

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 septembre 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Me Caroline Schlunke,
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1, 14a, 15 ss et
28 al. 1 LAI**

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère de deux enfants nés en [...] et [...], titulaire de doctorats en économie politique et en philosophie, a travaillé comme chercheuse auprès de l'[...] en 2016 et 2017.

Le 22 juillet 2019, 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) en faisant état d'une piqûre de tique - neuroborréliose diagnostiquée en mars 2017. Elle a précisé être suivie par le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, en raison de douleurs et de fatigue depuis 2016. Elle a également indiqué avoir travaillé à 50 % du 25 février au 25 juin 2018 pour l'[...] et être aussi mère au foyer.

Le 10 septembre 2019, l'OAI s'est fait remettre le dossier d'[...] Société d'Assurances SA, assureur perte de gain en cas d'accident de l'employeur de l'assurée, lequel contenait en particulier les pièces suivantes :

- Un rapport du 16 août 2016 de la Dre G._____, spécialiste en neurologie, retenant les diagnostics de discret syndrome du canal carpien droit et discrète neuropathie cubitale droite au coude non déficitaire, de probable syndrome des jambes sans repos dans le cadre d'une carence en fer, d'hypothyroïdisme sur maladie de la Hashimoto substituée depuis 2000, de strabisme opéré et d'intolérance au glucose, au maïs, aux opiacés, à l'oméprazole ;

- Un certificat médical initial - LAA du 24 avril 2017 du Dr Z._____, médecin-traitant de l'assurée, dans lequel il a posé les diagnostics de maladie de Lyme secondaire avec polyalgoparesthésie de quatre membres, Hashimoto, carence en fer et réaction allergique au Ferinject ;

- Un rapport établi le 31 janvier 2017 par la Dre G. _____ retenant les diagnostics de troubles somatoformes douloureux probables, de carence en fer, d'hypothyroïdisme sur maladie de la Hashimoto substituée depuis 2000, de strabisme opéré et d'intolérance au glucose, au maïs, aux opiacés, à l'oméprazole et réaction allergique au Ferinject ;

- Des rapports intermédiaires du Dr Z. _____ des 24 juillet et fin août 2017, 12 janvier et 14 juin 2018 ainsi que des 6 mai et 10 juin 2019 retenant une maladie de Lyme ;

- Une appréciation médicale du 12 septembre 2017 du médecin-conseil de l'assurance perte de gain selon lequel une augmentation de la capacité de travail était à espérer dans les quatre à six semaines ;

- Un rapport de la Dre N. _____, spécialiste en médecine interne générale, du 23 novembre 2017 confirmant la borréliose tardive, ainsi que des rapports des 27 avril et 3 décembre 2018 et 1^{er} avril 2019.

Par communication du 10 septembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce.

Dans un rapport UE/AELE du 10 septembre 2019, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics de borréliose tardive et de possible maladie de Ehlers-Danlos. Il a indiqué un épuisement dans toutes les activités de la vie quotidienne (ne peut pas conduire plus que quelques minutes, ne fait pas les courses à cause du bruit, plus de vie sociale, plus de tâches ménagères, plus de jardinage, ni de vacances) ainsi que des gonalgies et algoparesthésies limitantes. Il a relevé une altération de la fonction cérébrale secondaire et une déficience de la mémoire avec des difficultés à mémoriser et des troubles de la concentration.

Selon le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 15 octobre 2019, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle

travaillerait depuis 2013 au taux de 100 % comme chercheuse en [...] par intérêt personnel. A la question de savoir si son taux d'activité n'était pas de 100 %, à quelles activités elle consacrerait le pourcentage non-travaillé, l'assurée a répondu « garde de mes enfants », avec en plus une participation à l'entreprise de son mari à raison de deux heures par semaine dans la traduction.

Il ressort du questionnaire rempli par l'[...] le 17 octobre 2019 que l'assurée travaillait à 100 % et que son contrat, qui avait duré du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017, était arrivé à la fin de la durée maximale prévue.

Pour faire suite à une demande de l'OAI du 16 janvier 2020, l'assureur perte de gain lui a transmis le dossier en sa possession, dont notamment un rapport du 17 février 2020 dans lequel le Dr J._____, spécialiste en maladies infectieuses, a écarté une maladie de Lyme en raison de la sérologie négative et a indiqué qu'une inhibition de la séroconversion par une antibiothérapie précoce n'était pas plausible étant donné le délai prolongé et le premier traitement antibiotique. Il a émis la probabilité d'être face à un trouble somatoforme et a proposé qu'un nouvel avis soit demandé auprès d'un rhumatologue, d'un neurologue et d'un psychiatre.

Par décision du 25 mai 2020, l'assureur-accident a informé l'assurée qu'il mettait fin au versement des prestations dès le 28 février 2020 dès lors que son état de santé relevait de la maladie et non d'un accident et qu'il renonçait au remboursement des prestations déjà versées.

Par rapport du 17 juin 2020 adressé à l'OAI, le Dr Z._____ a posé les diagnostics d'asthénie et polyarthralgies avec une possible maladie de Ehlers-Danlos. Il a indiqué que l'état de santé était stationnaire et que la capacité de travail était de 30 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Après avoir régulièrement attesté des incapacités de travail à différents taux, le Dr Z._____ a, dès le 11 janvier 2020, attesté une incapacité de travail de 70 %.

En réponse aux questions du Service médical régional (ci-après : SMR), le Dr Z._____ a, dans un rapport du 19 mars 2021, indiqué qu'il n'y avait pas d'évolution significative de l'état de santé de l'assurée, que les limitations fonctionnelles restaient inchangées, que la maladie de Lyme était écartée, qu'un syndrome d'Ehler-Danlos n'expliquait pas toutes les plaintes de sa patiente, que cette dernière n'avait pas de prise en charge psychologique, n'en ressentant pas le besoin et que l'incapacité de travail de 70 % était estimée par l'assurée en fonction de sa faible concentration et de sa fatigabilité accrue. Il a précisé avoir tenté sans succès un traitement antidépresseur pour diminuer le trouble somatoforme douloureux.

Dans un rapport du 6 avril 2021 adressé à l'OAI, la Dre K._____, spécialiste en neurologie, a indiqué voir l'assurée tous les 3-4 mois depuis le mois de septembre 2019. Elle a retenu le diagnostic d'intolérance au lactose primaire et a exclu une neuroborréliose basée sur une ponction lombaire. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, ni sur les limitations fonctionnelles, elle a indiqué que le pronostic sur le potentiel de réadaptation était favorable.

Dans son avis du 28 avril 2021, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant la médecine interne, la rhumatologie et la psychiatrie et éventuellement la neurologie si les experts le jugeaient nécessaire. L'OAI a dès lors entamé la procédure en vue de la désignation d'un centre d'expertise. Le mandat d'expertise a ainsi été confié au Centre C._____, respectivement aux Drs S._____, médecin praticien, B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et W._____, spécialiste en rhumatologie.

Les experts du Centre C._____ ont vu l'assurée les 8 et 16 septembre 2021 puis ont déposé un rapport d'évaluation consensuelle le

11 novembre 2021, comprenant une évaluation consensuelle (faite après une conférence du 8 octobre 2021), trois expertises spécialisées et une synthèse du dossier. Selon l'évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), de douleurs diffuses avec asthénie et troubles de la concentration dont l'origine n'était pas rhumatologique, d'hyperlaxité articulaire, d'intolérance au gluten (T78) et de colopathie fonctionnelle (K63.9). Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : un travail répétitif, sans prise de décision immédiate et sans traitement simultané d'informations multiples. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 % jusqu'à septembre 2020, date anamnétique de l'apparition du trouble anxieux et dépressif mixte puis de 50 %. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % depuis toujours. Selon les experts, les motivations de l'incapacité de travail étaient uniquement d'ordre psychiatrique et un suivi psychiatrique, ainsi qu'un traitement antidépresseur étaient fortement souhaitables. En cas d'efficacité du traitement, ils ont indiqué qu'une amélioration de la fatigue et des troubles cognitifs pouvait être attendue dans les quatre à huit semaines.

Dans un avis du 7 décembre 2021, le Dr F._____, médecin praticien au SMR, a préconisé que l'expert psychiatre soit réinterrogé au vu de l'existence de certains points imprécis, notamment pour savoir pourquoi le mois de septembre 2020 avait été retenu comme date d'apparition du trouble anxieux et dépressif mixte et du trouble somatoforme douloureux persistant et pourquoi une pleine capacité de travail avait été attestée dans une activité adaptée.

Dans un complément du 29 décembre 2021, l'expert B._____ a expliqué que le syndrome douloureux somatoforme existait probablement depuis décembre 2015 mais qu'il avait pu être surmonté jusqu'en 2020 lorsque le trouble anxieux et dépressif mixte s'y était ajouté. Aussi, le syndrome douloureux somatoforme était devenu incapacitant du moment où il y avait eu une apparition du trouble anxieux et dépressif mixte en septembre 2020. Selon lui, si les problèmes venaient

essentiellement d'une difficulté d'adaptation à des informations nouvelles, d'une fatigue, d'un manque de persévérance et d'un manque de confiance en soi, cet état était cependant transitoire, ces éléments n'étant pas des traits de personnalité et n'étant pas fixés dans le temps. Dans l'ensemble, il s'agissait d'un fonctionnement global diminué mais qui pouvait permettre à l'assurée de fonctionner normalement dans une journée déterminée, préparée et stéréotypée. Si les capacités et les ressources étaient diminuées, il existait un potentiel important lui permettant de surmonter ses difficultés.

Dans un avis du 13 janvier 2022, le Dr F. _____ du SMR a considéré qu'après complément d'information, les conclusions des experts étaient convaincantes et a conclu que le début de l'atteinte à la santé (LM) était le mois de septembre 2020, que les limitations fonctionnelles étaient de favoriser le travail répétitif sans prise de décision immédiate et sans traitement simultané d'informations multiples, que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 % depuis septembre 2020 et de 100 % dans une activité adaptée depuis toujours.

L'OAI a ensuite procédé à un examen REA et a entendu l'assurée le 15 mars 2022. Dans son rapport du 21 mars 2022, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a noté que durant l'entretien, il n'était pas possible pour l'assurée d'envisager de participer à une quelconque mesure (MR) ou de prendre les transports publics. De plus, l'assurée contestait les conclusions des différentes expertises (LAA et OAI) ainsi que l'appréciation de sa capacité de travail dans une activité adaptée. A ce stade, l'assurée semblait d'avis de renoncer à bénéficier de mesures de REA pour consacrer le peu d'énergie lui restant à ses enfants et sa famille. Afin de lui laisser le temps de la réflexion et de lui faire prendre connaissance du rapport d'expertise, il a été convenu d'envoyer ce rapport à son médecin-traitant pour qu'elle puisse en discuter avec lui et qu'elle puisse se positionner sur la participation à une éventuelle mesure.

Il ressort d'une notice téléphonique du 25 mai 2022 entre la spécialiste en réinsertion professionnelle et l'assurée que cette dernière confirmait renoncer à toute mesure REA, ne se sentant pas capable de suivre une telle mesure et que sa santé était trop précaire pour tenter quoi que ce soit.

Dans un rapport final du 13 juin 2022, la spécialiste en réinsertion professionnelle a considéré qu'aucune mesure simple et adéquate n'était susceptible de réduire le préjudice économique de l'assurée déjà particulièrement formée et qu'il fallait fermer le mandat.

Le 24 juin 2022, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée prévoyant de refuser les mesures professionnelles et la rente d'invalidité. En se référant au rapport final du 13 juin 2022, il a tenu compte d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès septembre 2020. Compte tenu de la durée limitée du mandat de l'assurée auprès de son ancien employeur, l'OAI s'est référé aux données salariales statistiques tant pour le revenu de valide que d'invalides. Il a calculé que le préjudice économique était de 30.19 %, c'est-à-dire inférieur au taux donnant droit à une rente d'invalidité. Quant aux mesures professionnelles, il a exposé qu'elles ne pouvaient être octroyées dès lors que l'assurée ne s'estimait pas capable de mettre en valeur une capacité de travail en raison de ses problèmes de santé et que même une mesure simple et adéquate ne saurait réduire le préjudice économique du fait des formations de l'assurée.

Désormais représentée par Inclusion Handicap, l'assurée a fait part de ses objections le 26 août 2022 sur le projet de décision précité. Elle a fait valoir que le rapport d'expertise du Centre C._____ était insatisfaisant et que la capacité de travail et de gain devait faire l'objet d'un examen plus rigoureux et approfondi. Elle a également exposé avoir prochainement rendez-vous avec un psychiatre et que ses conclusions seraient transmises dès que possible.

Par avis du 22 septembre 2022, le Dr F._____ du SMR a conclu qu'il n'y avait pas d'argument à même de modifier les conclusions notées dans le rapport SMR du 13 janvier 2022 et a confirmé la valeur probante des conclusions des experts du Centre C._____.

Par décision du 13 octobre 2022 confirmant son projet du 24 juin 2022, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Dans un courrier séparé du même jour, il a pris position sur les objections de l'assurée.

B. Par acte du 15 novembre 2022, P._____, représentée par Inclusion Handicap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a également requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Elle a fait valoir pour l'essentiel une violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation ainsi qu'une constatation inexacte et incomplète des faits dès lors que l'intimé avait retenu comme probante et convaincante l'expertise du Centre C._____ alors qu'elle ne retenait aucune atteinte psychiatrique incapacitante dans une activité adaptée, ni aucune baisse de rendement et qu'elle fixait le revenu d'invalidité sur la base des ESS, niveau 2, branche 69-75, sans abattement.

Dans sa réponse du 22 décembre 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours en rappelant que bien que le seuil à partir duquel un droit au reclassement dans une nouvelle profession était atteint, la recourante ne se sentait pas « en mesure de mettre en valeur une capacité de travail en raison de ses problèmes de santé ».

Répliquant le 6 mars 2023, la recourante a informé être toujours dans l'attente de recevoir un rapport médical de la part de son psychiatre traitant d'ici au mois d'avril 2023 et a également transmis une attestation du 21 février 2023 selon laquelle elle serait d'accord, bien qu'il

soit difficile de se projeter dans l'avenir, de se soumettre à des mesures socioprofessionnelles ainsi qu'à des mesures d'occupation, d'accoutumance au processus de travail, de stimulation de la motivation, de stabilisation de la personnalité et de sociabilisation de base en vue d'améliorer la capacité de travail dans la mesure de ses possibilités.

Par duplique du 4 avril 2023 l'intimé a relevé que dans la mesure où une pièce médicale était attendue, la question de l'exigibilité médicale n'était pas définitivement réglée et que, partant, il était dans l'impossibilité de proposer quoi que ce soit à la recourante en matière de réadaptation, aucune stratégie ou prestataire ne pouvant être défini.

Par déterminations spontanées du 10 août 2023, la recourante a transmis à la Cour de céans un rapport du Centre [...] du 30 juin 2023 et un bilan ergothérapeutique du même jour.

À ce jour, aucun rapport médical du psychiatre traitant n'a été versé au dossier.

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 requérante à une rente d'invalidité, eu égard à l'appréciation de son état de santé, partant d'une éventuelle capacité de travail résiduelle et de la détermination de son taux d'invalidité.

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

b) En l'espèce, si la décision attaquée date du 13 octobre 2022, l'état de fait s'est principalement déroulé entre 2017 et décembre 2021, à savoir antérieurement à la modification législative, tout comme l'ouverture d'un éventuel droit à la rente. Il convient dès lors d'appliquer l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

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

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

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

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) 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).

d) De 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. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue

(ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

e) aa) 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).

bb) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être

mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. Dans le cas d'espèce, l'intimé a fondé son refus de prestations sur l'avis des experts du Centre C. _____ du 11 novembre 2021 et le complément de l'expert psychiatre du 29 décembre 2021. Dans le cadre de leur analyse, ces experts ont retenu que la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle était de 100 % jusqu'en septembre 2020, puis de 50 %. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail avait toujours été entière.

De son côté, la recourante a contesté que le rapport d'expertise puisse se voir reconnaître une valeur probante. D'une part, elle a fait valoir que l'expert psychiatre, puis le SMR, s'étaient fondés sur l'ancienne jurisprudence selon laquelle des efforts raisonnables pouvaient être attendus de sa part pour surmonter sa douleur sans examiner les indicateurs dégagés par la jurisprudence et, d'autre part, elle a argué du fait que l'expertise psychiatrique n'était pas suffisamment motivée quant à la question de la capacité de travail. Elle a également reproché aux experts de n'avoir retenu aucune limitation ou baisse de rendement par rapport au trouble somatoforme douloureux, ce qui serait dès lors incohérent avec le fait de retenir ce trouble comme étant invalidant. Selon elle, une incapacité de travail d'au moins 70 % devait être retenue.

a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 11 novembre 2021 et son complément du 29 décembre 2021 satisfont aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur de tels documents. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré la recourante et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus du 8 octobre 2021 en présence de tous les experts qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel ils ont consensuellement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical de la recourante, lequel a été intégralement examiné et complété par des analyses sanguines, dont ils ont joint les résultats à leur rapport. Chaque expertise spécialisée reprend la même structure et contient en premier lieu une anamnèse étendue établie par l'expert sur la base de son entretien avec la recourante qu'ils ont notamment interrogée sur ses traitements, habitudes de vie et déroulement d'une journée habituelle (ch. 3). Ils ont ensuite protocolé les constatations faites à l'occasion de leur examen respectif (ch. 4) et posé leurs diagnostics (ch. 6). Ils ont donné leur évaluation de la situation médicale et médicale-assurantielle, incluant une évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi qu'une appréciation des capacités, des ressources et des difficultés de la recourante (ch. 7) avant de

répondre aux questions du mandant (ch. 8). On relèvera encore ici que les experts ont retenu un statut d'active à 100 %, suivi par l'intimé, qui peut en l'espèce être validé dès lors que la recourante elle-même a indiqué qu'à défaut d'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % (cf. formule de détermination de statut du 15 octobre 2019), ce qui est par ailleurs confirmé par son ancien employeur (cf. questionnaire du 17 octobre 2019).

b) Sur le plan somatique, l'expert de médecine interne a posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'intolérance au gluten (T78.1), de myopie (H52.1) et de colopathie fonctionnelle (K63.9). Quant à l'expert rhumatologue, il a retenu les diagnostics de douleurs diffuses avec asthénie et troubles de concentration dont l'origine n'était pas rhumatologique et d'hyperlaxité articulaire, toujours sans incidence sur la capacité de travail. Pour ces deux experts, la capacité de travail de la recourante était dès lors de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Cette appréciation n'est pas mise en doute par les autres éléments du dossier, ni par la recourante d'ailleurs qui n'a fait valoir aucun moyen à l'encontre du volet somatique de l'expertise du 11 novembre 2021. On relèvera encore que si les Drs Z._____ et N._____ avaient d'abord évoqué une maladie de Lyme (cf. certificat du 24 avril 2017, rapports des 24 juillet, fin août et 23 novembre 2017, 12 janvier et 14 juin 2018, 6 mai, 10 juin et 10 septembre 2019), celle-ci a été écartée par le Dr J._____ en raison d'une sérologie négative (cf. rapport du 17 février 2020). Quant à une possible maladie d'Ehlers-Danlos évoquée par le Dr Z._____ dans ses rapports des 10 septembre 2019 et 17 juin 2020, ce médecin a lui-même exposé que ce syndrome n'expliquait pas toutes les plaintes de la recourante (cf. rapport du 19 mars 2021). De plus, cette maladie a été écartée par l'expert W._____ dès lors que, s'il existait incontestablement une hyperlaxité articulaire, on ne retrouvait aucun signe cutané, ni aucun antécédent familial, ni personnel de troubles proprioceptifs à type d'entorse à répétition, éléments fondamentaux pour

poser un tel diagnostic (cf. page 13 du rapport d'expertise du 11 novembre 2021).

c) aa) S'agissant du volet psychiatrique, l'expert B. _____ a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Ces diagnostics ne sont pas remis en cause par la recourante. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait d'ailleurs déjà été évoqué par les Drs G. _____ (cf. rapport du 31 janvier 2017), J. _____ (cf. rapport du 17 février 2020) et Z. _____ (cf. rapport du 19 mars 2021).

bb) Contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert psychiatre a bien procédé à un examen global de la situation en tenant compte des différents indicateurs, notamment des ressources de l'intéressée, des traitements, de la réadaptation et de la cohérence. Il ressort du rapport d'expertise du 11 novembre 2021 qu'au niveau des capacités, ressources et difficultés, la recourante pouvait conduire sur de courtes distances, s'adapter aux règles et aux routines tout en ayant des difficultés à planifier et structurer les tâches ainsi qu'à s'adapter aux situations nouvelles. L'expert a également indiqué qu'elle n'avait pas confiance en ses décisions et jugements et qu'elle avait du mal à appliquer ses compétences. Enfin, sa persévérance était limitée par la fatigue. En revanche, elle pouvait assumer et prendre soin d'elle-même, le contact aux autres était bon, elle pouvait travailler en groupe et la relation avec la famille et les intimes était bonne. L'expert a indiqué qu'il n'existait aucune incohérence clinique, ni d'exagération des symptômes. S'agissant des traitements et des mesures de réadaptation, l'expert a exposé que la recourante n'avait jamais vu de psychiatre, ni bénéficié d'hospitalisation en milieu psychiatrique, ni pris de traitement psychotrope. Compte tenu des aspects anxieux et dépressifs, un suivi psychiatrique et un traitement antidépresseur étaient fortement souhaitables pour éviter notamment l'accentuation de la fatigue et des troubles cognitifs. Selon lui, une amélioration de la participation psychiatrique de la fatigue et des troubles cognitifs pouvait être attendue dans les quatre à huit semaines.

Dans son complément du 29 décembre 2021, l'expert psychiatre a expliqué, s'agissant du poids des souffrances, qu'il existait une souffrance importante depuis septembre 2020 en rapport avec une atteinte sur le fonctionnement global de la recourante, mais que ce fonctionnement global diminué pouvait lui permettre de fonctionner normalement dans une journée déterminée, préparée et stéréotypée. Selon l'expert, la souffrance pouvait être surmontée car il s'agissait essentiellement de troubles cognitifs décrits, associés à une anxiété et un manque de confiance en soi. Dans une activité répétitive, la recourante pouvait tout à fait surmonter ses difficultés, les troubles cognitifs n'étant pas d'intensité suffisante pour empêcher une activité pleine.

cc) En termes de capacité de travail, l'expert B._____ a estimé qu'elle était de 50 % dans l'activité habituelle depuis septembre 2020 et de 100 % depuis toujours dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, à savoir un travail répétitif, sans prise de décision immédiate et sans traitement simultané d'informations multiples.

Dans son complément du 29 décembre 2021, l'expert a précisé que la diminution des ressources psychiques et la fatigue pouvaient être surmontées dans une activité adaptée et que dans une activité professionnelle répétitive, la recourante était à même de pouvoir travailler à 100 % sans baisse de rendement. Ainsi, même si les capacités et ressources étaient diminuées, il existait un potentiel important lui permettant de surmonter ses difficultés.

La recourante a contesté la capacité de travail retenue par l'expert et allégué qu'une incapacité d'au moins 70 % devrait être retenue. Elle considère que le trouble somatoforme n'a pas été pris en compte. Il ressort des pièces au dossier qu'aucun des médecins ayant suivi la recourante ne se sont déterminés sur sa capacité de travail (cf. rapports de la Dre G._____ des 16 août 2016 et 31 janvier 2017, de la Dre N._____ des 23 novembre 2017, 27 avril et 3 décembre 2018 et 1^{er} avril 2019 et du Dr J._____ du 17 février 2020) à l'exception de son médecin-traitant, le Dr Z._____. Or, outre le fait que son avis doit être

pris en considération avec retenue au vu de l'existence d'un lien de confiance et du fait qu'il n'est pas psychiatre, on relèvera encore que ce médecin a attesté un taux très variable d'incapacité de travail (allant de 25 % à 100 %) sans toutefois en expliciter le fondement, se contentant d'indiquer comme motif de l'incapacité tantôt l'accident, tantôt la maladie. De plus, ce médecin n'a fait que rapporter les propos de sa patiente, notamment dans son rapport du 19 mars 2021 dans lequel l'incapacité de travail de 70 % a été estimée par la patiente elle-même. On remarquera que le médecin-conseil de l'assurance perte de gain avait déjà mentionné en septembre 2017 qu'une augmentation de la capacité de travail était à espérer dans les quatre à six semaines. Par ailleurs, la Dre K. _____ sans se prononcer sur la capacité de travail a indiqué que le pronostic sur le potentiel de réadaptation était favorable (cf. rapport du 6 avril 2021). Enfin, si la recourante a indiqué, dans sa réplique du 6 mars 2023, être suivie par un psychiatre et attendre un rapport de sa part d'ici le mois d'avril, elle n'a toutefois produit aucune pièce qui permettrait d'étayer médicalement sa position du point de vue psychiatrique alors même qu'elle avait déjà annoncé dans son courrier du 26 août 2022 que les conclusions de son psychiatre traitant seraient transmises dès que possible. Elle a en revanche produit deux rapports en date du 10 août 2023 qui, s'ils peuvent être pris en compte du moment qu'ils se rapportent à la situation prévalant au moment de la décision de l'OAI (cf. consid. 5d), ne lui sont d'aucun secours pour démontrer l'existence d'une atteinte incapacitante. En effet, le rapport du Centre [...] du 30 juin 2023 ne tire aucune conclusion en lien avec le trouble neuropsychologique minimal décrit, que cela soit relativement à la capacité de travail ou aux limitations fonctionnelles. Le rapport de l'ergothérapeute du 30 juin 2023 se limite quant à lui à exposer que l'asthénie et les douleurs sont très invalidantes et engendrent des limitations fonctionnelles conséquentes entravant la recourante dans ses activités de la vie quotidienne mais également dans ses activités de loisir et dans son rapport aux autres sans toutefois décrire lesdites limitations et sans fournir aucune appréciation de la capacité de travail. Or, ce qui importe pour juger du droits aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité

de travail (cf. ATF 136 V 279 consid. 2.3.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées), ce qui fait en l'occurrence défaut dans les rapports produits par la recourante. À cela s'ajoute que le trouble somatoforme justifie des limitations fonctionnelles, mais n'empêche pas une activité adaptée.

d) En définitive, c'est à juste titre que l'intimé a retenu, sur la base de l'expertise du 11 novembre 2021 et du complément du 29 décembre 2021, que la recourante présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. Est également litigieux le point de savoir si la recourante subit, du fait de l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, un préjudice économique susceptible de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

a) 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 LPGa). 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).

b) 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 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 ; 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). Quatre niveaux de compétences 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; 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3).

c) 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). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

d) aa) S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a écarté le revenu indiqué par l'ancien employeur de la recourante réalisé entre 2016 et 2017 (à savoir, $8'750 \text{ fr.} \times 12 = 105'000 \text{ fr.}$) compte tenu de la durée limitée du mandat obtenu par la recourante. L'intimé s'est dès lors fondé sur l'ESS 2018 (branche 72 (Recherche-développement scientifique), femme, niveau 4), ce que la recourante n'a pas contesté. Il convient cependant de relever qu'au moment de la décision du 13 octobre 2022, l'ESS 2020 avait été publiée le 23 août 2022 et aurait dû dès lors être appliquée. Ainsi, il faut prendre en compte un revenu d'invalidité basé sur un montant de 8'835 fr. (ESS de l'année 2020 (TA1_tirage_skill_level), « Recherche-développement scientifique » (rubriques 72), pour une femme mettant en valeur un niveau de compétence 4), arrivant à un revenu d'invalidité de $[8'835 \text{ fr.} \times 41.7 \times 12/40 =] 110'525 \text{ fr.}$ 85 auquel il convient

encore d'appliquer l'indexation 2021 (- 0.2 %) pour arriver à un revenu de valide de 110'304 fr. 79.

bb) Concernant le revenu avec invalidité, la recourante a fait valoir qu'il était incorrect de prendre en compte un travail de niveau 2 compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

En l'occurrence, la recourante bénéficie de compétences élevées et d'une grande expérience professionnelle, y compris dans des postes à responsabilité, ce qui a amené l'intimé à retenir un niveau de compétence 4 pour le revenu sans invalidité. En revanche, un tel niveau ne saurait en effet être retenu pour le calcul du revenu avec invalidité dès lors que la recourante présente des limitations fonctionnelles. Toutefois et contrairement à ce que soutient la recourante, ces limitations ne sont pas telles qu'elles l'empêcheraient d'exercer des tâches du niveau 2 dès lors que ce niveau se réfère à des 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. En outre, le fait que l'intimé ait pris en compte la branche économique « Activités spécialisées scientifiques et techniques » (lignes 69 à 75) de l'ESS n'est pas du tout critiquable. Au vu de ce qui précède, le revenu avec invalidité doit être déterminé sur la base du salaire statistique 2020 s'appliquant à la branche 69 à 75 pour une femme mettant en valeur un niveau de compétence de niveau 2, à savoir $[6'065 \text{ fr.} \times 41.7 \times 12/40 = 75'873 \text{ fr.} 15 - 0.2 \% =] 75'721 \text{ fr.} 40$.

La comparaison entre le montant sans invalidité (110'304 fr. 79) et le montant avec invalidité (75'721 fr. 40) donne un taux d'invalidité de 31.35 %, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

8. La recourante a encore allégué qu'il était clair qu'elle ne pourra pas réaliser seule une activité lucrative au vu des limitations fonctionnelles retenues, à savoir favoriser un travail répétitif, sans prise de décision immédiate et sans traitement simultané d'informations multiples dans une journée déterminée, préparée et stéréotypée. Selon elle, cette

description ne correspondait à aucune activité existant sur le marché ordinaire de l'emploi.

a) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

b) La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Moser-Szeless, op. cit., n° 24 ad art. 7 LPG).

c) Sur le plan de l'exigibilité, si les limitations fonctionnelles mises en évidence par le corps médical ne peuvent être négligées, elles ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Au vu en particulier de son parcours professionnel, il n'est pas irréaliste de considérer que la recourante est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. En effet, le marché du travail offre un large éventail d'activités sédentaires de type léger, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles au vu de sa formation. La recourante n'apporte du reste aucun élément permettant de s'écarter de ce constat.

9. Par surabondance, la recourante a fait valoir que l'intimé aurait dû appliquer un abattement supplémentaire de 25 % sur le salaire statistique soutenant que des poussées de la maladie l'exposaient à des absences non prévisibles régulières de sorte qu'elle ne saurait mettre à profit sa capacité de travail qu'avec un succès inférieur à la moyenne.

En l'occurrence, la simple allégation de l'existence de « poussées de la maladie » sans référence – même implicite – à un document ne saurait suffire à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.2 et 5.3), la nécessité pour la recourante de s'absenter souvent et de manière imprévisible. De surcroît, d'éventuelles absences ne sauraient justifier à elles seules un abattement maximal de 25 %.

Pour le surplus, les limitations fonctionnelles retenues ont déjà été prises en considération pour fixer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. En outre, la Cour de céans, examinant ce point d'office, ne voit pas quel autre facteur (âge, formation, nationalité) pourrait être retenu à la décharge de la recourante. Au vu de ce qui précède, aucun élément ne justifie de tenir compte d'un quelconque abattement.

10. Dans un dernier moyen, la recourante a allégué que dans l'hypothèse où une capacité de travail devait être retenue, elle aurait droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle au sens de l'art. 14a LAI.

a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose

que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel (jusqu'au 31 décembre 2021 : orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital ; ainsi que depuis le 1^{er} janvier 2022 : placement à l'essai, location de service, allocation d'initiation au travail, indemnité en cas d'augmentation des cotisations).

Selon l'art. 14a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGa) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures socioprofessionnelles et les mesures d'occupation, qui visent la réadaptation professionnelle (al. 2).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et les références citées).

b) En l'espèce, la recourante ne peut pas prétendre à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, au

sens de l'art. 14a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), dans la mesure où elle n'a pas présenté, tel qu'exigé par cette disposition, une incapacité de travail de 50 % au moins depuis six mois au moins.

En ce qui concerne les autres mesures d'ordre professionnel, outre le fait que la recourante n'y conclut pas, il faut relever que cette dernière a manifesté à deux reprises son absence d'intention et de souhait de profiter de telles mesures (cf. rapport de REA du 21 mars 2022 et notice téléphonique du 25 mai 2022) ce qui devrait conduire à la conclusion qu'elle n'était pas subjectivement disposée à entreprendre des mesures de réadaptation et que le cas d'espèce ne remplit donc pas, en l'état, les conditions pour l'allocation de mesures de réadaptation professionnelle. Cependant, la recourante a, dans le cadre du présent recours, annoncé son accord à des mesures socioprofessionnelles. Outre le fait que cette simple attestation ne permette pas encore d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante soit réellement prête à se soumettre à ces mesures, il n'y a de plus aucune raison de s'écarter de l'appréciation de l'intimé qui a constaté, par l'intermédiaire de son service de réadaptation, qu'aucune mesure simple et adéquate n'était susceptible de réduire le préjudice économique de la recourante au vu de son niveau de formation.

Enfin, on relèvera que l'intimé a, dans sa duplique du 4 avril 2023, dit être dans l'impossibilité de proposer quoi que ce soit à la recourante en termes de réadaptation dès lors que la question de l'exigibilité était remise en cause et qu'elle avait annoncé la production d'un rapport de son psychiatre. On rappellera ici qu'il est loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI si elle estime avoir subi ultérieurement à la décision litigieuse une péjoration substantielle de son état de santé susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité, notamment sur le plan psychiatrique.

11. a) Au vu de ce qui précède, 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie 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 13 octobre 2022 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 Sarah Fanny Voïtchovsky van de Ven.
- 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 :

- Inclusion Handicap, Me Caroline Schlunke (pour Sarah Fanny Voïtchovsky van de Ven),
- 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 :