

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 mai 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Neu, juge, et M. Reinberg, assesseur  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Eric Muster, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'un enfant né en [...], titulaire d'un CFC d'employée de commerce, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 3 novembre 2014, en faisant état d'une atteinte à l'épaule gauche existant depuis novembre 2013.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) s'est fait remettre le dossier de S.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain en cas de maladie de l'assurée, lequel contenait en particulier les pièces suivantes :

- Un rapport établi le 6 février 2014 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel l'assurée présentait une rupture partielle de 50 % de l'épaisseur du tendon sus-épineux de l'épaule gauche. Elle avait fait une chute dans les escaliers en juin 2011 puis un accident de voiture avec un coup du lapin en novembre 2011 et présentait depuis ces dates-là des douleurs au niveau de son épaule gauche.
- Un protocole opératoire du 22 avril 2014, selon lequel le Dr P.\_\_\_\_\_ a procédé à une réparation du tendon sus-épineux et une acromioplastie par arthroscopie sur l'épaule gauche.

Un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier le 4 décembre 2014. Il en ressort qu'outre son emploi pour D.\_\_\_\_\_ SA, l'intéressée était inscrite comme personne de condition indépendante depuis 2007. Les revenus inscrits à ce titre s'élevaient à 8'991 fr. en 2009 et 2010, puis à 9'094 fr. en 2011 et 2012.

Le 18 décembre 2014, le Dr P.\_\_\_\_\_ a informé le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, que l'évolution était objectivement et subjectivement favorable. L'épaule était très inflammée et le resterait très longtemps, mais l'important était la

cicatrisation du tendon. Le diagnostic était le suivant : « [status/post] réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée + ténodèse du long chef du biceps + complément d'acromioplastie par arthroscopie, épaule [gauche] (reprise), le 10 octobre 2014 (2 mois) ». L'incapacité de travail avait été totale depuis le 10 octobre 2014, suivie d'une reprise à 20 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014.

L'assurée a été reçue par une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI le 16 avril 2015. Elle a expliqué être esthéticienne indépendante depuis 2003. Opérée de l'épaule les 22 avril et 10 octobre 2014, elle avait repris son activité d'esthéticienne à 20 % depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2014 et projetait d'augmenter son taux d'activité à 40 % à partir du 20 avril 2015.

Dans un rapport du 8 juin 2015 à l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de distorsion cervicale accidentelle après accident de la voie publique en 2011, réparation du tendon sus-épineux gauche et ténodèse du long chef du biceps le 22 avril 2014 avec complément d'acromioplastie du Dr P.\_\_\_\_\_, et protrusion discale C5-C6 droite avec discret tassement discal C5-C6 sur une IRM [imagerie par résonance magnétique] du 29 décembre 2011. L'incapacité de travail était de 60 % depuis le 20 avril 2015 dans l'activité habituelle d'esthéticienne indépendante. Les restrictions physiques étaient des douleurs au niveau de l'épaule et du membre supérieur gauche, mais pouvaient être réduites par des mesures de physiothérapie. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a joint son rapport du 21 mai 2015 au Dr P.\_\_\_\_\_, dans lequel il faisait l'appréciation suivante :

« Sur la base de l'ensemble de ces éléments, je n'ai donc aucune anomalie objective de vue neurographique pour les troncs radial, médian et cubital au niveau du membre supérieur gauche. Les latences des réponses F sont physiologiques pour les troncs médian et cubital excluant une souffrance plexulaire. Enfin je n'ai pas de signe en faveur d'une atteinte neurogène au niveau des myotomes C6, C7 et C7 [recte : C8] à gauche.

Je n'ai donc pas d'explication bien claire pour rendre compte de la sémiologie actuelle qui semble perdurer depuis au moins une année.

Peut-être qu'un nouveau bilan par IRM au niveau cervical pourrait être envisagé puisque la dernière évaluation remonte à 3 ans et demi en arrière, pour tenter d'expliquer la symptomatologie qu'elle présente ? »

Dans son rapport à l'OAI du 2 juillet 2015, le Dr P.\_\_\_\_\_ a expliqué que, dans une activité sans port de charges, sans travaux au-dessus de l'horizontale et sans travaux répétitifs de force, un travail « type bureau pur », la capacité de travail pourrait être de 100 % « à partir probablement de la prochaine consultation ». Il a précisé que l'assurée a été en arrêt de travail à 100 % dès le 10 octobre 2014, puis avait repris son travail à 20 % le 1<sup>er</sup> décembre 2014, à 40 % le 20 avril 2015 et à 50 % depuis le 15 juin 2015.

L'OAI a adressé des questions complémentaires au Dr P.\_\_\_\_\_ par courrier du 25 août 2015. Celui-ci a répondu le 3 septembre 2015 en indiquant que la capacité de travail dans l'activité habituelle serait de 70 % depuis le 7 septembre 2015.

A la requête de l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a écrit le 28 janvier 2016 que la situation était stagnante au niveau de l'épaule gauche et que l'assurée venait de subir un accident de la circulation avec un coup du lapin.

Le 24 mars 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_ s'est adressé en ces termes au Dr B.\_\_\_\_\_ :

« L'IRM cérébrale ne montre pas d'arguments pour une séquelle ischémique ou hémorragique. Par contre, la patiente a toujours les mêmes plaintes, c'est-à-dire des douleurs de son épaule lorsqu'elle travaille ainsi que des fourmillements et une sensation de doigts froids au niveau des 4 derniers doigts de la main gauche. L'examen neurologique à l'époque chez le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne montrait rien de spécial, ni au niveau des pallesthésies. Pourtant, la patiente dit ne pas arriver à faire la différence au toucher de certaines choses.

L'ergothérapie lui fait apparemment du bien.

Elle se plaint également comme quoi elle n'arrive plus à lire un livre, qu'elle confond beaucoup de choses et qu'elle a de la peine à se concentrer depuis la première opération. Tous les examens sont pourtant normaux.

Je lui ai dit et conseillé d'aller voir un neurologue pour un deuxième avis en sachant que ses problèmes de doigts peuvent être d'origine neurologique ou vasculaire.

En ce qui concerne l'épaule, j'ai un tendon en continuité, avec une IRM de contrôle tout à fait rassurante.  
Il est clair que cette patiente doit être vue par l'AI, car elle ne pourra pas travailler plus de 60 % dans son activité. Il serait bien que l'AI lui donne une rente au plus vite. »

Selon un nouvel extrait du compte individuel de l'assurée versé au dossier de l'OAI le 7 juin 2016, le revenu inscrit pour 2013 en qualité de personne de condition indépendante se montait à 9'333 francs.

Dans son rapport du 27 mars 2017 à l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, consulté à une reprise le 7 septembre 2016, n'a pas retenu de diagnostic avec ou sans effet sur la capacité de travail. Il a joint son rapport de consultation, dont l'appréciation était la suivante :

« Il s'agit d'un tableau subjectif mal systématisé, très vraisemblablement fonctionnel. Une IRM cérébrale a été effectuée en janvier 2016 qui s'est révélée normale. En conséquence nous ne procédons à aucune investigation complémentaire ».

La neuropsychologue H.\_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 2 mars 2018 et a adressé un rapport au médecin traitant le 9 mars 2018, dont les conclusions sont les suivantes :

« Cet examen neuropsychologique est réalisé chez une patiente de [...] ans, collaborante et adéquate, avec une mimique très expressive et une attitude un peu démonstrative, entrant avec facilité dans les tâches.

Il met en évidence un fonctionnement cognitif dans la norme voire dans la norme supérieure pour les fonctions investiguées (langage, calcul oral, praxies, gnosies visuelles-visuo-spatiales, mémoires, fonctions exécutives et attentionnelles, y compris exploration visuo-spatiale). Cependant on relève un léger ralentissement, une mémoire de travail potentiellement fragile, un discret ralentissement de la motricité fine à gauche, sans apraxie, ainsi que des signes possibles de la lignée anxieuse, bien que restant dans la limite de la norme.

Les légères difficultés observées et ressenties, pourraient être en lien avec la fatigue. Cette dernière est susceptible d'être induite par un contrecoup émotionnel après plusieurs événements traumatisants sur plusieurs années, dont les séquelles physiques des récentes opérations, chez une personne habituée depuis l'enfance, à fonctionner de manière performante, selon les attentes d'elle-même et de son entourage.

Les résultats ont été discutés avec la patiente dans le sens de capacités préservées sans signe évocateur d'atteinte cérébrale

(AVC, processus expansif, notamment) et possiblement s'inscrivant en partie dans le contexte émotionnel/affectif/thymique.

Propositions :

Rechercher d'éventuelles origines à la fatigue (carentielle ? endocrinienne ? thymique ?) et commencer un suivi de soutien psychologique spécifique. La patiente se dit satisfaite actuellement des discussions avec vous et ne souhaite pas entreprendre de démarche thérapeutique. »

A la suggestion de son Service médical régional (SMR), l'OAI a mandaté le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour procéder à une expertise. Ce médecin a examiné l'assurée le 22 janvier 2018 et rendu son rapport le 6 juin 2018, dans lequel il a posé les diagnostics orthopédiques de status après déchirure en deux fois et à deux endroits différents du sus-épineux de l'épaule gauche, post-traumatique, en tout cas la première déchirure, et de suture en deux interventions en avril et en septembre 2014. Il a par ailleurs mentionné un diagnostic subsidiaire de troubles neuropsychologiques post opératoires non systématisés. Pour le surplus, il a relevé ce qui suit :

« En résumé, du point de vue strictement orthopédique :

L'incapacité de travail débute le 22.04.2014, dans toute activité.

L'évaluation de la capacité de travail de l'expertisée dans son activité habituelle, telle qu'attestée à 60 %, ne peut être dépassée ; en effet, les limitations fonctionnelles relatives à l'intervention et à l'évolution médicale actuelle ne sont pas compatibles avec un plus fort taux d'activité de l'assurée. Pour cette raison, il est vraisemblable que l'assurée ait travaillé au-dessus de ses forces afin de permettre à son entreprise, unique source de revenus, de ne pas couler. Force est de constater que son institut périclite malgré tout.

Une activité dans un travail adapté est réalisable à 100 %. Elle possède un bagage humain, professionnel propices.

Les limitations fonctionnelles sont :

Pas de port de charges supérieures à 3 kg.

Pas de travail nécessitant de lever les bras au-dessus de l'horizontale.

Pas de travail sur échelles, ni échafaudages.

Pas de surcharge répétitive de travail du [membre supérieur gauche], même dans les limites préfixées.

Fatigabilité du [membre supérieur gauche].

Le traitement que je propose est de recommencer de la physiothérapie centrée sur l'épaule, son renforcement, sa mobilité,

dans le but de faire diminuer les tremblements et d'automatiser davantage les mouvements de l'épaule, en lui expliquant bien le but. »

Le SMR a établi un rapport le 3 août 2018, par lequel il s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_.

Le 4 décembre 2018, l'OAI a établi un rapport d'examen du dossier d'une indépendante, au terme duquel l'enquêteur a conclu que, compte tenu de l'âge de l'assurée, des faibles investissements au bilan, ainsi que des revenus réalisés avant l'atteinte à la santé, l'abandon de l'activité habituelle indépendante était exigible en vue de valoriser la pleine capacité de travail qui lui était reconnue.

L'OAI a ensuite procédé à un examen REA et a entendu l'assurée le 5 février 2019. Dans son rapport du même jour, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a noté que l'assurée avait été engagée en août 2017 comme employée de commerce à 40 % mais qu'à la suite d'une surcharge de travail, des douleurs chroniques et de difficultés relationnelles avec sa responsable, elle s'était retrouvée en incapacité de travail à 100 % en avril 2018 en raison d'un burnout. Compte tenu des nouveaux éléments médicaux, il a été proposé à l'assurée de suivre une mesure de deux mois à 50 % à [...], dans le domaine du travail de [...].

Le 18 février 2019, le Dr B.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI, dans lequel il a posé les diagnostics de douleurs persistantes post réparation de la coiffe de l'épaule gauche, depuis 2014, et d'état anxio-dépressif secondaire au problème psychosocial (perte de son travail), depuis 2017. La capacité de travail était de 50 % dans toute activité depuis 2016, en raison de douleurs à l'épaule gauche, de cervicalgies et d'une fatigabilité. Il avait par ailleurs attesté d'une incapacité de travail complète du 24 avril au 10 juin 2018. Au cours d'un entretien téléphonique du même jour, le Dr B.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il suivait l'assurée de longue date et qu'elle souffrait vraisemblablement d'un trouble de la personnalité narcissique et d'un état dépressif chronique,

situation psychique péjorée par les problèmes d'épaule et les douleurs chroniques.

Selon un nouvel extrait du compte individuel AVS de l'assurée versé au dossier le 21 février 2019, les revenus de l'intéressée se sont élevés à 9'333 fr. en 2013 et en 2014, 15'200 fr. en 2015, 16'700 fr. en 2016 et 1'367 fr. en 2018.

Le 3 mars 2019, le Dr B. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions complémentaires du SMR :

« 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ? Le diagnostic principal est un trouble de la personnalité avec un status post Burn out en avril 2018 puis des douleurs persistantes suite à son opération de son épaule gauche de 2014.

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis l'expertise de juin 2018 ? La prise en charge psychologique a permis de mettre à jour une souffrance profonde lié à son vécu et la perte de son père qui ont mis en avant son trouble de la personnalité avec traits narcissiques.

3. Comment a évolué le traitement notamment antidépresseurs, psychotropes... ? Améliorations de l'humeur mais pas d'influence niveau du trouble de la personnalité avec une psychorigidité importante et un manque d'insight nette, rendant les relations avec les autres difficiles.

4. Pouvez-vous joindre les consiliums depuis juin 2018 ? Pas de nouveau consilium.

5. L'assurée est-elle suivie par un psychiatre ? Non, elle le refuse, je la suis depuis plus de 20 ans avec aussi un traitement d'hypnose par le passé, actuellement le suivi est surtout axé sur la connexion avec la réalité... et la relativité. Cependant une expertise psychiatrique me semblerait une bonne possibilité de mettre Madame devant ses réalités.

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ? Niveau physique ce sont les douleurs de l'appareil locomoteur, niveau psychologique ce sont l'asthénie, le manque de concentration et l'état dépressif-révolté.

7. Quelle est la capacité de travail comme esthéticienne ? 40-60 % estimé, ceci avait déjà été préconisé par le Dr P. \_\_\_\_\_ en 2015.

8. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? 40-60 % depuis le 1.1.18.

9. Autres remarques ? Je propose une expertise psychiatrique. »

Dans son avis du 24 juin 2019, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant la neurologie, la

chirurgie orthopédique et la psychiatrie. 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 à C.\_\_\_\_\_ SA, respectivement aux Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, G.\_\_\_\_\_, médecin praticien, X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie.

Le 27 février 2020, désormais représentée par Me Eric Muster, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle avait consulté le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en octobre 2019, qu'une infiltration dans l'épaule gauche effectuée le 20 novembre 2019 n'avait pas apporté d'amélioration et qu'elle devait subir une arthroscopie avec biopsie le 5 mars 2020. Elle a joint en particulier les rapports suivants :

- Un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 9 août 2019, dans lequel le Dr [...], spécialiste en radiologie, a relevé un important passage de contraste dans la bourse sous-acromiale, ce qui s'expliquait par des fissurations assez fines irrégulières, en zigzag, du supra-épineux distal et de l'infra-épineux dans sa portion supérieure. Les déchirures étaient transfixiantes mais pas complètes, sans rétraction tendineuse. Il y avait en outre un kyste arthrosynovial sous-cutané de l'articulation acromio-claviculaire d'un diamètre de 1 cm.
- Un rapport établi le 29 janvier 2020 par le Dr W.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de douleurs chroniques et persistantes sur re-rupture du tendon sus-épineux, arthropathie [acromio-claviculaire] avec signe de Geysir positif de l'épaule gauche, constatant que la patiente décrivait une situation inchangée deux mois après une infiltration dans l'épaule gauche et annonçant qu'une arthroscopie de l'épaule avec biopsie serait organisée en mars 2020.

Dans un rapport du 16 avril 2020, le Dr W.\_\_\_\_\_ a exposé qu'il avait effectué une arthroscopie de débridement de l'épaule gauche le

5 mars 2020. Dans l'ensemble, la situation était complexe et la cause réelle des douleurs n'était pas claire. Les trois interventions précédentes avaient certainement entraîné des ischémies de la région cartilagineuse dans la zone d'insertion du tendon sus-épineux. Il y avait en outre une expansion dégénérative du tendon sus-épineux. Des investigations complémentaires paraissaient nécessaires.

Le SMR a relevé, dans un avis du 15 juin 2020, que le Dr W.\_\_\_\_\_ signalait la persistance d'un syndrome douloureux chronique de l'épaule gauche à six semaines post-opératoires, sans cause évidente pouvant expliquer cette symptomatologie. Il préconisait dès lors le maintien de l'expertise pluridisciplinaire, y compris le volet psychiatrique.

Les experts de C.\_\_\_\_\_ SA ont vu l'assurée les 9, 22 et 30 octobre 2020 puis ont déposé un rapport d'évaluation consensuelle le 16 décembre 2020, comprenant les expertises établies par chaque expert dans sa spécialité respective. Selon l'annexe 5 du rapport, ils ont disposé du dossier complet de l'OAI et l'assurée leur a remis directement deux rapports établis le 9 septembre 2020 par la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le 6 octobre 2020 par le Dr [...], médecin généraliste. Le rapport d'évaluation consensuelle comprenait l'appréciation suivante :

« 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Persistance d'une douleur de l'épaule gauche après 3 interventions (avril 2014, octobre 2014 et mars 2020), M75.1
- Cervicalgies sur arthrose C5-C7, M51.3
- Lombalgie sur dégénérescence discale L4-L5, M51.9
- Syndrome fémoro-patellaire sur antécédents de chirurgie par transposition de la tubérosité tibiale antérieure droite et gauche, M22.2
- Symptômes sensitifs de l'hémicorps gauche, plutôt d'allure fonctionnelle, F45.9
- Migraine sans aura, G43.0
- Endométriose avec adénomyose, paucisymptomatique sous traitement progestatif

4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique : pas d'efforts de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 10 kg. Pas d'effort du bras gauche, pas de mouvement au-delà de la ligne des épaules (90° d'abduction), pas de mouvement maintenu bras en l'air, bras écarté sur le côté ou en avant. Eviter le maintien de position à genoux ou accroupie, éviter les montées et descentes d'escalier répétées, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage).

#### 4.4. Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

La personnalité avec des mécanismes adaptatifs n'a aucune incidence.

#### 4.5. Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Madame F.\_\_\_\_\_ est jeune, au bénéfice d'un diplôme d'esthéticienne et d'employée de commerce dans la gestion immobilière, elle parle et comprend parfaitement le français, elle peut conduire, elle s'occupe parfaitement d'elle-même, de son fils, peut faire les actes domestiques du quotidien, préparer à manger et explique à plusieurs reprises qu'elle est extrêmement volontaire et battante. Cependant, nous percevons une critique permanente du corps médical, une impression de suspicion et une probable exagération de la symptomatologie actuelle, qu'elle soit d'ordre neurologique ou d'ordre douloureux.

Madame F.\_\_\_\_\_ est donc capable de s'adapter à des règles et à des routines, elle sait planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité. Elle a la capacité de changement et elle est capable de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, est capable d'initiatives et d'activités spontanées. 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 dispose de mobilité, elle a les moyens de se déplacer. Sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée.

#### 4.6. Contrôle de cohérence

Des incohérences ont été soulevées par les experts, ainsi concernant les douleurs cervicales et du membre supérieur gauche, il existe une démonstrativité, alors qu'au cours de l'entretien et de l'examen, il n'est pas noté de limitation majeure des mouvements. Il existe également une inadéquation entre les constatations cliniques, en particulier neurologique, et l'absence d'atteinte iconographique objective, ceci ayant été constaté à chaque examen neurologique.

#### 4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Les capacités de travail sont d'ordre rhumatologique, ainsi, 60 % depuis le 25.11.2013 jusqu'en avril 2014 ; 0 % dès avril à décembre 2014 ; 20 % dès décembre 2014 à avril 2015 ; 40 % dès avril 2015 à

juin 2015 ; 50 % dès juin 2015 à mars 2016, puis 60 % sans changement, sauf après la morsure du pouce droit en 2019 et pendant deux mois après la troisième chirurgie de l'épaule en mars 2020.

#### 4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

100 % depuis toujours.

#### 4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles d'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Les différentes incapacités de travail retenues depuis 2013 sont d'ordre rhumatologique secondaires aux opérations de l'épaule gauche.

#### 4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

L'expert rhumatologue propose de la physiothérapie et l'expert en médecine interne la prolongation du Visanne sous surveillance gynécologique. »

Dans son avis du 19 janvier 2021, le SMR a relevé que l'expertise présentait tous les critères formels de qualité, que les experts s'étaient attachés à documenter l'ensemble des indicateurs standards et à former une appréciation médico-asséculoologique congruente avec ces derniers, de sorte qu'il n'avait aucun élément à opposer aux conclusions des experts, dont l'appréciation de la capacité de travail rejoignait celle exprimée par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son expertise de janvier 2018.

Le calcul du salaire exigible a été établi le 20 avril 2021, fondé sur les revenus statistiques de 2014. Pour le revenu sans invalidité, l'OAI a pris le montant concernant les « autres services personnels » dès lors que l'assurée travaillait comme esthéticienne. S'agissant du revenu avec invalidité, il a opté pour le revenu statistique moyen des tâches physiques ou manuelles simples dans les secteurs de la production et des services, avec une réduction de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. S'agissant des activités adaptées, l'OAI a indiqué que l'assurée pourrait mettre sa capacité de travail en valeur dans son premier domaine de formation, qui est employée de commerce, car cette activité est adaptée aux limitations fonctionnelles, en relevant que le revenu avec invalidité serait alors plus élevé.

L'OAI a établi un projet de décision le 4 mai 2021, prévoyant de refuser les mesures professionnelles et la rente d'invalidité. Il a exposé qu'à l'échéance du délai de carence, le 15 novembre 2014, l'incapacité de travail était de 60 % dans l'activité habituelle, mais qu'une capacité de travail de 100 % pouvait raisonnablement être exigée dans une activité adaptée à son état de santé et respectant les limitations fonctionnelles. Il a par ailleurs expliqué son calcul du salaire exigible, en relevant que les perspectives de gain dans une activité adaptée étaient supérieures à celles qui existaient avant l'atteinte à la santé et que des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à sa portée sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Dans une communication du même jour, l'OAI a octroyé à l'assurée une aide au placement. L'intéressée y a cependant renoncé le 26 mai 2021.

L'assurée, représentée par Me Eric Muster, a contesté le projet de décision le 8 juin 2021. Elle a fait valoir divers griefs et remarques à propos de l'expertise et a exposé qu'au vu de l'ensemble des limitations fonctionnelles retenues, il n'était pas possible de retenir qu'elle pouvait travailler à 100 %. Seule une activité à temps partiel était exigible. Par ailleurs, l'abattement de 5 % était insuffisant pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles. En conclusion, un taux d'invalidité de 70 % au moins devait être retenu compte tenu de son atteinte actuelle et de ses capacités de travail résiduelles.

Par décision du 16 juillet 2021, reprenant la motivation de son projet du 4 mai 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Dans un courrier séparé du même jour, l'OAI a pris position sur les objections de l'assurée.

**B.** F.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Muster, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal par acte du 27 août 2021, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une demi-rente au minimum, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a fait valoir pour l'essentiel que c'était à tort que l'expertise de C.\_\_\_\_\_ SA n'avait pas pris en compte les considérations des Drs P.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, ainsi que de J.\_\_\_\_\_, estimant que l'intimé n'avait pas suffisamment motivé sa décision, se contentant de suivre l'expertise précitée alors que les autres professionnels avaient fait une appréciation en temps réel et non pas rétroactive, contrairement aux experts. Elle a en outre déploré de n'avoir pas été prise au sérieux, notamment dans le cadre de l'expertise. Elle ne s'était en particulier pas levée durant l'entretien par simulation ou exagération, mais bien pour soulager ses douleurs. Elle a ajouté souffrir également d'endométriose, qui était aussi à l'origine de ses douleurs, et ne pas prendre énormément d'antalgiques en raison de problèmes de digestion, qu'elle a au demeurant exposés aux experts mais qui ne semblent pas avoir compris. Elle estimait ainsi que les nombreux rapports médicaux au dossier étaient clairs et contredisaient les conclusions de l'expertise. Quant au calcul du degré d'invalidité, elle a contesté, d'une part, le revenu sans invalidité retenu, estimant qu'un montant de 46'950 fr. aurait dû être retenu dès lors qu'elle est titulaire d'un CFC d'employée de commerce et non de 46'549 fr. 71. D'autre part, le revenu avec invalidité devait être arrêté en tenant compte d'une capacité de travail de 60% au maximum, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Enfin, l'abattement de 5% n'était pas suffisant et devait être porté à 20 %, dès lors qu'elle avait très peu d'expérience comme employée de commerce, qu'elle n'avait pas exercé une telle activité depuis plus de 10 ans et qu'elle était particulièrement atteinte dans sa santé. Ainsi, il en résulterait après comparaison des revenus sans et avec invalidité, un degré d'invalidité de 51,58%, devant conduire à l'octroi d'une demi-rente. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un médecin spécialiste orthopédique et de chirurgie de l'épaule/dos/cervicale.

Dans sa réponse du 19 octobre 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours.

Répliquant le 8 novembre 2021, la recourante a maintenu sa position. Elle a relevé que le Dr P.\_\_\_\_\_ avait estimé, dans son rapport du 2 juillet 2015, qu'une reprise à plus de 60 % était impossible tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, conclusion qu'il avait répétée dans son rapport du 24 mars 2016. La recourante a pour le surplus cité les avis de ses médecins traitants. Elle a ajouté présenter des troubles cognitifs et rencontrer des difficultés à gérer le stress, une fatigabilité, être sujette à des insomnies, son état ne cessant de se détériorer. Elle a à nouveau soutenu que les nombreux rapports médicaux étaient clairs, et contredisaient les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, laquelle contenait beaucoup de suppositions. Sa valeur probante devait ainsi être remise en cause et une expertise judiciaire mise en œuvre. Elle a enfin répété ses griefs relatifs au calcul du degré d'invalidité et requis derechef la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures, l'intimé ayant encore produit une communication interne du 23 novembre 2021 qui renvoyait à son calcul du salaire exigible du 20 avril 2021.

### **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 compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 LPGA), 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)** Est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à sa santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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 16 juillet 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.

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).

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<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**b)** 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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 assécurologique. 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).

**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).

**4.** La recourante se plaint de ce que l'intimé n'aurait pas motivé sa décision.

**a)** Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 73 consid. 7.2.2.1 et les références).

Le droit d'être entendu impose également à l'autorité de motiver ses décisions, afin que le justiciable puisse les comprendre et exercer son droit de recours à bon escient. Pour satisfaire à cette exigence, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision. Elle n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à ceux qui, sans arbitraire, peuvent être tenus pour pertinents (ATF 142 II 154 consid. 4.2 et les références). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références).

**b)** En l'occurrence, la recourante a été en mesure de comprendre les motifs ayant conduit l'intimé à rendre la décision dont est recours. Cette décision est au demeurant suffisamment motivée pour permettre sa bonne compréhension, d'autant plus que, par courrier du 16 juillet 2021 qui en fait partie intégrante, l'intimé a pris position sur les observations émises par l'assurée à l'encontre de son projet de décision du 4 mai 2021. Au demeurant, la recourante a été en mesure d'exposer à

la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal les raisons devant, selon elle, conduire à l'octroi d'une demi-rente et ce dans le cadre d'un double échange d'écritures. Elle ne se plaint du reste pas formellement d'une violation de son droit d'être entendue, mais déplore que l'intimé ait suivi l'appréciation des experts de C.\_\_\_\_\_ SA plutôt que celle de ses médecins traitants. Il en sera question ci-dessous (cf. consid. 5). Le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu doit ainsi être écarté.

**5.** La décision attaquée repose essentiellement sur le rapport d'expertise du 16 décembre 2020 des Drs R.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, de C.\_\_\_\_\_ SA. Dans le cadre de leur analyse, ces experts ont plus particulièrement retenu que la recourante avait présenté dans son activité habituelle des restrictions de sa capacité de travail d'ordre rhumatologique, secondaires aux opérations de l'épaule gauche (60 % du 25.11.2013 à avril 2014 ; 0 % d'avril à décembre 2014 ; 20 % de décembre 2014 à avril 2015 ; 40 % d'avril 2015 à juin 2015 ; 50 % de juin 2015 à mars 2016, puis 60 % sans changement, sauf après la morsure du pouce droit en 2019 et pendant deux mois après la troisième chirurgie de l'épaule en mars 2020). Dans une activité adaptée toutefois, sa capacité de travail avait toujours été entière.

**a)** Sur le plan somatique, il est constant que l'assurée a fait une chute dans les escaliers en 2011 et qu'elle a été, la même année, victime d'un accident de la route. Une IRM de l'épaule gauche ayant montré une déchirure partielle des tendons, elle a été opérée à deux reprises en 2014, sans amélioration des symptômes, et a signalé une asymétrie faciale. Un examen neurologique en septembre 2016 a révélé un tableau subjectif mal systématisé, très vraisemblablement fonctionnel. Par la suite, l'intéressée s'est plainte de troubles cognitifs. Une évaluation neurologique complète en mars 2018 a montré un fonctionnement cognitif dans les normes, avec cependant un léger ralentissement, une mémoire de travail potentiellement fragile et un discret ralentissement de la motricité fine à gauche, sans apraxie, ainsi que des signes possibles de la lignée anxieuse, bien que restant dans les limites de la norme, qui pouvaient être mis en lien avec de la fatigue. Devant la persistance des

douleurs à l'épaule, une nouvelle intervention a été effectuée en mars 2020, au cours de laquelle une infection a pu être écartée. Des douleurs cervicales persistantes ont parallèlement motivé une IRM cervicale et lombaire en septembre 2020, montrant une arthrose C5-C7 avec un foramen plus étroit du côté droit et une dégénérescence discale L4-L5 avec une possible irritation sur la racine L4.

**aa)** Sous l'angle de la médecine interne, l'expertise n'a mis en lumière aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, ceux d'endométriose, tabagisme actif, status après cinq fausses couches spontanées, status après réduction mammaire en 2001 et migraines ophtalmiques étant retenus sans effet sur celle-ci.

La recourante allègue souffrir d'endométriose, ce qui n'est pas contesté. Les experts ont du reste bien retenu le diagnostic d'endométriose avec adénomyose, paucisymptomatique sous traitement progestatif dans l'évaluation consensuelle (p. 4 du rapport d'évaluation consensuelle), recommandant à cet égard la prolongation du traitement médicamenteux sous surveillance gynécologique (p. 5, ch. 4.10 du rapport d'évaluation consensuelle). A cet égard, l'expert de médecine interne a relevé que le traitement, mis en place depuis neuf ans, avait bien régulé les douleurs et rendu la situation, selon les dires de la recourante, « dix fois plus confortable » qu'auparavant. L'expert a également relevé que la recourante pouvait néanmoins ressentir une crise douloureuse aiguë pelvienne, rarement, pendant quelques heures et qu'elle avait quelques douleurs quotidiennes, qualifiées d'acceptables et qui n'entraînaient pas une gêne majeure (p. 14, ch. 3.2 du rapport d'expertise de médecine interne). La recourante n'avance aucun élément qui aurait été omis en regard de cette atteinte. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de cette appréciation.

**bb)** Sous l'angle neurologique, la Dre N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de symptômes sensitifs de l'hémicorps gauche, plutôt d'allure fonctionnelle, F45.9, et de migraine sans aura, G43.0 (p. 33, ch. 6 du rapport d'expertise neurologique), lesquels étaient toutefois sans effet sur

la capacité de travail. Cette appréciation de l'experte rejoint au demeurant celle des neurologues qui ont examiné la recourante. Ainsi, en mai 2015 déjà, le Dr Q.\_\_\_\_\_, sans se prononcer sur la capacité de travail, avait conclu à l'absence d'anomalie objective de vue neurographique au niveau du membre supérieur gauche et de signe en faveur d'une atteinte neurogène au niveau des myotomes C6 et C7. En outre, dans son rapport à l'intimé du 8 juin 2015, ce spécialiste ne s'était prononcé que sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, faisant état au demeurant d'un pronostic.

De même, le Dr M.\_\_\_\_\_ a nié également toute atteinte sur le plan neurologique dans son rapport du 27 mars 2017 à l'intimé, ce qui rejoint l'avis de la Dre N.\_\_\_\_\_.

**cc)** Sur le plan psychiatrique, l'expert R.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic (cf. p. 9, ch. 6 du rapport d'expertise psychiatrique, et p. 4, ch. 4.2 du rapport d'évaluation consensuelle). Ce point de vue n'est pas contesté par la recourante, qui n'a du reste jamais été suivie par un psychiatre ou un psychologue. Seul le Dr B.\_\_\_\_\_ a mentionné, dans son rapport du 18 février 2019, un état anxiodépressif secondaire au problème psychosocial (sur le lieu de travail) en 2017, et, dans son rapport du 3 mars 2019, le diagnostic de trouble de la personnalité avec un status post burn out.

Or, le Dr R.\_\_\_\_\_ a eu connaissance de ces rapports, ainsi que du rapport d'examen de la neuropsychologue H.\_\_\_\_\_ du 9 mars 2018. Cependant, lors de son examen, le psychiatre n'a pas observé de troubles de la concentration, de la mémoire (anciens souvenirs ou faits nouveaux), de la préhension ou de l'attention (p. 9, ch. 4.3 du rapport d'expertise psychiatrique). L'expert a par ailleurs relevé que la recourante avait suivi sa scolarité obligatoire sans difficulté particulière, ainsi que plusieurs formations dont celle d'esthéticienne. Lors du décès de son père ou d'autres membres de sa famille, la recourante n'avait pas réagi par un état dépressif et le processus de deuil s'était fait sans difficulté. Ces éléments montraient qu'elle était intelligente, qu'elle avait des ressources

psychologiques et des mécanismes adaptatifs (p. 10, ch. 7.1 du rapport d'expertise psychiatrique). Il n'y avait aucun traitement chez un psychiatre ou un psychologue, pas de prise de médication psychotrope et, du point de vue psychiatrique, il n'y avait aucune contre-indication à ce que l'expertisée suive une mesure de réadaptation (p. 10, ch. 7.2 du rapport d'expertise psychiatrique). Enfin, le Dr R. \_\_\_\_\_ a procédé à l'appréciation des capacités, ressources et difficultés de la recourante et constaté qu'elle disposait de bonnes capacités dans la plupart des domaines, seule sa capacité de résistance et d'endurance étant légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée (p. 10, ch. 7.4 du rapport d'expertise psychiatrique). Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter de cet avis, clair et circonstancié.

**dd)** C'est au niveau rhumatologique que la recourante présente des atteintes à la santé invalidantes. L'expert X. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de persistance d'une douleur de l'épaule gauche après 3 interventions (avril 2014, octobre 2014 et mars 2020), M75.1, cervicalgies sur arthrose C5-C7, M51.3, lombalgie sur dégénérescence discale L4-L5, M51.9, syndrome fémoro-patellaire sur antécédents de chirurgie par transposition de la tubérosité tibiale antérieure droite et gauche, M22.2, et symptômes sensitifs de l'hémicorps gauche, plutôt d'allure fonctionnelle, F45.9. Il a également mentionné les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'antécédents de morsure du pouce droit par son chien en 2019 et de syndrome neurologique du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche sans support anatomique. S'agissant de la capacité de travail, l'expert rhumatologue a rejoint l'appréciation du Dr T. \_\_\_\_\_, qui avait estimé, dans son rapport du 22 janvier 2018, que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité adaptée.

La recourante conteste cette appréciation. Elle estime que l'intimé n'a pas suffisamment motivé sa position et que l'expertise de C. \_\_\_\_\_ SA n'est pas probante, dès lors qu'elle est contredite par les avis de ses médecins traitants, lesquels l'avaient au demeurant examinée en temps réel et n'ont pas, comme les experts, livré une appréciation

rétroactive de la situation. Cependant, les médecins de C.\_\_\_\_\_ SA ont dûment tenu compte des incapacités successives présentées par la recourante dans son activité habituelle depuis novembre 2013 (cf. p. 5, ch. 4.7 de l'évaluation consensuelle). A cet égard, ils ont pris en considération les avis médicaux au dossier, de sorte que l'on ne peut leur faire grief d'avoir livré une appréciation rétroactive infondée. Ils ont par ailleurs bien exposé les motifs qui les ont conduits à retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ils ont relevé que les plaintes actuelles consistaient en des douleurs cervicales avec une irradiation occipitale, vers les deux épaules, des douleurs à l'épaule gauche, des douleurs lombaires et une sensation d'engourdissement dans le membre inférieur gauche. L'examen clinique montrait une diminution de la mobilisation passive de l'épaule gauche en abduction et surtout en rotation interne et externe, ainsi qu'une atteinte sensitive en faveur d'une atteinte fonctionnelle (p. 4, ch. 4.1 du rapport d'évaluation consensuelle). Cependant, les experts ont également relevé que l'assurée était jeune, au bénéfice d'un diplôme d'esthéticienne et d'employée de commerce dans la gestion immobilière, parlait et comprenait parfaitement le français, pouvait conduire, s'occupait parfaitement d'elle-même et de son fils, pouvait faire les actes domestiques du quotidien et préparer à manger et expliquait à plusieurs reprises qu'elle est extrêmement volontaire et battante (p. 4, ch. 4.5 du rapport d'évaluation consensuelle). Dans son rapport, se fondant sur les déclarations de la recourante elle-même, l'expert en rhumatologie a constaté que l'intéressée effectuait tous les gestes de la vie quotidienne, cuisinait, utilisait le lave-vaisselle, faisait le ménage à son rythme avec parfois des difficultés pour changer les draps du lit, faisait la lessive, étendait le linge mais ne repassait pas, conduisait régulièrement, faisait ses courses seules en voitures, s'occupait d'un potager en hauteur, elle ne faisait plus de sport mais pouvait marcher environ 30 minutes et rester en position assise parfois seulement 30 minutes, parfois entre 1,5 et 2 heures (p. 23, ch. 3.2 du rapport d'expertise rhumatologique).

S'agissant des médecins traitants, il y a lieu de relever que le Dr P.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur la capacité de travail dans l'activité

habituelle à diverses reprises. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, il ne s'est pas formellement prononcé à ce sujet, évoquant uniquement, dans son rapport du 2 juillet 2015, l'éventualité d'une prochaine pleine capacité dans une activité sans port de charge, sans travaux au-dessus de l'horizontale et sans travaux répétitifs de force, soit un « travail type bureau pur ». Contrairement à ce qu'allègue la recourante, il n'est pas revenu sur cette question dans son rapport du 24 mars 2016, où il ne parle que de l'activité habituelle. Des autres médecins consultés par l'assurée, seul le Dr B. \_\_\_\_\_ a donné une évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport du 18 février 2019, il a conclu à une capacité de travail de 50 % dans toute activité depuis 2016, en raison de douleurs à l'épaule gauche, de cervicalgies et d'une fatigabilité. Le 3 mars 2019, ce même médecin a évoqué une capacité de travail de 40 à 60 % dans une activité adaptée. Il n'a cependant pas défini clairement les limitations fonctionnelles. Les médecins de C. \_\_\_\_\_ SA ont eu connaissance de l'ensemble de ces rapports, de même que des rapports établis en 2019 et 2020 par les Drs W. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ (cf. pp. 35ss, annexe 5 du rapport d'expertise, synthèse du dossier). Pour le surplus, aucun élément ne permet de retenir que l'intimé ou les experts de C. \_\_\_\_\_ SA n'auraient pas pris les plaintes de la recourante au sérieux. Au contraire, ces derniers ont reconnu, par leurs diagnostics, l'existence de douleurs d'ordre rhumatologique et ont noté, dans le cadre de l'évaluation des ressources et des facteurs de surcharge, une capacité de résistance et d'endurance légèrement diminuées à cause de la douleur alléguée (p. 4, ch. 4.5 de l'évaluation consensuelle).

La recourante conteste l'appréciation des experts selon laquelle elle aurait exagéré ses symptômes durant l'expertise, respectivement qu'elle se serait levée durant les entretiens avec les experts par démonstrativité. A cet égard également, les experts ont exposé pour quels motifs ils estimaient que la recourante avait probablement exagéré ses symptômes. Il ne s'agit pas seulement, comme semble l'alléguer l'intéressée, parce que sa médication antalgique est peu importante. Dans l'évaluation consensuelle, ils ont mentionné des

incohérences, en ce sens que la recourante se montrait démonstrative concernant les douleurs cervicales et du membre supérieur gauche alors qu'il n'y avait pas de limitation majeure des mouvements constatée à l'examen clinique. En outre, il n'y avait pas d'adéquation entre les constatations cliniques, en particulier neurologiques, et l'absence d'atteinte iconographique objective (p. 5, ch. 4.6). Ces observations ont été faites, la première par l'expert en médecine interne (p. 19, ch. 7.3 de l'expertise de médecine interne) et la seconde par l'expert en rhumatologie (p. 26, ch. 7.3 du rapport d'expertise rhumatologique). Ces deux médecins ont noté qu'au moment de leur examen, la recourante boîtaït du côté gauche, élément qui n'avait pas été observé par les deux autres. L'expert de médecine interne a encore relevé que la recourante s'était montrée très critique à l'égard de ses médecins traitants. Il a constaté que les atteintes dans sa spécialité entraînaient des gênes ponctuelles, bien soulagées par la médication prescrite, mais que l'intéressée avait demandé à se lever et avait marché en réalisant des exercices d'étirement au bout de 45 minutes pour les douleurs cervicales et du membre supérieur gauche. Elle avait en outre cligné des paupières de manière très marquée lors du test de la motricité oculaire. Ces comportements avaient paru exagérés à l'expert, qui s'est alors interrogé sur une éventuelle simulation (p. 19, ch. 7.3 de l'expertise de médecine interne). L'expert rhumatologue a constaté pour sa part que l'assurée s'était levée facilement de la salle d'attente et qu'elle s'était déshabillée en position assise « sans difficulté particulière en levant largement les jambes pour enlever chaussures, chaussettes et pantalon, avec plus de difficultés pour le haut car elle enlève d'abord le bras droit, l'encolure et le bras gauche » (p. 24, ch. 4.1 du rapport d'expertise rhumatologique). Il a passé en revue avec l'assurée les actes de la vie quotidienne qu'elle était capable de faire et celles pour lesquelles elle devait demander de l'aide, puis a procédé à un examen complet des articulations. Ainsi, la remarque selon laquelle le niveau de la douleur paraissait important par rapport à la faible consommation d'antalgiques (p. 26, ch. 7.3 du rapport d'expertise rhumatologique), n'est pas le seul élément qui l'amène à évoquer une exagération des symptômes. Il n'en demeure pas moins qu'il a évalué l'impact des douleurs alléguées sur la capacité de travail en se fondant sur

ses constatations cliniques ainsi que sur les capacités et difficultés décrites par l'assurée. L'experte en neurologie a, pour sa part, relevé que l'assurée était profondément convaincue d'avoir une atteinte neurologique, possiblement secondaire à la prise en charge en 2014, vision qui rendait difficile la prise en charge des troubles fonctionnels alors que les différents examens neurologiques et neuropsychologiques effectués depuis 2014 n'avaient pas révélé d'atteinte sensitive ou cognitive organique. L'examen clinique actuel montrait uniquement une atteinte sensitive en faveur d'une atteinte fonctionnelle au niveau de la main gauche qui ne justifiait pas d'incapacité de travail (p. 34, ch. 7.4 et 8 du rapport d'expertise neurologique). Pour le surplus, la Dre N.\_\_\_\_\_ a simplement noté que la recourante avait demandé, au cours de l'anamnèse, de pouvoir se lever en déclarant que c'était moins pénible que la station assise (p. 32, ch. 4.1 du rapport d'expertise neurologique). Enfin, l'expert psychiatre a uniquement mentionné que l'assurée était demeurée clame pendant l'entretien, mais qu'elle avait dû se lever à plusieurs reprises à cause des douleurs (p. 8, ch. 4.1 du rapport d'expertise psychiatrique). Il convient par ailleurs de relever que l'aspect démonstratif de la recourante avait déjà été mentionné précédemment par la neuropsychologue H.\_\_\_\_\_, qui avait écrit dans son rapport du 9 mars 2018 que l'intéressée avait « une mimique très expressive et une attitude un peu démonstrative ».

S'agissant du traitement contre la douleur, la recourante expose dans son recours qu'elle avait expliqué aux experts qu'elle prenait peu d'antalgiques en raison de problèmes digestifs, mais qu'ils ne l'avaient pas comprise. Les experts ont noté que la recourante prenait deux comprimés d'Irfen 800 par jour et le Dr X.\_\_\_\_\_ s'en est étonné face aux douleurs alléguées. Au cours de l'entretien avec la recourante, l'expert en médecine interne a pris note qu'elle ne tolérait pas la morphine, le Novalgin et le Tramal, en raison d'effets secondaires (nausées et palpitations) ou de réactions allergiques. L'intéressée lui a parlé spontanément de son endométriose ainsi que de ses douleurs à l'épaule et au bras gauche, au dos, à la nuque et au pied, mais n'a rien mentionné s'agissant de douleurs digestives (pp. 13 s., ch. 3.1 du rapport

d'expertise de médecine interne). Au moment de l'entretien approfondi, l'assurée a déclaré qu'elle prenait de l'Irfen 800 deux fois par jour depuis une quinzaine de jours « car les douleurs [étaient] réveillées actuellement » et qu'il s'agissait du seul médicament « qui [avait] un peu d'effet ». Durant l'anamnèse systémique, qui a inclus notamment la gastroentérologie, elle n'a signalé aucune douleur abdominale ni reflux gastro-oesophagien, épigastralgie ou trouble du transit (p. 17, ch. 3.2 du rapport d'expertise de médecine interne). Il apparaît ainsi que la recourante n'a pas mentionné les raisons pour lesquelles elle ne prenait pas d'autres antalgiques malgré ses douleurs et il n'existe par ailleurs aucun autre élément du dossier suggérant qu'elle ne peut pas prendre d'anti-inflammatoire ou d'autre médication antalgique pour soulager ses douleurs, respectivement que la prise d'anti-inflammatoire lui causerait des troubles gastriques invalidants. En particulier, les Drs Q. \_\_\_\_\_ (rapport du 8 juin 2015) et P. \_\_\_\_\_ (rapport du 24 mars 2016) n'ont mentionné dans leurs rapports que la prescription de physiothérapie et d'ergothérapie, tandis que le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 18 février 2019 que le traitement actuel était constitué d'un anti-dépresseur, d'un suivi psychologique et de physiothérapie.

**b)** Pour le surplus, comme déjà dit, les experts de C. \_\_\_\_\_ SA ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. synthèse du dossier, annexe 4 du rapport), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné la recourante depuis le dépôt de sa demande de prestations. Les experts ont chacun examiné la recourante et établi un rapport portant sur leur spécialité respective. Ces quatre rapports comprennent, d'une part, l'anamnèse établie par l'expert sur la base de son entretien avec la recourante, incluant son parcours de vie, ses plaintes, ses antécédents médicaux ainsi que sa journée-type et, d'autre part, les observations, les diagnostics et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé. Sur la base de ces quatre rapports, les experts ont établi une évaluation consensuelle, proposant une synthèse étayée de la situation médicale de la recourante. Cette expertise

remplit ainsi l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière et jouit dès lors d'une pleine valeur probante.

**c)** Il suit de là que la Cour ne voit pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du 16 décembre 2020, à savoir que la recourante présente diverses atteintes à la santé somatiques (douleurs persistantes à l'épaule gauche, cervicalgies, lombalgies, syndrome fémoro-patellaire, symptômes sensitifs de l'hémicorps gauche, migraine sans aura et endométriose) qui ne lui permettent plus d'exercer son activité d'esthéticienne à plein temps, mais qu'elle dispose toutefois d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles se définissent comme suit : pas d'efforts de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 10 kg ; pas d'effort du bras gauche, pas de mouvement au-delà de la ligne des épaules (90° d'abduction), pas de mouvement maintenu bras en l'air, bras écarté sur le côté ou en avant ; éviter le maintien de position à genoux ou accroupie, éviter les montées et descentes d'escalier répétées, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage).

**6.** La recourante s'en prend ensuite au calcul de son taux d'invalidité. Elle reproche en particulier à l'intimé d'avoir retenu un revenu sans invalidité de 46'549 fr. 71 au lieu de 46'950 fr., de ne pas avoir réduit le revenu avec invalidité de 40 %, estimant ne pouvoir travailler qu'à 60 %, et d'avoir retenu un abattement de 5 % seulement, plutôt que de 20 %.

**a)** Il est constant que le degré d'invalidité de la recourante doit être évalué selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus, qui consiste à comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**b)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

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).

**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).

**d)** Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un

même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C\_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2).

**7.** En l'espèce, l'intimé a déterminé le degré d'invalidité en se référant aux revenus statistiques tant pour le revenu sans invalidité que pour le revenu avec invalidité. Il apparaît cependant d'emblée que l'intimé a opéré ses calculs sur les chiffres de 2014, alors que le droit éventuel à la rente ne peut prendre naissance qu'en mai 2015, compte tenu du dépôt de la demande de prestations en novembre 2014 (art. 29 al. 1 LAI). En l'occurrence, la variation des salaires nominaux pour les femmes en 2015 a été de 0,5 % (cf. Tableau T39 « évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels » ; TF 9C\_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.2). Quant à la durée normale du travail dans les entreprises, elle était de 41,7 heures en 2015.

**a)** S'agissant du revenu sans invalidité, le recours aux statistiques résulte de l'examen du dossier d'une indépendante effectué le 4 décembre 2018, fondé sur les comptes 2007 à 2015 versés au dossier par la recourante. Il en était ressorti que l'intéressée avait débuté son activité indépendante en 2003 et qu'elle l'avait exercée parallèlement à une activité salariée à temps partiel en tant qu'employée de commerce jusqu'en mars 2009. Cependant, le chiffre d'affaires réalisé n'avait jamais dépassé 39'687 fr., en 2008, et s'était stabilisé autour de 30'000 fr. à partir de 2013. L'intimé avait ainsi considéré que cette activité n'avait jamais permis à l'intéressée de valoriser un taux d'activité à 100 %. Il s'est référé au tableau TA1\_skill\_level, n°96 (autres services personnels), niveau de compétence 2 englobant notamment les tâches pratiques telles que la vente et les soins de l'ESS 2014, selon lequel le revenu moyen des femmes dans cette branche d'activité s'élevait à 3'721 fr. par mois pour une semaine de 40 heures de travail.

Dans ses écritures la recourante admet que son activité indépendante ne lui permettait que rarement d'atteindre un revenu

annuel de 30'000 fr. lorsqu'elle travaillait à 100 %, et donc le recours aux salaires statistiques. Elle critique toutefois l'utilisation des données correspondant aux autres services personnels et préconise d'utiliser celles qui concernent sa qualification d'employée de commerce avec CFC en se référant au revenu avec invalidité et en évoquant la notion d'activité adaptée. Il s'agit vraisemblablement d'une confusion et il faut rappeler ici que le revenu sans invalidité doit être déterminé en fonction de l'activité qui était exercée de manière habituelle lors de la survenance de l'invalidité. En l'occurrence, au moment de déposer sa demande de prestations en 2014, la recourante se consacrait entièrement à son activité indépendante depuis cinq ans, dans le domaine des soins esthétiques et de la vente de produits de beauté. Par conséquent, l'appréciation de l'intimé est convaincante et peut être suivie. Rapporté à la durée normale du travail de 41,7 heures par semaine et indexé à 2015, le revenu annuel sans invalidité s'élève à 46'782 fr. 46.

**b)** Pour le revenu avec invalidité, l'intimé a recouru aux statistiques sur le constat que la recourante n'avait pas repris une activité adaptée permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle. Il s'est référé au tableau TA1\_skill\_level, niveau de compétence 1 correspondant aux tâches physiques ou manuelles simples, de l'ESS 2014, selon lequel le revenu moyen des femmes tous secteurs confondus s'élevait à 4'300 fr. par mois pour une semaine de 40 heures de travail.

L'assurée estime pour sa part que, dans la mesure où elle est titulaire d'un CFC d'employée de commerce, le revenu dans l'activité adaptée doit être basé sur le salaire mensuel brut dans le cadre d'activités de service administratif (sans 78), niveau de compétence 1, soit 3'753 fr. par mois pour une semaine de 40 heures. Cette argumentation ne peut être suivie. En effet, un CFC d'employé de commerce ouvre un large éventail d'activités salariées à son titulaire, qui ne sont donc pas limitées aux seules tâches administratives dans le domaine des services. Il ne se justifie donc pas d'opter pour un domaine d'activité précis. Par ailleurs, le CFC d'employé de commerce constitue justement une qualification adaptée aux tâches administratives dans le domaine des services, de

sorte qu'il faudrait se référer à tout le moins au niveau de compétence 2, pour lequel le revenu moyen pour les femmes en 2014 s'élevait à 4'811 fr., ce qui ne va pas dans l'intérêt de la recourante. Enfin, la jurisprudence considère que, dans l'ESS, le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, de sorte que ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les intéressés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides (cf. TF 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter du revenu avec invalidité retenu par l'intimé. Rapporté à la durée normale du travail de 41,7 heures par semaine et indexé à 2015, cela correspond à un revenu annuel de 54'061 fr. 97.

**c)** La recourante fait valoir que le revenu avec invalidité doit être calculé pour un taux d'activité de 60 %. Cependant, pour les motifs exposés au considérant 5, l'intimé pouvait retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce qui exclut de réduire de 40 % le revenu avec invalidité.

En revanche, l'intimé a déduit un abattement de 5 % sur le revenu avec invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante, ce qui porte celui-ci, compte tenu du correctif mentionné ci-dessus, à (54'061.97 x 5%) 51'358 fr. 87, le préjudice économique restant négatif

(46'782.46	-	51'358.87	=
------------	---	-----------	---

-4'576.41) et le degré d'invalidité nul. La recourante requiert l'application d'un abattement plus élevé en faisant valoir, d'une part, qu'elle dispose de peu d'expérience en tant qu'employée de commerce et qu'elle n'a plus travaillé dans ce domaine depuis plus de dix ans et, d'autre part, que l'importance des limitations fonctionnelles induites par son état de santé justifie un abattement plus important.

Or, la jurisprudence considère que, dans l'ESS, le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. TF 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3, déjà cités). Ainsi, retenir le niveau de compétence 1 alors que la recourante est titulaire d'un CFC d'employée de commerce, donc au bénéfice d'une qualification professionnelle, compense largement les éventuels désavantages salariaux liés à un changement d'activité en cours de carrière, incluant l'absence de formation particulière ou d'expérience professionnelle préalable dans un nouveau domaine. Un abattement supplémentaire ne se justifie dès lors pas sur ce plan. S'agissant par ailleurs des limitations fonctionnelles, dès lors que le revenu statistique retenu est compatible avec des limitations peu contraignantes, l'abattement de 5 % effectué par l'intimé à cet égard revient à admettre que les limitations fonctionnelles présentées par la recourante sont plus importantes. Il n'apparaît toutefois pas que lesdites limitations soient d'une intensité telle qu'un abattement supplémentaire s'imposerait. Au demeurant, ce critère pourrait tout au plus justifier une déduction supplémentaire de 5 %, laquelle porterait le revenu avec invalidité à 48'655 fr. 77, avec un préjudice économique également négatif ( $46'782.46 - 48'655 \text{ fr. } 77 = -1'873.31$ ) et donc un degré d'invalidité nul, étant au surplus relevé qu'aucun droit à une rente ne serait ouvert même en appliquant l'abattement maximum admissible de 25 % (soit un revenu avec invalidité de 40'546 fr. 47 et un degré d'invalidité de 13.33 %).

**8.** A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

A cet égard, et comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une

telle expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

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

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

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 16 juillet 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 F.\_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Eric Muster (pour F.\_\_\_\_\_),
- 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 :