

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 octobre 2022

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Gutmann et Riesen, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par Me Pascal Martin, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28, 28a al. 1 et 29 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissante portugaise, T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mariée et mère d'un enfant né en [...]. Elle est entrée en Suisse le [...]. Au bénéfice d'une autorisation d'établissement, elle est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de magasin (sports et chaussures) délivré le [...]. Après son départ de chez Q._____ SA, elle a œuvré, de novembre 2009 à août 2013, comme vendeuse pour le compte de la société W._____ SA à [...]. Entre des périodes chômées, elle a travaillé en dernier lieu de mars à avril 2014 en qualité de collaboratrice au sein du restaurant d'[...] de H._____ [...].

L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes (mesures professionnelles/rente) le 10 juillet 2017, en indiquant quant au genre de l'atteinte « lupus diagnostiqué il y a 3 ans, hernies depuis 4 ans, arthrose à la hanche [depuis] quelques mois ». Elle a précisé avoir été en incapacité de travail totale depuis décembre 2013.

Dans un document « ND - Checklist » du 11 septembre 2017, l'assurée a déclaré à une collaboratrice de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) ne plus se sentir en mesure de travailler à plein temps, mais plutôt à un taux de 60 % dans une activité adaptée ; à ses yeux, le domaine de la vente n'était plus adapté à ses limitations fonctionnelles qui étaient des angoisses dans les transports en commun, une fatigue, des douleurs au dos et à la nuque lors d'efforts limitant les tâches ménagères ainsi que les ports de charges.

D'après le questionnaire 531bis non daté mais enregistré au dossier le 2 octobre 2017, l'assurée, en bonne santé travaillerait à 100 % depuis toujours comme vendeuse, par choix.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des médecins consultés par l'assurée

(rapports d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 21 décembre 2015 et de la colonne cervicale du 14 juin 2016 du Dr X._____, radiologue ; rapport du 2 octobre 2017 du Dr C._____, généraliste ; rapport du 19 octobre 2017 du Dr P._____, spécialiste en dermatologie et en vénéréologie ; rapport du 20 novembre 2017 de la Dre L._____, médecin praticien ; rapport du 23 avril 2018 de la Dre N._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie ; rapport du 2 décembre 2019 du Dr R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ; rapport du 13 décembre 2019 du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Après avoir requis le point de vue du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) sur les pièces médicales au dossier (avis du 10 janvier 2020 de la Dre A._____), l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie) au centre d'expertises médicales G._____ SA à [...]. Dans leur rapport du 20 août 2020, les Drs K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, E._____, médecin praticien, et D._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques, actuellement gauche, discrètement sensitivo-déficitaire, discopathies L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale médiane L4-L5, troubles dégénératifs de la sacro-iliaque gauche (M54.4), de cervicalgies chroniques, troubles dégénératifs (M54.2), de coxarthrose droite (janvier 2017) actuellement asymptomatique (M16.0) et de phobie spécifique isolée, claustrophobie (F40.2). Ces experts ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

“Pas de position statique assise ou debout prolongée supérieure à 20-30 minutes ; changement de position possible ; pas de position prolongée ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis dorsolombaire en flexion/extension/inclinaison/rotation du tronc ; pas de port itératif de charges > à 5-7,5 kg ; pas de travail sur échelles ni escabeaux ; pas de travail en position agenouillée ou accroupie ; pas de travail itératif ou prolongé avec les membres supérieurs en hauteur ; pas de travail avec des engins émettant des ondes à basse fréquence.”

En guise de conclusions, les experts du G._____ ont estimé que si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle de vendeuse depuis son arrêt de travail en 2013, elle était de 100 %, sans perte de rendement, depuis toujours dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

Dans un rapport du 19 octobre 2020, la Dre A._____ du SMR a estimé, sur la base du rapport d'expertise pluridisciplinaire du G._____, que si l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis 2013, il existait une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles rhumatologiques.

Un rapport « REA – Rapport final » du 21 octobre 2020 d'un spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI se termine comme suit :

“[...] Elle a été vue dans le cadre REA néanmoins l'assurée n'était pas dans une optique de réintégration professionnelle pour un plein temps.

Compte tenu de l'ensemble de la situation, nous proposons le calcul suivant pour 2018 :

- RS [revenu sans invalidité] : Sfr. 55'356.75 à 100% selon TA1 2018 niveau de compétences 1 domaine 47 commerce de détail, en effet l'assurée était au chômage au moment de l'IT [incapacité de travail] durable.
- RI [revenu avec invalidité] : Sfr. 51'947.15 à 100% selon feuille de calcul ESS [Enquête suisse sur la structure des salaires].
- PE [préjudice économique] : 6.16%

Aide au placement : non l'assurée n'est subjectivement pas réadaptable pour un plein temps.”

Par projet de décision du 21 octobre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité.

Dans ses objections du 19 novembre 2020, complétées le 18 décembre 2020 ainsi que les 8 janvier, 19 avril et 15 juillet 2021, l'assurée a expliqué qu'en raison de sa grossesse, les conclusions des experts du G._____ n'étaient plus actuelles et a par ailleurs mis en doute leur impartialité. Elle a requis la mise en œuvre d'un complément d'expertise pour actualiser les données médicales à la suite de sa grossesse. La Dre

I. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a examiné l'assurée le 25 août 2020. Dans son rapport du 27 août 2020, produit le 16 juillet 2021, cette médecin a posé les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques et de lupus cutané, et précisé ce qui suit :

“En conclusion, Mme T. _____ présente des lombalgies chroniques non spécifiques. Il n’y a pas d’argument en faveur d’un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie.

Sur le plan thérapeutique, Mme T. _____ prenait du Dafalgan et de l'Irfen avant sa grossesse, qu'elle a arrêtés depuis lors. Avant sa grossesse, elle faisait de la chiropractie une fois par semaine, associée à deux à trois séances par semaine de fitness en piscine et sur machines. Selon ses indications, il semble que cela soit la meilleure modalité thérapeutique. A noter que Mme T. _____ a fait de multiples infiltrations de stéroïdes durant dix ans, la première ayant été efficace durant un année, la dernière durant une semaine, raison pour laquelle cette prise en charge a été arrêtée.

Je n'ai pas fixé d'emblée de nouveau rendez-vous à Mme T. _____, mais reste à son entière disposition et à la vôtre si nécessaire.

Traitement rhumatologique actuel :

- Nihil.”

Par décision du 31 août 2021, l'OAI a confirmé le refus de rente d'invalidité. Par courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a constaté l'absence d'élément susceptible de lui permettre de revoir la situation.

B. Par acte du 1^{er} octobre 2021, T. _____, alors représentée par Mes Banic et Stamenkovic, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 10 juillet 2017. Subsidiairement, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, avec la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et nouvelle décision. Elle a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise G. _____. Ce faisant, elle a contesté la capacité de travail entière retenue depuis le mois de décembre 2014 dans des activités adaptées. Sur le plan économique, elle a contesté les revenus

avec et sans invalidité retenus par l'OAI dans le cadre de la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). Sur la base de ses propres calculs, elle estimait en effet présenter un taux d'invalidité de 67 %.

Dans sa réponse du 21 décembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise G._____, estimant que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Le 25 février 2022, en réplique, désormais représentée par Me Pascal Martin, la recourante a maintenu sa position.

La recourante a encore produit les pièces suivantes :

- un rapport du 1^{er} février 2022 de la Dre N._____, dont il ressort ce qui suit :

“Cette patiente que j'avais suivie de 2017 à 2018, m'a reconsultée le 28.06.2021 en raison d'une acutisation de son tableau douloureux de l'appareil locomoteur. Suite à son accouchement début 2021, les lombalgies qu'elle présentait se sont acutisées, s'assortissant fréquemment de lomboradiculalgies gauches subites et d'une sensation de raideur importante notamment le matin pouvant durer jusqu'à une heure. Le port de charges est très difficile notamment quand elle doit s'occuper le matin de sa fille de sept mois. La nuit, Madame annonce plusieurs réveils en raison de lombopygialgies qui se manifestent également la journée lors des postures statiques (debout ou assise). De façon nouvelle sont apparues des paresthésies à type de fourmillements du membre supérieur droit et surtout de la main avec sensation de diminution de force chez cette patiente connue pour une hernie discale cervicale C4-C5 postéro-latérale droite susceptible de comprimer la racine C5 droite. Madame quantifie globalement ses douleurs de cinq à sept sur dix sur l'échelle visuelle analogique de la douleur. Elle est désespérée qu'on ne puisse l'aider mieux sur le plan médical. En effet, une prise en charge antérieure infiltrative antalgique (anamnestiquement seize infiltrations) n'a eu aucun effet. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont quant à eux plus efficaces mais pas du tout tolérés en raison de problèmes digestifs gastriques.

Sur le plan cutané, les lésions du lupus tumidus semblent s'accroître lorsqu'il fait froid. La patiente annonce également des céphalées très fréquentes, des douleurs de la fesse droite et des

difficultés à marcher en raison de douleurs de la cheville droite. Elle a parfois de la peine à manipuler les objets en raison de douleurs des doigts.

La demande de prise en charge qu'elle a effectuée auprès de l'OAI a été refusée.

Vu l'augmentation de la symptomatologie rachidienne algique et l'apparition d'autres sites douloureux, j'ai fait réaliser une scintigraphie osseuse couplée à un spect-CT le 08.10.2021. Cet examen objective les éléments suivants :

- Au niveau cervical : rectitude de la colonne avec perte de lordose, uncarthrose C3-C4 prédominant à gauche.
- Au niveau dorsal : présence d'hypercaptations des quatrième, cinquième, sixième, septième mais surtout dixième, onzième et douzième articulations costo-vertébrales.
- Au niveau lombaire : il existe une intense activité inflammatoire et ostéoblastique sur discarthrose L4-L5 avec une ostéocondensation des plateaux vertébraux adjacents et des constructions osseuses antérieures, allant en prolongation des plateaux vertébraux. On retrouve une hypercaptation de l'articulation facettaire postérieure L4-L5 des deux côtés, prédominant à droite, ainsi que de L5-S1 des deux côtés prédominant à gauche.
- Au niveau du bassin : hypercaptation des deux articulations sacro-iliaques prédominant à droite, touchant le tiers antérieur et inférieur de l'articulation, avec des ostéophytes osseux antérieurs engendrant quasiment des ponts osseux du côté droit avec dense ostéocondensation sous-chondrale sur le versant iliaque de l'articulation, plus étendue sur le versant sacré. Il est mis en évidence une hyper captation tissulaire autour de l'ischion à droite ainsi qu'une hypercaptation de la symphyse pubienne.
- Au niveau thoracique : l'articulation sterno-claviculaire droite hypercapte de même que l'épaule droite.
- Au niveau des pieds : l'insertion du tendon d'Achille droit hypercapte également.
- Au niveau des mains : hypercaptation des IPD [interphalangiennes distales] des deuxième et troisième rayons.

Appréciation et propositions

J'ai retenu en Avril 2018 les diagnostics ci-dessous :

- Lombalgies chroniques multifactorielles sur hernie médiane L4-L5 refoulant les racines L5 des deux côtés avec forte inflammation épidurale et signes de micro-instabilité segmentaire L4-L5 ainsi que troubles dégénératifs sacro-iliaques
- Cervicalgies sur discopathie L4-L5 droites et contractures musculaires cervicales avec inversion de la lordose physiologique
- Lupus tumidus (atteinte cutanée sans atteinte systémique ni marqueur biologique sanguin)
- Coxopathie dégénérative droite débutante
- Etat anxio-dépressif en suivi médical (Doctoresse L. _____)

- Douleurs épigastriques, status post éradication pour Helicobacter Pylori (2015)
- Tabagisme chronique
- Obésité (BMI : 31,1 en Juin 2017)
- Suivi gynécologique pour papillomavirus
- Status post épilepsie dans la petite enfance
- Status post opération du nez et adénoïdectomie.

Ces diagnostics sont toujours actifs actuellement mais la situation algique de la patiente s'est aggravée dans les suites de son accouchement, tant au niveau de l'intensité des douleurs que l'apparition de nouveaux sites algiques. L'anamnèse de rachialgies chroniques avec rythmicité inflammatoire, d'enthésite de l'ischion droit, d'insertionite achilléenne, l'activité ostéoblastique importante au niveau sacro-iliaque avec pontage, me font suspecter une éventuelle spondylarthropathie se surimposant à un terrain mécanique dégénératif. Compte tenu de l'inefficacité des corticoïdes, de la limitation digestive à la prise d'anti-inflammatoires, j'ai tenté d'aider Madame par l'instauration d'un traitement de Salazopyrine à posologie progressive, approche qui permet parfois de désactiver l'inflammation rachidienne.

Compte tenu des nouvelles plaintes de douleurs et paresthésies à type de fourmillements du membre supérieur droit et de la main droite, je pense que des investigations complémentaires sont nécessaires chez cette patiente connue pour une hernie discale cervicale. Il y a lieu d'évaluer également la présence d'un éventuel syndrome du canal carpien. Par ailleurs, compte tenu de la notion de lupus tumidus, l'exclusion d'une maladie de Lyme doit être considérée. Je n'en ai pas trouvé trace dans les éléments à ma disposition.

En conclusion, je pense que Madame T._____ présente une aggravation de son état de santé par rapport à 2018 avec une double problématique : somatique, discutée ci-dessus mais également psychique pour laquelle la patiente est suivie chez la Doctoresse L._____.

A l'heure actuelle, je pense que les limitations fonctionnelles se sont elles aussi accentuées chez Madame à savoir :

- Sur le plan des évictions rachidiennes : positions statiques maintenues (assise / debout) / absence d'alternance de position / mouvements rachidiens combinés en flexion / rotation
- Travail en flexion antérieure rachidienne, en postures non ergonomiques, en porte-à-faux
- Port de poids supérieur à cinq kilos
- Marche sur de longues distances sur terrain instable
- Manipulation fine des doigts
- Travail les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale
- Travail en zone basse
- Travail avec rendement sous stress.

Il m'apparaîtrait important qu'à la lumière de ces dernières données ainsi qu'en tenant compte de l'avis du médecin psychiatre de Madame, une réévaluation de la capacité professionnelle de la patiente puisse avoir lieu. A mon sens, actuellement, Madame

T._____ ne peut prétendre à un taux d'activité supérieur à trente pourcents." ;

- une attestation du 22 février 2022 de la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, certifiant que l'assurée était suivie à sa consultation depuis le 15 juin 2017 pour des problèmes de santé psychique en lien avec des symptômes rhumatologiques chroniques.

Ainsi dans la réplique, sur le plan médical, la recourante a soutenu présenter une capacité de travail résiduelle de 30 % dans toute activité adaptée, estimant les constatations et conclusions du rapport d'expertise G._____ obsolètes. Sur le plan économique, elle a indiqué présenter un taux d'invalidité de 80 % au moins, ce taux étant encore supérieur compte tenu de l'aggravation récente des limitations fonctionnelles. Elle en déduisait avoir le droit à une rente entière d'invalidité.

Dans sa duplique du 21 mars 2022, produisant un avis du 8 mars 2022 de la Dre A._____ du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a relevé que le rapport établi le 1^{er} février 2022 par la Dre N._____ n'apportait pas d'éléments médicaux objectivement vérifiables, rattachés à la période qui prévalait jusqu'à la prise de position litigieuse de son administration qui seraient susceptibles de modifier le résultat de cet examen quant à l'aptitude au travail de l'assurée.

Dans ses déterminations complémentaires du 25 avril 2022, la recourante a insisté sur l'aggravation de ses lombalgies, acutisées à la suite de son accouchement au début 2021 en s'assortissant fréquemment de lomboradiculalgies gauches subites ainsi que d'une sensation de raideur importante, avec de nouvelles limitations fonctionnelles mises en évidence par rapport à 2018, comme l'avait relevé la Dre N._____. Selon cette médecin, ces éléments expliquaient la diminution de la capacité de travail résiduelle de 50 % à 30 % intervenue depuis 2018. La recourante a précisé que l'absence de traitement s'expliquait par le fait que les traitements disponibles demeuraient sans effet sur ses douleurs ou n'étaient pas tolérés.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 31 août 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur 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.

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) 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).

d) 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).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

f) 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 2012 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).

g) 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 citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

4. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références ; TF 590/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.1).

5. a) L'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité, au motif que si la recourante présente dans son activité habituelle une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis décembre 2013 pour des raisons de santé, sa capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (*position statique assise ou debout prolongée supérieure à 20-30 minutes, mais qui vous permet au contraire l'alternance régulière de ses positions, position prolongée ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis dorsolombaire en flexion/extension/inclinaison/rotation du tronc, port répété de charges de plus de 5-7,5 kg, travail sur échelles ni escabeaux, travail en position agenouillée ou accroupie, travail répété ou prolongé avec les membres supérieurs en hauteur et utilisation d'engins émettant des ondes à basse fréquence*). Après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, le degré d'invalidité est de 6.16 %, ce qui exclut le droit à la rente. Cette décision se fonde sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du G._____ du 20 août 2020.

Pour sa part, la recourante conteste essentiellement le volet somatique (rhumatologique) de l'expertise et se prévaut d'une évolution de son état de santé (péjoration) depuis l'expertise, en se référant aux rapports de sa rhumatologue (la Dre N._____) pour justifier d'une capacité de travail de 50 %, réduite à 30 % depuis son accouchement au début 2021.

b) L'expertise pluridisciplinaire (de médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie) confiée au G._____ par l'OAI dans le premier semestre 2020 a retenu les diagnostics de lombosciatalgies chroniques, actuellement gauche, discrètement sensitivo-déficitaire, discopathie L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale médiane L4-L5, troubles dégénératifs de la sacro-iliaque gauche (M54.4), de cervicalgies chroniques, troubles dégénératifs (M54.2), de coxarthrose droite (janvier 2017) actuellement asymptomatique (M16.0) et de phobie spécifique isolée, claustrophobie (F40.2) justifiant des limitations fonctionnelles (*pas de position statique assise ou debout prolongée supérieure à 20-30*

minutes ; changement de position possible ; pas de position prolongée ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis dorsolombaire en flexion/extension/inclinaison/rotation du tronc ; pas de port itératif de charges > à 5-7,5 kg ; pas de travail sur échelles ni escabeaux ; pas de travail en position agenouillée ou accroupie ; pas de travail itératif ou prolongé avec les membres supérieurs en hauteur ; pas de travail avec des engins émettant des ondes à basse fréquence). Compte tenu des troubles rachidiens lombaires, les experts ont estimé la capacité de travail de l'assurée comme étant nulle dans l'activité habituelle de vendeuse depuis décembre 2013 mais de 100 %, sans perte de rendement, dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles.

aa) Sur le plan somatique, l'experte rhumatologue K. _____ a motivé ses diagnostics ainsi que l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail. Au moment d'apprécier la situation, sur le plan rhumatologique, l'experte a émis les considérations suivantes (expertise, volet rhumatologique, pp. 12 -14) :

"7. Évaluation médicale et médico-assurantielle

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Selon le rapport de la Dre [...], anesthésiste, centre de la douleur/ Clinique [...] du 15.08.2014, Madame T. _____ présente depuis 1 année des lombalgies basses en barre à prédominance droite avec irradiation principalement à la face postérieure du membre inférieur droit. Un radiculo-scanner du 30.07.2014 a conclu à une volumineuse hernie discale médiane en L4-L5 réalisant un canal étroit sans amputation des gaines radiculaires. Un traitement par physiothérapie est instauré, une infiltration périurale en L4-L5 gauche faite le 30.07.2014. Devant la persistance des douleurs lombosciatiques, une IRM de la colonne lombo-sacrée est refaite le 21.12.2015, laquelle objective la hernie discale médiane L4-L5 déjà connue. Les lombosacralgies à prédominance droite restent persistantes, des radiographies du bassin de la hanche droite (23.01.2017) et une IRM du rachis complet et des articulations sacro-iliaques (23.03.2017) sont faites, lesquelles objectivent une coxarthrose dégénérative débutante à droite, une discopathie dégénérative L4-L5 avec disc un trouble dégénératif sacro-iliaque et une inversion de la lordose physiologique cervicale. Une infiltration interépineuse L4-L5 et épидurale L4-L5 sont réalisées le 06.06.2017. Dans son rapport du 23.04.2018, la Dre N. _____, rhumatologue, retient comme diagnostics des lombalgies chroniques multifactorielles sur hernie discale médiane L4-L5 refoulant les

racines L5 des deux côtés avec forte inflammation épидurale et signes de micro-instabilité segmentaire L4-L5, des troubles dégénératifs sacro-iliaques ; des cervicalgies sur discopathie C4-C5 et troubles statiques sous forme d'une inversion de la lordose cervicale physiologique ; une coxo-pathie dégénérative droite débutante. Compte tenu de la rythmicité quelque peu inflammatoire des lombopalgies, la situation a été réévaluée par une IRM du rachis complet et des sacro-iliaques qui ne met en évidence aucun élément en faveur d'une atteinte rhumatologique inflammatoire. Par ailleurs, l'HLA-B27 est négatif. Les infiltrations faites n'ont pas apporté d'amélioration selon Madame T._____. En conclusion, au vu des investigations il n'y a pas d'argument en faveur d'une spondylarthropathie inflammatoire. En ce qui concerne la capacité de travail, la rhumatologue estime que l'activité exercée ne lui paraît plus exigible.

En revanche, une activité adaptée pourrait être exercée à 50%. Une IRM lombo-sacrée est nouvellement réalisée le 14.05.2019 qui démontre une discopathie L4-L5 avec une augmentation d'importance de la micro-instabilité de type Modic I, le débord discal entrant en contact de manière superposable à l'examen comparatif au niveau des racines S1 à droite. Discrète poussée congestive des articulations interapophysaires postérieures. Madame T._____ consulte en août 2019 le Dr S._____, chirurgien orthopédique [qui] ne retient pas d'indication chirurgicale. En effet il n'est pas certain que la déchirure annulaire postérieure sur la hernie discale L4-L5 plus en contact avec la racine droite que la racine gauche soit la source des douleurs. Madame T._____ présentant une certaine dysbalance musculaire avec une rupture du rythme lombo-pelvien, il propose de l'adresser en médecine physique et réadaptation, éventuellement chiropraxie pour faire des manipulations. Des infiltrations facettaires pourraient également être bénéfiques. Dans son rapport du 02.12.2019, le Dr R._____, médecine physique et réadaptation, retient également le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques dans le cadre de troubles dégénératifs lombaire avec hernie discale L4-L5 et dysbalance musculaire. Il retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Des infiltrations sont faites en mai/juin/septembre et octobre 2019 par le Dr [...] /Institut Suisse de [...].

Par ailleurs Madame T._____ ayant présenté un œdème érythémateux du visage en juin 2015 prédominant sur la joue à droite suite à une exposition solaire, et présentant depuis juillet 2015 des plaques sur le décolleté est consultée d'abord par le Dr P._____, dermatologue, lequel l'adresse à la Dre [...], spécialiste en allergie et immunologie. Le diagnostic retenu est un lupus tumidus sans atteinte systémique (les examens immunologiques sont tous négatifs).

Madame T._____ ayant développé dès l'été 2016 des cervicalgies avec irradiation algique dans le membre supérieur droit, une IRM de la colonne cervicale est réalisée le 14.06.2016, laquelle objective une hernie discale cervicale postéro-latérale droite en C4-C5, compressive sur la racine C4 homolatérale. Dans son rapport du 01.07.2016, le Dr [...], neurologue, relève qu'il n'a aucun argument pour une souffrance tronculaire périphérique, notamment pour le tronc médian, au passage du poignet droit, ne met en évidence aucun déficit. Une IRM cervicale du 23.03.2017 objective l'absence

de hernie discale, de conflit disco radiculaire et l'absence d'une micro-instabilité segmentaire. Un traitement conservateur associant des mesures médicamenteuses à des mesures physiques a permis de résoudre la symptomatologie, dont Madame T. _____ ne se plaint plus du tout aujourd'hui. Comme elle l'a dit spontanément « actuellement, c'est aux oubliettes ».

Sur le plan asséculoologique

Demande de prestations AI du 06.07.2017. Incapacité de travail : 100% depuis 12.2013. Au bénéfice de l'aide sociale. Chômage de 2013 à 2015. Profession apprise : formation élémentaire de 1997 à 1999 de vendeuse. Atteinte à la santé : lupus diagnostiqué il y a 3 ans ; hernies depuis 4 ans ; arthrose à la hanche droite depuis quelques mois.

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

Les plaintes de Madame T. _____ sont restées identiques à celles rapportées dans l'évolution ci-dessus, à savoir des lombosciatalgies gauches, ceci malgré tous les traitements instaurés par mesures médicamenteuses, mesures physiques (physiothérapie, chiropractie) et interventionnelles (infiltrations/blocs facettaires). Les plaintes sont de type mécanique. Il n'y a pas d'anamnèse, ni de clinique, ni d'image radiologique en faveur d'une affection rhumatismale inflammatoire de type spondylarthropathie. Le statut rachidien et lombaire en particulier est globalement dans les limites de la norme, hormis un discret trouble statique, sans contracture musculaire para-dorsolombaire, avec une mobilité dorsolombaire conservée. Dysbalance musculaire marquée. Le status neurologique n'objective pas de déficit moteur, mais une hyposensibilité de type L5 douteuse à gauche. L'iconographie radiologique a objectivé une discopathie L4-L5 avec une hernie discale médiane L4-L5 refoulant les racines L5 des deux côtés, des signes de micro-instabilité segmentaire L4-L5 et des troubles dégénératifs sacro-iliaques. Il y a donc une concordance entre les plaintes cliniques et les images radiologiques. Cliniquement, la situation est beaucoup plus favorable.

Par ailleurs, Madame T. _____ présente des cervicalgies chroniques, actuellement asymptomatiques. Alors que l'IRM cervicale du 14.06.2016 objectivait une hernie discale cervicale postéro-latérale droite en C4-C5 compressive sur la racine C4 homolatérale, l'IRM cervicale du 23.03.2017 objective l'absence de hernie discale, de conflit disco radiculaire.

Il est encore à relever qu'actuellement Madame T. _____ ne se plaint pas des hanches, de sa hanche droite en particulier. Des radiographies du 23.01.2017 avaient objectivé une coxarthrose dégénérative débutante à droite. Lors de l'examen clinique cependant sont rapportées des douleurs lors de la mobilisation en rotations des hanches, ce qui laisse supposer une possible coxarthrose bilatérale asymptomatique actuellement.

En ce qui concerne les fourmillements nocturnes dans les mains des deux côtés, nous n'avons pas retrouvé de signe clinique en faveur

d'un tunnel carpien bilatéral comme pouvait le suggérer l'anamnèse. Le cas échéant, une investigation neuro-électrophysiologique pourrait être faite. Ce dernier diagnostic n'a pas d'effet incapacitant à long terme.

En conclusion, vu les lésions concernant tant la colonne cervicale et surtout la colonne lombaire, on peut admettre une incapacité de travail dans l'ancienne activité de vendeuse, activité physique qui comporte des ports de charges, de nombreuses positions statiques, de nombreux déplacements, la nécessité d'effectuer des mouvements contraignants pour le rachis, ceci depuis son arrêt de travail en décembre 2013 (à contrôler encore l'exactitude de cet arrêt de travail), un radiculo-scanner du 30.07.2014 ayant objectivé en L4-L5 une volumineuse hernie discale médiane entraînant un canal lombaire étroit. Depuis cet arrêt de travail cependant une capacité de travail dans une activité adaptée était possible, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position statique assise ou debout prolongée supérieure à 20-30 minutes ; changements de position possibles ; pas de position prolongée ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis dorsolombaire en flexion/extension/inclinaison/rotation du tronc ; pas de port itératif de charges > à 5-7,5 Kg ; pas de travail sur échelle ni escabeau ; pas de travail en position agenouillée ou accroupie ; pas de travail itératif ou prolongé avec les membres supérieurs en hauteur ; pas de travail avec des engins émettant des ondes à basse fréquence.

Madame T. _____ est compliant aux traitements.

Des mesures de réadaptation sont possibles sur le plan ostéoarticulaire.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

La cohérence et la plausibilité sont conservées comme relevé ci-dessus. Néanmoins, il nous apparaît que l'intensité des plaintes et l'impotence fonctionnelle qui en découle rapportées par l'expertisée sont exagérées par rapport aux constatations cliniques.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Madame T. _____, sur le plan ostéoarticulaire, conserve les capacités et les ressources pour exercer les activités de la vie quotidienne et exercer une activité professionnelle. Hormis les travaux lourds dans le ménage, tels que le nettoyage des vitres, le port de charges lourdes, les autres activités, y compris le nettoyage des sols, le passage de l'aspirateur, s'occuper complètement soi-même de la lessive, nous paraissent possibles, d'autant plus que l'expertisée est seule à la maison."

Dans la mesure où les plaintes de la recourante telles qu'exposées à l'experte rhumatologue sont pour l'essentiel superposables à celles relayées par la Dre N. _____ dans son rapport du 1^{er} février 2022, il ne paraît pas que la situation se soit aggravée depuis l'expertise s'agissant des lombalgies.

En ce qui concerne les paresthésies des membres supérieurs droits, elles sont également décrites à l'experte et la Dre N._____ n'objective pas la diminution de force de la main droite ; elle ne fait que rapporter une sensation (paresthésies à type de fourmillements) alléguée par la patiente mais ne procède à aucun des tests usuels de mesure pratiqués en la matière (dynamomètre de main hydraulique JAMAR®, etc.), ni n'investigue le syndrome du tunnel carpien, au demeurant qualifié d'éventuel. La scintigraphie osseuse couplée à un spect-CT le 8 octobre 2021 ne fait que confirmer l'existence des troubles dégénératifs des cervicales déjà retenus par l'experte. Certes à la date de l'expertise, l'atteinte cervicale n'était pas douloureuse et il n'existait pas de contraction musculaire, au contraire de ce qui est constaté en juin 2021. Cependant, l'experte a retenu les cervicalgies chroniques et même si elles n'étaient pas symptomatiques lors de l'expertise, elle les a corrélées à l'incapacité de travail dans l'activité de vendeuse depuis décembre 2013 ainsi qu'aux limitations fonctionnelles retenues.

S'agissant de la spondylarthropathie, la médecin traitant ne l'avait pas retenue par le passé (cf. rapport du 24 avril 2018 de la Dre N._____) et n'indique pas avoir procédé à de nouvelles investigations médicales pour confirmer ou infirmer ce diagnostic exprimé au stade du soupçon dans le rapport précité et exclu par l'experte (expertise, volet rhumatologique, p. 12). A cela s'ajoute qu'aux termes de son rapport de consultation du 27 août 2020, la Dre I._____ a retenu des lombalgies chroniques non spécifiques en précisant qu'il « n'y a pas d'argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie ».

Quant aux limitations fonctionnelles, elles n'ont pas évolué entre les consultations du 26 septembre 2017 et du 28 juin 2021, correspondant pour l'essentiel à celles retenues par l'experte, bien que parfois formulées différemment. Les différences en la matière ont trait uniquement aux restrictions suivantes listées par le médecin traitant, à savoir la marche sur de longues distances et sur terrain instable qui demeure sans incidence car n'impactant que très peu d'activités

professionnelles, la manipulation fine des doigts non objectivée par des examens médicaux, ainsi que le travail avec rendement sous stress dont l'appréciation du facteur stress relève de l'évaluation psychiatrique.

Enfin, il est à noter que l'aggravation des douleurs dont le médecin traitant se fait l'écho dans son rapport de février 2022 n'a toutefois donné lieu à aucune procédure infiltrative récente (en l'absence d'effet) ni à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ([AINS] en raison de problèmes digestifs gastriques). La recourante ne reçoit par conséquent aucun traitement pour ses douleurs.

En résumé, le rapport du 1^{er} février 2022 de la Dre N._____, pour autant qu'il décrive la situation médicale antérieure à la décision attaquée, ne révèle pas d'éléments qui auraient été omis ou faussement appréciés par l'experte rhumatologue du G._____, et l'évaluation de la capacité de travail par l'experte doit être privilégiée compte tenu du fait que la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui lient le médecin traitant à son patient le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique (cf. consid. 3g supra). Il incombera cas échéant à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en fonction des conclusions des autres examens qu'auraient ordonnés la Dre N._____ depuis le 31 août 2021 (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; 117 V 287 consid. 4 et les références citées).

bb) Pour conférer pleine valeur probante au rapport d'expertise du 20 août 2020 de G._____, il reste à s'assurer que l'expert psychiatre D._____ a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de la recourante à la lumière de la jurisprudence applicable en la matière (cf. consid. 3c supra).

Sur le plan psychiatrique, l'expert ne retient aucun diagnostic incapacitant mais uniquement celui de phobie spécifique isolée, F40.2, claustrophobie, sans incidence. Ainsi, a-t-il notamment retenu ce qui suit (expertise, volet psychiatrique, p. 26) :

“7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

L'expertisée est née au Portugal où elle a vécu jusqu'à l'âge de 12 ans. Son enfance s'est déroulée sans difficulté.

Elle est venue en Suisse avec ses parents. Elle y a fait un apprentissage de vendeuse. Elle a travaillé dans ce métier jusqu'à l'âge de 32 ans. Elle a dû arrêter à cause de ses douleurs.

Elle est séparée, n'a pas d'enfant. Actuellement elle a un ami. Elle dit souffrir de claustrophobie, mais nous n'avons constaté aucun syndrome neurovégétatif pendant l'entretien. Elle n'a pas de maladie psychiatrique ni aucun trouble de la personnalité. Elle a des ressources psychologiques et des mécanismes adaptatifs qu'elle a pu mettre en exergue tout au long de sa vie.

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

Elle a été suivie par un psychiatre pendant 4 ans, de l'âge de 30 à 34 ans, à raison d'une fois par semaine. Il n'y a toutefois eu aucune médication psychotrope. Depuis 4 ans, elle est traitée par hypnothérapie chez une psychologue à raison d'une fois par semaine, toujours sans traitement psychotrope (elle ne prend qu'un quart de Lexotanil, et ce de façon très irrégulière).

Nous n'avons donc pas jugé nécessaire de faire un dosage plasmatique.

Il n'y a aucune contre-indication du point de vue psychiatrique à ce que Madame T._____ suive une mesure de réadaptation si celle-ci devait être indiquée.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Aucune plainte du point de vue psychologique. Madame T._____ n'a que des plaintes légères en raison de ses douleurs.

Considérant ses activités journalières et selon nos propres constatations faites pendant l'entretien, il n'y a aucune atteinte psychiatrique à caractère incapacitant.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Madame est capable de s'adapter à des règles de routine, elle sait planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité, elle est capable de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Elle est capable de changement et apte à prendre des décisions, possède du discernement, est capable d'initiative et d'activité spontanée. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation, établir le contact avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin d'elle-même et à subvenir à ses

besoins, elle a toutefois besoin d'une aide pour faire son ménage à cause de ses douleurs. Elle a les moyens de se déplacer, mais elle ne prend ni le bus ni le métro en raison de sa claustrophobie. Sa capacité de résistance et d'endurance n'est pas altérée du point de vue psychiatrique."

Aussi, en l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 n'a pas à être effectuée (TF 9C_176/2018 du 16 août 2018, consid. 3.2.2).

Au demeurant, la médecin traitant (la Dre L._____) a attesté le 20 novembre 2017 l'absence de diagnostic incapacitant sur ce plan, et la recourante n'a émis aucune plainte de ce registre auprès de l'experte. Quant à l'attestation du 22 février 2022 signée par la Dre B._____, elle ne mentionne ni diagnostic, ni incapacité de travail.

c) Les experts du G._____ ont dûment motivé leurs diagnostics et conclusions et, s'en tenant à leur rôle d'experts, ont distingué les éléments subjectifs, basés sur les plaintes exprimées, et leurs propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail de la recourante. En l'absence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par les experts, en présence d'un rapport qui se fonde sur des examens complets, une étude circonstanciée, a été établi en pleine connaissance du dossier, et dont les conclusions sont claires et dénuées de contradiction, il y a lieu de retenir, avec les experts, que si la capacité de travail de la recourante est nulle dans son activité habituelle de vendeuse, pas conforme aux limitations fonctionnelles, elle est cependant entière dans une activité adaptée auxdites limitations sans baisse de rendement.

d) Le dossier est complet, permettant à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

6. Il s'agit de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

a) aa) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

bb) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 25 et n. 33 *ad* art. 16).

cc) 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). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408

consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

Depuis la dixième édition de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession (TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (TF 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 ; TF 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3).

dd) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

b) En l'occurrence, l'office intimé a comparé un revenu sans invalidité de 55'356 fr. 75 avec un revenu d'invalidité de 51'947 fr. 15 (tenant compte d'un abattement de 5 %), fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, pour aboutir à un degré d'invalidité de 6.16 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Dans ses écritures, la recourante oppose ses propres calculs à ceux effectués par l'OAI.

S'agissant du revenu sans invalidité, elle fait valoir qu'il devrait être établi sur la base d'un revenu mensuel de 4'613 fr. versé douze fois par an, avec la précision que dans sa dernière activité de vendeuse, elle bénéficiait d'un treizième salaire, qui devrait être pris en compte également. En incluant l'évolution des salaires dans la branche de la vente, elle soutient que le revenu sans invalidité serait de 60'000 fr. au minimum par année.

En ce qui concerne le revenu d'invalidité, elle est d'avis que le montant retenu par l'OAI est illusoire et ne correspond pas à la réalité ; à ses yeux, il conviendrait de retenir un abattement de 15 % sur le salaire statistique compte tenu de ses limitations fonctionnelles, qui induisent une diminution de rendement. Sur la base d'un taux d'activité de 30 %, le revenu d'invalidité serait de 11'998 fr. 26. Après comparaison des revenus, il résulterait une perte économique de 48'001 fr. 74 qui correspondrait à un taux d'invalidité de 80 % au minimum.

aa) En l'occurrence, la recourante a principalement travaillé dans le domaine de la vente (certificat fédéral de capacité [CFC] d'employée de magasin [sports et chaussures] délivré le [...]) en dernier lieu auprès de H. _____ [...] (cf. extrait du 21 septembre 2017 du compte individuel [CI] AVS de l'assurée ; attestation du 23 avril 2014 de H. _____ [...]). Ce dernier emploi a toutefois été de très courte durée (du 3 mars au 23 avril 2014, soit moins de deux mois). Il ne peut dès lors être tenu compte du salaire de l'intéressée chez H. _____ [...] pour fixer le revenu sans invalidité. Le spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI a dès lors retenu, à juste titre, le salaire statistique issu de domaine de compétence de la recourante (TA1 2018 niveau de compétences 1 domaine 47 commerce de détail) pour fixer le revenu sans invalidité.

bb) Quant au revenu avec invalidité, en ce qui concerne l'abattement sur le salaire statistique, le taux de 5 % retenu pour les limitations fonctionnelles tient suffisamment compte des circonstances du cas particulier. Contrairement à ce que soutient la recourante, elle présente une capacité de travail entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sans baisse de rendement (cf. consid. 5c supra).

c) Dès lors, en comparant le revenu sans invalidité de 55'356 fr. 75 avec le revenu d'invalidité de 51'947 fr. 15 (montant qui intègre un abattement de 5 %), il en résulte un degré d'invalidité de 6.16 %, arrondi à 6 % (cf. ATF 130 V 121) qui, inférieur à 40 %, n'ouvre pas le droit à la rente.

7. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée 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. 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.

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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 31 août 2021 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 T._____.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Pascal Martin (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :