

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 août 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Pasche, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Me Yvan Henzer, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; art. 8 et 16 LPGA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], sans formation professionnelle, employée en dernier lieu à 100 % par I._____ comme opératrice en horlogerie sur la base d'un contrat de mission temporaire depuis le 23 septembre 2019, a été mise en arrêt de travail dès le 22 septembre 2021 à la suite d'une chute à vélo.

Dans un rapport du 11 avril 2022, la Dre W._____, cheffe de clinique adjointe au service d'angiologie du D._____, a indiqué que l'assurée, qui était connue pour un status post prothèse totale de la hanche droite en 2017, avait subi un traumatisme direct de la hanche droite et de la face latérale du genou droit lors de la chute à vélo de septembre 2021. Le bilan initial par radiographies standards du bassin, de la hanche et du genou droit n'avaient pas mis en évidence de lésion traumatique. Après l'accident, l'assurée avait noté l'apparition d'un hématome et d'une induration au niveau de la cuisse distale et du mollet proximal postérieurs qui persistaient et étaient aggravés en position debout ou assises. Elle présentait aussi des douleurs importantes à ce niveau avec besoin d'utiliser des cannes. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée en décembre 2021 avait montré plusieurs anomalies de signal des parties molles sous-cutanées de la région glutéale droite sans atteinte des structures sous-jacentes. Un examen angiologique réalisé le 7 avril 2022 n'avait pas permis d'expliquer les symptômes de l'assurée, ni la clinique de la coloration bleuâtre/ecchymose du mollet qui s'aggravait en position debout. La Dre W._____ proposait de réaliser une angio-IRM.

Dans un rapport du 12 avril 2022, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic de contusion de la fesse, de la cuisse et du genou droit en septembre 2021 avec développement d'hématomes à la face postérieure de la cuisse distale et de la jambe proximale d'origine indéterminée.

Le 5 mai 2022, 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).

Dans un rapport du 8 juillet 2022, les Drs U._____ et B._____, respectivement chef de clinique et médecin adjoint au service d'orthopédie et traumatologie du D._____, ont indiqué que l'assurée rapportait la persistance de douleurs de la face postérieure de la cuisse droite. Ils ont observé que l'examen clinique et l'imagerie ne permettaient pas d'expliquer la symptomatologie douloureuse, ni l'hématome que présentait l'assurée au niveau de la cuisse. Une formule sanguine à la recherche de la crase ainsi qu'un contrôle d'hémoglobine s'étaient par ailleurs avérés normaux. Ils ont retenu le diagnostic d'hématome à la face postérieure de la cuisse droite sur status post accident de la voie publique le 22 septembre 2021 et post prothèse totale de la hanche droite en 2017.

Dans un rapport du 2 août 2022, le Prof. X._____ et le Dr T._____, respectivement médecin chef et médecin assistant à la consultation de médecine physique et réhabilitation du D._____, ont relevé que depuis la chute à vélo, l'assurée était en arrêt de travail, ne faisait plus de sport et se déplaçait avec une canne anglaise et une boiterie en raison des douleurs postérieures à la cuisse droite. A l'examen, la mobilité de la hanche était limitée et il était retrouvé une douleur élective à l'insertion des ischio-jambiers, à la contraction résistée et à l'insertion des adducteurs, ainsi qu'une douleur sacro-iliaque droite. Ces médecins ont indiqué n'avoir trouvé aucune cause expliquant la symptomatologie de la patiente. Une angio-IRM réalisée le 3 juin 2022 ne mettait pas en évidence d'anomalie des axes vasculaires des deux membres inférieurs, ni de lésion intra-musculaire au niveau du membre inférieur droit. Il n'était pas non plus retrouvé les anomalies du signal des tissus sous-cutanés de la région glutéale droite visibles en décembre 2021. L'exploration par angio-IRM n'apportait aucune explication à l'ecchymose récidivante à la marche présentée par l'assurée. L'échographie du genou ne trouvait aucune anomalie, épanchement ou kyste poplité. L'examen neurologique était parfaitement normal. L'exploration par scanner et IRM du bassin éliminait toute fracture

périprothétique ou descellement. Un probable conflit dynamique cupule-parties molles n'était pas éliminé, mais il était impossible de mettre en évidence par l'IRM ou par l'échographie dynamique. Ils ont retenu le diagnostic de fessialgies droites et proposé une prise en charge par physio-balnéothérapie avec un travail progressif à la marche. Le traitement médicamenteux consistait en du Tramal en gouttes, des emplâtres Flectoparin à appliquer sur la zone douloureuse et du Lyman gel à appliquer sur l'hématome distal.

Dans un rapport du 17 octobre 2022, ils ont constaté une très discrète amélioration de la mobilité de la hanche qui restait toutefois très douloureuse avec limitation active dès le premier degré en flexion-extension, à la rotation, à l'abduction et adduction, les douleurs étant aggravées au bout de quelques minutes de position assise et après station debout prolongée, obligeant l'assurée à changer régulièrement de position.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a recueilli un extrait du compte individuel AVS de l'assurée et un questionnaire pour l'employeur complété le 25 octobre 2022 par I._____.

Dans un rapport du 28 décembre 2022, le Prof. X._____ a mentionné que l'assurée présentait des douleurs chroniques intéressant les ischio-jambiers et le triceps sural du membre inférieur droit. Il y avait une discrète amyotrophie des ischio-jambiers sans lésion corporéale franche et l'articulation tibio-fémorale semblait intègre. L'examen clinique retrouvait une importante contracture des muscles susmentionnés avec un examen palpatoire particulièrement sensible. Il n'avait pas d'argument pour une atteinte radiculaire systématisée, ni d'hypersensibilité (hyperesthésie/allodynie) superficielle. La persistance de l'hématome superficiel n'était pas expliquée et le bilan angiologique précédemment réalisé était rassurant.

A la suite d'un avis du 15 mai 2023 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) préconisant une

expertise bidisciplinaire, l'OAI a mis en œuvre une expertise qui a été réalisée par les Drs M. _____ et N. _____, respectivement spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du F. _____. Sur le plan psychique, les experts ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, et ont conclu à une capacité de travail totale depuis toujours. Sur le plan somatique, ils ont retenu le diagnostic incapacitant de douleur persistante sans origine actuellement connue au niveau du membre inférieur droit. Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont mentionné le diagnostic de status après mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite le 18 janvier 2017. Ils ont conclu que dans l'activité d'opératrice en horlogerie, la capacité de travail était de 50 % depuis environ trois mois après la chute à vélo. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, à savoir un travail assis en position haute, avec alternance des positions, sans escalier, échelle, ni échafaudage, sans déplacements, sans marche en terrain inégal, et sans accroupissement, une capacité de travail de 80 % (compte tenu d'une diminution de rendement de 20 % vu la nécessité de pauses supplémentaires), était exigible depuis le 1^{er} février 2022.

Dans un avis du 17 août 2023, le SMR s'est rallié aux conclusions de cette expertise.

En mars 2024, le service de réadaptation de l'OAI s'est prononcé sur le degré d'invalidité de l'assurée qu'il a fixé à 22,99 % en 2022 et à 30,7 % en 2024. Pour le revenu sans invalidité, il a retenu le montant de 56'324 fr. en 2022 (respectivement 57'228 fr. 79 en 2024 après indexation) sur la base des indications fournies par l'ancien employeur (soit 24 fr. 90 de l'heure x 40 heures de travail hebdomadaire x 13 mois). Le revenu avec invalidité a été fixé à 43'372 fr. 51 en 2022 pour un taux d'activité de 80 % (respectivement à 39'662 fr. 32 en 2024, après indexation et en tenant compte d'une déduction supplémentaire de 10 % en application de l'art. 26bis al. 3 RAI [(règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) sur la base des données salariales

issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2020, TA1 skill level, femmes, niveau de compétence 1, après prise en compte de la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2020 et après indexation à 2022) (rapport REA Rapport final du 21 mars 2024 ; documents « calcul du degré d'invalidité 2022 » et « calcul degré d'invalidité 2024 » datés du 27 mars 2024). Le service de réadaptation de l'OAI a estimé que l'assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur notamment dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple au montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, comme aide administrative ou comme réceptionniste.

Par communication du 21 mars 2024, l'OAI a octroyé une aide au placement à l'assurée.

Par décision du 21 mai 2024, confirmant un projet de décision du 27 mars 2024, il a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 20 juin 2024, Z._____, représentée par Me Yvan Henzer, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour réexamen et mesures d'instruction complémentaires dans le sens des considérants. En substance, elle a fait valoir que la décision avait été prise sur la base d'une instruction incomplète, étant donné que les médecins, y compris les experts du F._____, n'avaient pas pu poser un diagnostic fiable, qu'ils n'avaient pas trouvé l'origine de ses troubles malgré leur caractère objectivable et qu'ils préconisaient des investigations complémentaires. Dans de telles circonstances, l'intimé aurait dû mettre en œuvre des examens complémentaires. Elle a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. A l'appui de son recours, elle a produit un bordereau de pièces, comprenant notamment un rapport du 12 avril 2024 du Dr G._____, chef de clinique à la consultation de

D._____, mentionnant que lors du dernier examen de la recourante, le 10 avril 2024, la situation restait globalement inchangée avec toujours d'importantes douleurs chroniques mécaniques de toute la face postérieure du membre inférieur droit, ces douleurs étant majorées lors de tout effort à la marche et lors du maintien de la position statique assise prolongée. Il a posé les diagnostics de douleurs chroniques de la région postérieure de la cuisse et du mollet droit et de possible CRPS (syndrome douloureux régional complexe ou algodystrophie). Il était prévu que la patiente soit revue prochainement au service d'antalgie. La recourante a également produit un courrier non daté que le Dr G._____ a adressé à son conseil rappelant que les douleurs étaient de rythme mécanique et s'accompagnaient de plusieurs troubles dysautonomiques objectivables à l'examen clinique (trouble de la coloration, de la température, dyskinésie avec contracture réflexe des ischios et du triceps sural au mouvement passif et actif). Lors du dernier examen, il se trouvait face au même tableau clinique qu'en 2022, mis à part une légère amélioration des mobilités articulaires tibio-fémorales. Ce tableau clinique évoquait celui rencontré dans le cadre d'une algodystrophie ou maladie de Sudeck, mais ne remplissait pas l'ensemble des critères diagnostics de Budapest. Sur le plan fonctionnel, il constatait un statu quo avec une dépendance aux moyens auxiliaires pour tout déplacement et une charge algique perturbant son autonomie fonctionnelle. Une consultation au service d'antalgie était prévue pour discuter de blocs moteurs. Il était d'avis qu'une période d'observation aux ateliers professionnels de la Clinique romande de réadaptation pour une évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) apporterait des éléments objectifs. En l'état, il ne voyait pas comment sa patiente pourrait se réinsérer sur le marché du travail.

Le 15 août 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours et a versé au dossier un avis du SMR du 12 août 2024 se déterminant sur les rapports médicaux produits par la recourante.

Le 26 août 2024, il a produit un rapport du 19 août 2024 du Dr G._____ indiquant notamment que trois ans s'étaient écoulés depuis la chute à vélo sans amélioration substantielle de la symptomatologie, que

les critères étaient réunis pour un diagnostic de CRPS et qu'un suivi psychothérapeutique lui semblait pertinent vu le parcours médical complexe de la recourante, qui se déclarait suffisamment forte pour s'en passer pour l'instant. L'OAI a également produit un avis du SMR du 21 août 2024 se déterminant sur rapport du Dr G._____.

Le 11 novembre 2024, la recourante a déclaré qu'elle n'avait pas de nouveaux documents médicaux à produire et que la Cour de céans pouvait statuer en l'état.

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 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 en l'espèce, 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 invalide (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) aa) L'art. 25 RAI concrétise les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA. D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-veillesse et survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Selon l'art. 25 al. 2 RAI, les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. D'après l'art. 25 al. 4 RAI, les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux.

Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1).

bb) Le revenu sans invalidité (art. 16 LPGGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité (art. 26 al. 1, première phrase, RAI). Le revenu sans invalidité doit être adapté à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex : TF 8C_659/2022 & 8C_707/2022 du 2 mai 2023 consid. 4.2.1 et les références).

Si le revenu effectivement réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (art. 26 al. 1, deuxième phrase, RAI).

cc) Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26bis al. 1 et 2 RAI).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Selon l'art. 26bis al. 3 RAI, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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 asséculo-logique. 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 ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

6. a) Il peut tout d'abord être constaté que sur le plan formel, l'expertise du F. _____ ne prête pas le flanc à la critique. Les experts ont procédé à une étude circonstanciée du cas sur la base des rapports médicaux versés au dossier qu'ils ont résumés. Ils ont tenu compte des

plaintes et déclarations de la recourante, ont décrit son quotidien et établi une anamnèse détaillée sur les plans familial, personnel, socio-professionnel et médical. Chaque expert a procédé à un examen clinique de la recourante avant de procéder à une évaluation consensuelle. Les conclusions de l'expertise sont par ailleurs claires et motivées.

b) Sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise confirme que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé incapacitante. Dans son appréciation dûment motivée, l'expert psychiatre a exposé de manière convaincante les raisons l'ayant conduit à retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, et à écarter toute autre atteinte psychique, en particulier la présence d'un épisode dépressif et d'un trouble somatoforme (rapport d'expertise, pages 26 à 28). Avant de conclure à une pleine capacité de travail au niveau psychique, l'expert a notamment examiné les ressources et difficultés de la recourante. Il a en particulier observé que la prénommée démontrait de bonnes capacités de résilience sur l'existence entière, qu'elle était capable de prendre des décisions dans son intérêt et de façon réfléchie. En l'absence de trouble cognitif et de trouble dépressif, la planification et la structuration des tâches étaient conservées, de même que les capacités à porter des jugements. La capacité d'affirmation de soi était constatée au jour de l'expertise et faisait partie de la nature et de la personnalité de la recourante. Les rapports avec la famille et les intimes étaient de bonne qualité. Le contact avec les autres et la capacité à pouvoir travailler en groupe n'étaient pas entravés par un trouble psychique. Malgré l'absence d'atteinte psychique incapacitante, l'expert psychiatre a tout de même préconisé l'instauration d'une psychothérapie afin de prévenir le risque d'une aggravation du trouble de l'adaptation.

Il y a lieu de constater que rien ne permet de s'écarter des conclusions de l'expert psychiatre, qui sont en adéquation avec les autres éléments du dossier, lesquels ne font état d'aucune incapacité de travail sur le plan psychique.

c) Sur le plan somatique, les experts du F._____ ont retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de douleur persistante au niveau du membre inférieur droit, sans origine connue au jour de l'expertise. A cet égard, ils ont indiqué que la recourante présentait des douleurs lors de la mobilisation de la hanche droite et une douleur aigüe à la palpation des zones hématiques au niveau de la cuisse et de la jambe droites. La position assise était déclarée douloureuse après environ un quart d'heure et la position debout statique également. La marche s'effectuait à l'aide de deux cannes anglaises en déroulant. Les experts ont observé que les examens pratiqués jusqu'alors ne mettaient pas en évidence de lésions expliquant la symptomatologie de la recourante. Ils ont émis la possibilité de compléter les examens par une scintigraphie et un arthroscanner de la hanche pour exclure ou confirmer une zone inflammatoire ou la présence de tissus dans l'articulation qui pourraient être à l'origine de la symptomatologie. Cela étant, l'ensemble des plaintes et des constatations à l'examen clinique concordait et il n'y avait pas d'incohérence, hormis le fait que nonobstant les plaintes douloureuses rapportées par la recourante, les analyses de laboratoire effectuées dans le cadre de l'expertise ne révélaient pas de prise d'antalgique depuis au moins 24 heures. Les experts ont conclu à une capacité de travail de 50 % dans la dernière activité professionnelle d'opératrice en horlogerie et de 80 % dans une activité adaptée, soit une activité assise en position haute, avec alternance de positions, sans escaliers, échelle ni échafaudage, sans déplacement, sans marche en terrain inégal et sans accroupissement.

Les avis médicaux au dossier n'apportent aucun élément de nature à mettre sérieusement en doute les conclusions de l'expertise. Aucun médecin ayant examiné la recourante ne s'est déterminé de manière circonstanciée sur sa capacité de travail et les rapports du Dr G._____ produits au stade du recours ne sont pas non plus de nature à faire douter des conclusions de l'expertise. Dans son rapport au conseil de la recourante, ce médecin émet des doutes quant à la possibilité de la recourante de se réinsérer sur le marché du travail sans indiquer pourquoi la capacité de travail résiduelle retenue par les experts du F._____ ne serait pas exigible. Il est d'avis qu'une évaluation des capacités

fonctionnelles auprès de la Clinique romande de réadaptation serait utile. Or, c'est aux experts médicaux qu'il appartient d'évaluer l'état de santé de la personne assurée et les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a aussi considéré que les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C_441/2019 du 28 octobre 2019 consid. 3.1 et les références citées). Le fait que les experts, comme les médecins traitants avant eux, n'aient pas trouvé la cause de la symptomatologie de la recourante ne saurait suffire à écarter les conclusions de l'expertise, dans la mesure où les experts ont pris en considération cette symptomatologie, en particulier dans leur appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail de la recourante. C'est d'ailleurs en raison des douleurs de la prénommée qu'ils ont retenu une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité exercée précédemment et de 80 % dans une activité adaptée. Dans ces circonstances, il apparaît que des investigations complémentaires sur le plan médical n'auraient pas d'incidence sur les conclusions de l'expertise. Il en va ainsi notamment de la scintigraphie et de l'arthroscanner de la hanche droite suggérés par les experts aux fins d'exclure ou de confirmer une zone inflammatoire ou la présence de tissus dans l'articulation qui pourraient être à l'origine de la symptomatologie, dès lors que cette symptomatologie, bien que non encore expliquée à la date de l'expertise, a bel et bien été prise en compte dans leur appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail de la recourante. Relevons encore que du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (TF 8C_672/2023 du 4 juin 2024 consid. 3.2.1 et les références citées). Pour les raisons qui précèdent, la valeur probante du rapport d'expertise du F._____ ne saurait non plus être remise en doute par le diagnostic de CRPS posé par le Dr G._____ dans son dernier rapport, d'autant moins que ce médecin ne fait pas état d'un status différent de celui prévalant au moment de l'expertise, le Dr G._____ relevant au contraire qu'il se trouvait devant le même tableau

clinique qu'en décembre 2022, à l'exception d'une légère amélioration des mobilités articulaires tibio-fémorales intervenue depuis lors.

d) Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions du rapport d'expertise du F._____ et de retenir que la recourante a récupéré une capacité de travail de 50 % dans l'activité d'opératrice en horlogerie trois mois après la chute à vélo de septembre 2021, et une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} février 2022.

e) Précisons encore que le reproche de la recourante relatif à un manque d'instruction doit être écarté. Il ressort du dossier que la recourante a subi de nombreux examens (IRM, scanner, échographie, angio-IRM) effectués sur plusieurs parties du corps (hanche, bassin, jambe, genou et mollet) par des médecins relevant de nombreuses spécialités médicales (spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en radiologie, en médecine interne générale, en angiologie, en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en pharmacologie et toxicologie cliniques), qui n'ont pas permis de trouver d'explication à la persistance des douleurs et hématome et aux limitations fonctionnelles qui en découlent. Dans ces circonstances, vu les rapports médicaux au dossier, l'intimé n'était pas tenu de procéder à un complément d'instruction.

7. Il reste à examiner le taux d'invalidité de la recourante, à l'égard duquel elle n'émet aucun grief.

Concernant le revenu sans invalidité, l'intimé s'est basé sur les indications fournies par l'ancien employeur pour retenir un revenu de 56'324 fr. en 2022, ce qui ne prête pas le flanc à la critique.

S'agissant du revenu avec invalidité, il s'est fondé sur les données statistiques de l'ESS, plus particulièrement sur le salaire de référence pour les femmes exerçant un travail simple et répétitif dans le domaine de la production et des services, soit 4'276 fr. par mois,

respectivement 51'312 fr. par an, en tenant compte de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (ESS 2020, tableau TA1_tirage_skill_level). Après indexation (+ 0,6 % en 2021 et + 0,8 % en 2022), le revenu avec invalidité de la recourante s'élève en 2022 à 43'395 fr. 38 pour un taux d'activité de 80 %.

La comparaison d'un revenu sans invalidité de 56'324 fr. avec un revenu d'invalidité de 43'395 fr. 38 aboutit au degré d'invalidité de 22,95 % ($[56'324 - 43'395,38] / 56'324 \times 100$), arrondi à 23 % (ATF 130 V 121), qui est inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente.

Pour 2024, l'intimé a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité, en tenant compte d'une déduction de 10 % opérée sur la valeur statistique en application de l'art. 26bis al. 3 RAI. Sur cette base et en tenant compte de l'évolution des salaires nominaux (+ 1,8 % en 2023 [tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2023 »], + 0,6 % pour 2024 [cf. l'estimation trimestrielle provisoire de l'Office fédéral des statistiques disponible à la date de la décision attaquée] [au lieu de l'augmentation de 0,8 % prise en compte par l'intimé pour ces deux années]), le revenu avec invalidité pour 2024 s'élève à 39'997 fr. 39. Le revenu sans invalidité de 56'324 fr. retenu par l'intimé pour 2022 conduit à un revenu de 57'681 fr. 85 en 2024, après indexation. La comparaison de ses revenus aboutit au degré d'invalidité de 30,7 %, qui lui non plus ne donne pas le droit à une rente d'invalidité.

Enfin, la recourante n'a émis aucun grief s'agissant du refus de l'intimé de lui octroyer des mesures professionnelles. Quand bien même le taux d'invalidité atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), il faut admettre, à l'instar du service de réadaptation de l'OAI, que les limitations fonctionnelles de la prénommée lui permettent d'exercer de nombreuses activités ne nécessitant pas de formation particulière, de sorte que les conditions permettant l'octroi de mesures professionnelles

ne paraissent pas remplies. L'aide au placement accordée à la recourante est une mesure suffisante et adéquate.

8. Le dossier permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a). La requête d'expertise médicale judiciaire doit dès lors être rejetée.

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis 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.

c) 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 21 mai 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Z._____.

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 :

- Me Yvan Henzer (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 :