tandis qu'elle se justifiera en présence d'un défaut majeur (Jacques Olivier Piguet in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales,

Commentaire romand, Bâle 2025, n° 29e ad art. 44). En l'occurrence, bien que les expertises rhumatologique et cardiologique sont essentielles pour l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, en lien notamment avec le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos, la recourante se contente d'invoquer le fait que le défaut d'enregistrement l'empêche de vérifier si le contenu du rapport d'expertise correspond à ses déclarations qu'elle a faites aux experts, sans contester ou remettre en cause le déroulement des entretiens ou leur contenu sur un ou plusieurs points précis. Si la recourante a émis plusieurs griefs, notamment à l'encontre de l'expert rhumatologue, ils concernent en réalité la validité matérielle de l'expertise. Dans ces conditions, il est douteux que l'absence d'enregistrement des volets rhumatologique et cardiologique de l'expertise puisse à elle seule conduire à nier toute force probante à l'expertise. Quoi qu'il en soit, cette question peut demeurer ouverte, l'expertise ne pouvant, pour les motifs qui suivent, être considérée comme suffisamment probante, et la cause devant de toute manière être renvoyée à l'intimé.

7. a) Sur le fond, il convient tout d'abord de relever que la documentation médicale utilisée par les experts est incomplète. En effet, les experts ont mentionné que la recourante était suivie depuis le mois de septembre 2020 par l'Institut [...] (cf. p. 14 de l'expertise de médecine interne), sans toutefois requérir les rapports médicaux. De même, ils évoquent une consultation neurologique en décembre 2021 où une neuropathie des petites fibres a été écartée (cf. p. 2 de l'évaluation consensuelle), mais le rapport en question ne figurait pas au dossier et ils ne l'ont pas réclamé. Aussi, l'expert rhumatologue, tout en indiquant ne pas disposer de document radiologique (cf. p. 4 de l'expertise rhumatologique), évoque l'existence de plusieurs IRM (cf. p. 3 de l'expertise rhumatologique), sans toutefois requérir leur production. De plus, la recourante a produit, dans le cadre de ses objections, des rapports médicaux (cf. rapports du 4 janvier 2017 du Dr S._____, du 26 février 2018 du Dr G._____, du 26 mars 2021 du Dr C._____ et du 25 septembre 2023 du Dr N._____) attestant l'existence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, ou à tout le moins d'hypermobilité

ligamentaire majeure. De même, dans le cadre de la procédure de recours, la recourante a produit plusieurs rapports médicaux (cf. rapports du 29 octobre 2020 des Drs A._____, spécialiste en anesthésiologie, et Z._____, du 23 septembre 2022 du Dr L._____, spécialiste en anesthésiologie, des 6 mars et 11 septembre 2024 de la Dre M._____, du 1^{er} juillet 2024 du Dr C._____, du 16 juillet 2024 de la Dre K._____, du 22 août 2024 du Prof. B._____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, et du 1^{er} octobre 2024 du Prof. W._____), lesquels, entre autres, confirment ce diagnostic. De leur côté, les experts ont nié le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Toutefois, les rapports des médecins traitants à disposition des experts ne sont pas véritablement discutés, les experts se référant prioritairement aux plaintes de l'assurée et sur la crédibilité de celles-ci. Par ailleurs, si les experts ont constaté que la recourante se plaignait de troubles digestifs avec des vomissements itératifs, de plénitude gastrique, de perte de poids, de troubles du transit, de douleurs abdominales, de troubles vésicaux et de malaise (cf. p. 3 de l'évaluation consensuelle), ils se sont contentés de relever que ces symptômes n'entraient pas dans les critères diagnostics du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Cela étant, ils ont évoqué le diagnostic de colopathie fonctionnelle et de cystite interstitielle (cf. p. 3 de l'évaluation consensuelle), sans décrire plus avant ces diagnostics et procéder à des examens complémentaires. Les plaintes décrites par la recourante sont pourtant susceptibles d'influencer sa capacité de travail, indépendamment de l'existence ou non d'un syndrome d'Ehlers-Danlos. Dans ces circonstances, l'appréciation des experts sur les diagnostics retenus n'emporte pas la conviction.

Le rapport d'expertise contient également plusieurs contradictions. En particulier, sur le plan cardiologique, l'expert cardiologue retient les diagnostics de dysautonomie et de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, diagnostics pourtant écartés par l'évaluation consensuelle (non signée par l'expert cardiologue). On observe que le résumé effectué sur le plan cardiologique (p. 10 de l'évaluation consensuelle) est relativement laconique et ne reflète pas les constatations du Dr T._____, lequel avait mis en évidence une

dysautonomie et retenait que la recourante disposait d'une capacité de travail de 60 %. Quant à l'expert rhumatologue, tout en excluant un syndrome d'Ehlers-Danlos, il évoque tout d'abord un syndrome d'hypermobilité articulaire, puis une hypermobilité articulaire bénigne (cf. p. 5, respectivement p. 7 de l'expertise rhumatologique). Aussi, les conclusions de cet expert, qui retient une capacité de travail entière, tout en admettant que la recourante souffre d'un phénomène douloureux la « limitant [...] dans l'exercice d'une activité professionnelle à temps complet quelle qu'elle soit » (cf. p. 5 de l'expertise rhumatologique) apparaissent également contradictoires.

Enfin, force est de constater que les experts n'ont pas confronté leurs conclusions avec les observations effectuées dans le cadre des mesures professionnelles, dont la recourante a bénéficié du 4 février 2019 au 31 août 2023 sous l'égide de l'intimé. Pourtant, les conclusions des experts, qui estiment que la recourante dispose depuis toujours d'une pleine capacité de travail dans toute activité, sans perte de rendement, sont en contradiction avec ces observations. En effet, les mesures mises en place ont débuté avec un taux de présence de 50 %, ce qui correspondait alors à la capacité de travail attestée de l'intéressée, avec l'objectif d'augmenter progressivement ce taux jusqu'à un taux de présence de 100 %. Après avoir débuté un stage auprès d'une consultante en ressources humaines indépendante dès le 1^{er} juin 2019, la recourante a été en mesure d'augmenter son taux de présence à 60 % dès le 22 juillet 2019, à 70 % dès le 23 septembre 2019 et à 80 % dès le 18 novembre 2019. Cependant, cette augmentation progressive a été rendue possible notamment grâce à la mise en place de certaines mesures organisationnelles. Ainsi, par exemple, le passage à 70 % a nécessité de pouvoir effectuer du télétravail et d'adapter ses horaires, de concert avec sa maître de stage. A partir de février 2020, elle a lissé son 80 % sur cinq jours (au lieu de quatre) pour couvrir un taux de 75 % environ (cf. courriel du 25 mai 2020 de l'[...]) et une attention particulière a par la suite été apportée sur le taux d'activité réalisé et sur la répartition hebdomadaire de ses horaires (cf. courriel du 2 octobre 2020 de l'[...]). Ces augmentations ont également eu des impacts sur le plan médical, avec

notamment de nouvelles douleurs (colonne vertébrale, intercostal, musculature du haut du dos et une persistance de la fatigue ; cf. courriel du 3 décembre 2019 de l'[...] et rapport du 14 mai 2020 de la Dre X._____). Face à la péjoration de son état de santé, elle a été contrainte de réduire son taux de présence à 60 % à compter du 1^{er} décembre 2020. En dépit de cet abaissement, la recourante a subi plusieurs périodes d'incapacité totale de travail, soit du 4 au 17 janvier 2021 et du 1^{er} février au 28 mars 2021. A compter du 29 mars 2021, le taux de présence a encore été diminué à 30 %, ce qui correspondait à la capacité résiduelle de travail, dans un cadre protégé, attestée par le Dr C._____ dans son rapport du 30 avril 2021. Nonobstant ce faible taux de présence, des mesures organisationnelles demeuraient nécessaires ; ainsi la recourante œuvrait principalement en télétravail et devait rester vigilante pour respecter ce taux d'activité (cf. courriel du 31 mai 2021 de l'[...]) ; elle pouvait effectuer certaines activités, respectivement en refuser certaines (cf. document rédigé par la maître de stage de la recourante en octobre 2021, annexé au courriel de l'[...] du 22 octobre 2021), travaillait en fonction de son état de santé (cf. courriel du 10 février 2023 de l'[...]) et n'était pas soumise à des contraintes de temps (cf. expertise de médecine interne, p. 12). Malgré sa volonté d'augmenter son taux de travail d'une heure, elle en était incapable (cf. courriel du 6 septembre 2021 de l'[...]). Aussi, lorsqu'elle travaillait (temporairement) au-dessus d'un taux de 30 %, cela impactait sa fatigabilité et exacerbait ses douleurs (cf. rapport final du 7 juin 2023 de l'[...]). Son taux d'activité effectif a même été évalué entre 25 % 30 % (cf. rapport final du 20 décembre 2022 de l'[...]). Enfin, elle a subi une nouvelle période d'incapacité totale de travail du 17 juillet au 31 août 2023.

Si, selon la jurisprudence, il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celles-ci, les organes d'observation professionnelle ont cependant pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain

sur le marché du travail. Au regard de la collaboration étroite, réciproque et complémentaire, selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. En effet, dans les cas où les appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au tribunal de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (cf. TF 9C_713/2024 du 16 septembre 2025 consid. 5.2 ; TF 8C_344/2024 du 26 mars 2025 consid. 2.4 et les références citées). Or, compte tenu du déroulement du stage décrit ci-dessus, on peut se demander si la capacité de travail de la recourante tel qu'évaluée par les experts correspond à la capacité de travail effective de la recourante dans une économie libre. A tout le moins, cela aurait commandé de la part de l'intimé de confronter ces faits aux conclusions de l'expertise.

b) Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que l'expertise du 15 août 2023 n'est pas suffisamment probante et que l'office intimé ne pouvait dès lors se fonder exclusivement sur les conclusions de celle-ci pour nier à la recourante le droit aux mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

8. a) Au vu des éléments précités, le recours doit être admis et il convient de renvoyer la cause à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, lequel devra, en particulier, requérir l'ensemble des rapports médicaux des médecins traitants, soit, en particulier ceux des Drs W._____, X._____, C._____, G._____, N._____, T._____, M._____ et de l'Institut [...], puis procéder, si nécessaire, à un complément d'expertise ou une nouvelle expertise.

b) Il n'y a pas lieu de procéder à l'audition de la recourante dans le cadre d'une audience de débats publics, celle-ci y ayant expressément renoncé par pli du 20 octobre 2025.

9. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision du 22 février 2024 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton versera à V._____ un montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Marine Girardin (pour V. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :