

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 avril 2023

---

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

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

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.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], droitière, titulaire d'un CFC d'esthéticienne obtenu en 2008, a travaillé en tant qu'esthéticienne indépendante de 2010 à mai 2018. Elle a alors interrompu son activité et a touché des indemnités journalières de son assurance perte de gain en cas de maladie en raison d'une incapacité de travail de 100 % attestée dès le 28 mai 2018. Elle 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) le 26 octobre 2018, en faisant état d'une tendinite des fléchisseurs de la main droite et de douleurs au bras depuis le 18 mai 2018, d'un suivi psychothérapeutique dès juillet 2018 ainsi que de céphalées tensionnelles quotidiennes depuis août 2018.

Le 29 novembre 2018, l'assurée a déposé sa comptabilité relative aux années 2013 à 2017, sa déclaration d'impôt 2017 et ses décisions d'impôt pour les années 2013 à 2016, ainsi que le formulaire de détermination du statut en indiquant que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 %.

L'assurance perte de gain en cas de maladie de l'assurée a remis une copie de son dossier à l'OAI le 7 décembre 2018, en particulier un rapport établi le 2 août 2018 par la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, posant le diagnostic de syndrome du rond pronateur droit et précisant qu'un électroneuromyogramme (ENMG) avait exclu un syndrome du tunnel carpien.

Dans un rapport du 23 avril 2019, la Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a posé le diagnostic de surcharge des tendons fléchisseurs du poignet et des doigts et irritation des nerfs médians et ulnaires au poignet et au coude droits. La situation paraissait lentement favorable, mais il subsistait des douleurs ainsi que des paresthésies des doigts 3 à 5 lors d'activités manuelles. Le pronostic pour une reprise de l'activité habituelle était réservé, mais la capacité de travail pourrait être

entière en cas de redirection professionnelle. Les gestes répétitifs et le port de charges devaient être évités.

Des mesures d'intervention précoce ont été mises en place dès décembre 2018 (communication de l'OAI du 3 décembre 2018). Après un bilan, l'assurée a bénéficié de séances de coaching avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de janvier à septembre 2019 (communications de l'OAI des 23 janvier et 24 mai 2019), puis d'un reclassement professionnel du 30 septembre au 31 décembre 2019 pour recherche de stage (communications de l'OAI des 2 octobre et 26 novembre 2019) et a obtenu dès lors des indemnités journalières (communications de l'OAI des 9 septembre et 26 novembre 2019). L'assurée a ensuite suivi un stage au taux de 60 % en vue de devenir formatrice, du 21 janvier au 14 février 2020 (cf. proposition/bilan de mesure REA du 6 janvier 2020), toujours au bénéfice d'indemnités journalières (communication de l'OAI du 20 janvier 2020). A l'issue du stage, l'assurée a fait part à l'OAI de difficultés rencontrées durant cette mesure en raison de douleurs, motivant de nouvelles investigations médicales (cf. note d'entretien du 17 février 2020). Elle a cependant participé à un entretien d'embauche pour un poste de réceptionniste dans une clinique le 25 février 2020, de sorte que le coaching a été prolongé au 31 mars 2020, de même que les indemnités journalières (cf. note d'entretien du 20 février 2020, proposition/bilan de mesure REA du 21 février 2020 et communication de l'OAI du 24 février 2020). Les mesures de reclassement ont cependant été interrompues le 7 avril 2020, en raison de l'évolution de la situation médicale de l'assurée (cf. Rapport final REA du 7 avril 2020).

Répondant le 24 avril 2020 à un questionnaire de l'OAI, la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de fibromyalgie, de tendinopathie des fléchisseurs de l'avant-bras droit et d'état dépressif réactionnel, atteintes présentes depuis 2018. La patiente faisait état de difficultés mécaniques au niveau du membre supérieur droit et des deux membres inférieurs, ainsi que de douleurs multiples d'origine indéterminée, notamment lombaires, avec une récurrence

des plaintes lors du stage. L'incapacité de travail était totale depuis le 31 janvier 2020, pour une durée indéterminée. La Dre H. \_\_\_\_\_ a joint les pièces suivantes :

- Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) des membres inférieurs du 17 février 2020.
- Les rapports des 8 et 26 mars 2020 de la Dre W. \_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie et vénérologie, posant les diagnostics d'urticaire aquagénique, xérostomie depuis 2018, myalgies et arthralgies d'origine indéterminée, fatigue chronique, tendinite du pouce droit avec hyperesthésies, migraines, acouphènes, dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire droite et douleurs abdominales.
- Un rapport de consultation établi le 23 avril 2020 par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, retenant les diagnostics de fibromyalgie floride, céphalées de tension, douleurs abdominales et lombalgies, avec la précision que le tableau clinique était « tout à fait compatible avec une fibromyalgie, les points spécifiques [étant] tous positifs ».

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport le 26 mai 2020, dans lequel il a posé les diagnostics de fibromyalgie secondaire, d'hypermobilité articulaire bénigne, dolichocôlon et troubles anxieux. Il a relevé que le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, était d'accord avec le diagnostic de fibromyalgie et que c'était ce médecin qui avait découvert chez la patiente une hypermobilité articulaire bénigne, sans critère pour un syndrome d'Ehlers-Danlos, dont il fallait tenir compte pour la rééducation physique. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a ensuite indiqué le 29 juin 2020 que l'évolution était bonne, la physiothérapie avec le Dr X. \_\_\_\_\_ étant « très bénéfique ».

Le 14 juillet 2020, l'OAI a obtenu une copie du dossier de l'assurance perte de gain maladie, lequel contenait en particulier les pièces suivantes :

- Les rapports des différents examens radiologiques effectués en octobre et novembre 2018 (angio-IRM des vaisseaux pré-cérébraux, angio-IRM cérébrale et des orbites et CT-Scan cérébral).
- Un rapport établi le 22 octobre 2018 par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dont il ressort que l'assurée ne remplissait pas les critères pour une hémicrânie continue, que l'examen neurologique était normal, révélant plutôt des signes d'une certaine surcharge fonctionnelle, tandis que le bilan électrophysiologique était « également strictement normal » et sans évidence pour une souffrance du nerf médian, du nerf ulnaire et du nerf radial à droite, ni pour un syndrome du supinateur.
- Un rapport du 16 novembre 2018 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, lequel ne mettait en évidence aucune maladie ostéoarticulaire ou musculaire spécifique.

Dans un rapport adressé le 28 juillet 2020 à la médecin généraliste de l'assurée, le Dr B.\_\_\_\_\_ a ajouté les diagnostics de polyarthralgie et d'intolérance au Surmontil et aux antidépresseurs tricycliques et a fait état d'une amélioration de l'examen neurologique sur le plan des mouvements et de la pseudo-parésie des membres inférieurs. Le tableau douloureux de la fibromyalgie persistait néanmoins.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété un questionnaire de l'OAI le 5 octobre 2020. Précisant qu'il suivait l'assurée depuis le 20 juillet 2018, il a posé les diagnostics d'état dépressif chronique (F32), avec évolution régressive, et de personnalité fragile. La capacité de travail était nulle dans toute activité et la situation clinique était un facteur très limitant à la réadaptation. Prié par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) de donner plus de détails, notamment sur la capacité de travail dans l'activité d'esthéticienne ou dans une activité adaptée, le Dr P.\_\_\_\_\_ a répété le 16 décembre 2020 que la capacité de travail était nulle dans toute activité et ajouté que les

limitations fonctionnelles étaient en rapport avec le status actuel, à savoir une situation de douleur psychique grave ainsi que de fortes douleurs physiques, une importante tristesse, une aboulie, une anhédonie et une perte de l'élan vital.

Reprenant l'examen du dossier, le SMR a exposé ce qui suit dans son avis du 13 janvier 2021 :

« Discussion

Sur le plan somatique, il n'y a plus a priori d'atteinte incapacitante depuis la guérison de la tendinite. Il existe uniquement des troubles fonctionnels qui ont été assez intenses puisque le neurologue évoquait une quasi para-parésie des membres inférieurs mais en forte amélioration. Nous ne sommes pas convaincus par le [rapport médical] du psychiatre, peu informatif et ne donnant pas d'information sur le retentissement de l'atteinte. Pour une bonne instruction de ce dossier nous souhaitons l'organisation d'une expertise bi-disciplinaire :

- Expertise psychiatrique
- Expertise neurologique

L'expertise somatique est demandée étant donné qu'il persiste une légère pseudo-parésie. »

L'OAI a mis en œuvre cette expertise auprès de J.\_\_\_\_\_, à [...], et a confié les mandats aux Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. A la demande de ces deux médecins, un mandat a également été confié au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Les experts ont déposé leur rapport le 7 juin 2021. Celui-ci est composé en particulier d'une synthèse du dossier (ch. 2), d'une évaluation consensuelle (ch. 3) et des expertises spécialisées (ch. 5, expertise neurologique ; ch. 6, expertise rhumatologique ; ch. 7, expertise psychiatrique). Dans l'évaluation consensuelle, les experts ont retenu comme diagnostic incapacitant un syndrome lombaire non déficitaire sur scoliose dorso-lombaire gauche avec discopathie modérée (M51.8). Les autres diagnostics retenus, en particulier un syndrome de douleurs chroniques dans le cadre d'une fibromyalgie (M79.7), une hyperlaxité ligamentaire (M25.2), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), un trouble de la personnalité anxieuse évitante (F60.6) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), n'étaient pas incapacitants. La capacité

de travail était de 50 % depuis novembre 2019 dans l'activité habituelle, respectivement de 100 % dans une activité adaptée. Dans l'expertise rhumatologique, l'expert a précisé que les limitations fonctionnelles étaient le port fréquent de charges supérieures à 10 kg, ainsi que la station debout et assise prolongée.

Le 12 juillet 2021, le SMR a pris connaissance de ce rapport d'expertise et a conclu comme suit :

« Discussion :

Les expertises sont convaincantes et claires. Les plaintes de l'assurée ont été entendues, les anamnèses sont précises, les status complets, les diagnostics argumentés et les diagnostics antérieurs discutés. Les ressources sont étudiées et nous estimons que les conclusions sont cohérentes avec les éléments retenus. La psychiatrie ne fournit pas d'historique des [capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée] se référant dans son rapport à les fixer comme totales à la date de l'expertise. Mais clairement la [capacité de travail dans une activité adaptée] est évaluée comme totale depuis toujours dans la partie consensuelle. Nous allons donc retenir cette estimation qui a été discutée entre experts et qui précise le rapport psychiatrique sans le contredire. »

Un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier le 5 août 2021.

Le 27 août 2021, l'OAI a procédé à l'évaluation économique pour les indépendants. Sur la base des comptes de l'assurée pour les années 2013 à 2017 ainsi que des revenus accessoires inscrits dans son compte individuel AVS, les évaluateurs ont déterminé que le revenu sans invalidité s'élevait à 20'345 fr. en 2016. Un changement d'activité était raisonnablement exigible.

Le 7 décembre 2021, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Il a considéré qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, le 28 mai 2019, l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, mais de 100 % dans une activité adaptée. La capacité de travail résiduelle pouvait être mise en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle

ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples, ouvrière dans le conditionnement, ainsi que les activités d'aide-administrative (réception, scannage et autres) et/ou de vente simple (shop et autres). En 2019, le revenu sans invalidité s'élevait à 20'630 fr. et le revenu avec invalidité, fondé sur le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, à 55'173 fr. 34. Le degré d'invalidité était dès lors nul.

Dans une communication séparée du même jour, l'OAI a proposé une aide au placement à l'assurée. Cette dernière y a cependant renoncé, indiquant au cours d'un entretien téléphonique du 12 janvier 2022 que son état de santé ne lui permettait pas de s'engager dans cette mesure en raison de ses douleurs qui l'obligeaient à marcher avec des cannes. Elle a confirmé son renoncement par courrier du 17 janvier 2022.

Par décision du 9 mars 2022, reprenant la motivation de son projet du 7 décembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

**B.** Z.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 28 avril 2022. Précisant avoir reçu la décision le 15 mars 2022, elle faisait valoir que ses problèmes de santé ne lui permettaient pas de travailler à 100 %, même dans une activité adaptée. Elle a joint l'historique de ses problèmes de santé ainsi qu'un récapitulatif des différents examens médicaux et thérapies mises en œuvre, dans lesquels elle faisait valoir en particulier que ses problèmes de santé étaient bien antérieurs au dépôt de sa demande de prestations, qu'elle avait récemment repris un suivi avec une psychologue et que des investigations étaient en cours pour une maladie de Crohn.

Dans sa réponse du 8 juin 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que les répercussions des diverses atteintes à la santé dont souffrait la recourante avaient été évaluées lors d'une

expertise pluridisciplinaire et que des mesures de reclassement avaient été mises en œuvre, sans succès. L'intimé se disait néanmoins prêt à soumettre au SMR les rapports relatifs aux investigations mentionnées par la recourante.

Répliquant le 11 août 2022, la recourante a exposé qu'elle ne voyait pas comment elle pourrait exercer une activité professionnelle telle que décrite par l'intimé comme adaptée à son état de santé. Elle contestait par ailleurs le revenu sans invalidité retenu, dès lors que son activité était déjà influencée par ses problèmes de santé. Enfin, elle relevait certains passages du rapport d'expertise psychiatrique, qui lui paraissaient incorrects ou insuffisamment motivés. Elle a joint une version annotée du rapport d'expertise psychiatrique et de la motivation de son recours, ainsi que les pièces médicales suivantes :

- Un rapport du 30 juin 2022 de la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Déclarant suivre la recourante depuis juin 2021, cette médecin expliquait que sa patiente présentait un état général altéré suggérant un trouble neurologique, mais que les nouveaux examens effectués étaient négatifs. Cependant, la patiente restait très limitée, d'une part, en raison d'un syndrome anxieux sévère de l'ordre de phobies limitant ses déplacements et, d'autre part, par l'impossibilité de réaliser les tâches ménagères en raison d'engourdissements et œdèmes des mains, de sensations vertigineuses, d'une grande sensibilité et fatigabilité des membres supérieurs. Un diagnostic de maladie inflammatoire de l'intestin avait été posé et la patiente présentait en outre un trouble de la concentration, des douleurs type fourmillements et dysesthésies des mains et jambes, ainsi que des douleurs dorsales. La capacité de travail était par conséquent nulle dans toute activité.
- Un rapport établi le 10 août 2022 par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue T.\_\_\_\_\_. Indiquant suivre la recourante depuis février 2022, ils ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33) actuellement en

rémission, trouble panique (F41.0), anxiété généralisée (F41.1), agoraphobie avec trouble panique (F40.01) et phobies sociales (F40.1). De nombreux symptômes anxieux étaient présents et entraînaient des comportements d'évitement, auxquels s'ajoutaient des douleurs quotidiennes qui représentaient un facteur susceptible de provoquer un épuisement psychique important. L'incapacité de travail était nulle dans toute activité.

Invitée à produire les résultats des examens complémentaires mentionnés par la Dre V. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 juin 2022, l'assurée a déposé les pièces suivantes le 30 août 2022 :

- Des rapports d'analyses biologiques dosant la calprotectine des 23 mars et 24 mai 2022.
- Un rapport de coloscopie du 4 avril 2022 concluant à la présence de trois petits polypes, mais ne mettant en évidence aucune maladie de Crohn iléocolique ou d'une recto-colite ulcéro-hémorragique (RCUH) et préconisant d'autres investigations en cas de persistance d'un taux élevé de calprotectine.
- Un rapport établi le 22 mars 2022 par une neurologue indiquant qu'il n'y avait pas les critères pour un traitement de fond des céphalées et relevant que les troubles de la marche avaient pour origine probable un trouble fonctionnel nécessitant une évaluation rhumatologique.
- Un rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ rappelant qu'il avait diagnostiqué en 2019 une hypermobilité articulaire et une fibromyalgie secondaire à cette affection.
- Un rapport de consultation d'urologie du 7 février 2022 écartant une dysfonction mictionnelle.

- Des rapports d'IRM du rachis cervico-dorsal du 4 février 2022 et d'IRM cervicale et angio-IRM des artères intracrâniennes du 7 février 2022.

Par réplique du 28 septembre 2022, l'intimé a confirmé ses conclusions, en se référant à un avis du 7 septembre 2022 dans lequel le SMR analysait les nouvelles pièces médicales versées au dossier et concluait comme suit :

« Discussion

Sur le plan somatique nous avons confirmation d'une absence d'atteinte objective neurologique, de la fibromyalgie, de l'absence d'Ehlers-Danlos. La seule différence avec les éléments de l'expertise est l'évocation d'une maladie intestinale. Le médecin traitant évoque une atteinte inflammatoire à tort puisque pour le moment il n'y a aucun signe de [recto-colite hémorragique] ou de Crohn. Ceci rend peu crédible son [rapport médical] qui ne fournit aucun élément clinique et n'atteste une [capacité de travail] nulle qu'à partir de l'anamnèse. La seule augmentation de la calprotectine ne pouvant être incapacitante en elle-même, nous n'avons pas d'éléments permettant de nous écarter des conclusions des experts somaticiens. Sur le plan psychiatrique, là aussi nous n'avons pas vraiment de status et des éléments purement anamnestiques. Un accord se fait avec les experts sur un trouble dépressif en rémission. Concernant les troubles anxieux, ils sont connus de longue date, notés par le neurologue et le psychiatre précédent, explorés par l'experte qui ne les estime pas incapacitants. Quant aux troubles phobiques ils n'ont jamais été évoqués jusque-là alors qu'il s'agit de troubles névrotiques, structurels, qui n'auraient pu échapper au Dr P. \_\_\_\_\_ ni à l'experte. Leur apparition depuis l'expertise est totalement improbable. Dans ces conditions nous n'avons aucune raison de modifier notre position qui suit celles des experts. »

Dans une ultime détermination du 2 novembre 2022, la recourante a relevé que son parcours de vie montrait sa tendance à l'évitement face à ses phobies, entraînant l'absence de vie sociale. Elle n'avait vu le Dr P. \_\_\_\_\_ que rarement, à une époque où ses troubles phobiques n'avaient pas lieu d'être discutés, et elle ne se souvenait pas si la problématique des phobies avait été abordée avec l'experte psychiatre. Elle renvoyait pour le surplus au rapport de ses psychothérapeutes du 10 août 2022.

**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 pascales (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)** Le recours porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-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). En vertu du principe général de droit transitoire, selon lequel – en cas de changement de loi – les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit à une rente doit être examiné au regard du droit applicable à la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 29 al. 1 LAI.

Dans le cas présent, le début du droit à la rente est fixé au 28 mai 2019, compte tenu du délai de carence d'un an après le début de l'incapacité de travail ininterrompue (art. 28 al. 1 let. c LAI ; Circ. DT DC AI ch. 1007 et 1008 ; TF I 222/05 consid. 2.1) et du dépôt de la demande de

prestations le 26 octobre 2018 (art. 29 al. 1 LAI). Sont dès lors applicables les dispositions de la LAI et des ordonnances y relatives dans leur ancienne teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, alors même que la décision a été rendue en 2022.

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

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

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**c)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante

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

**5. a)** L'intimé a retenu que la recourante présentait, dans son activité habituelle d'esthéticienne indépendante, une incapacité de travail de 50 % à l'issue du délai d'attente d'une année. En revanche, la capacité de travail dans une activité adaptée avait toujours été complète. La recourante conteste présenter une quelconque capacité de travail.

Durant l'instruction, de nombreux rapports médicaux ont été recueillis par l'intimé, faisant état de différents diagnostics sur les plans somatiques et psychiques. En mai 2018, la recourante a interrompu son activité professionnelle en raison de douleurs à la main et au bras droit. Le diagnostic de syndrome du rond pronateur droit a été posé en août 2018 par la Dre D.\_\_\_\_\_. Par la suite, l'assurée a été adressée à un rhumatologue et un neurologue, lesquels ont exclu l'origine neurologique ou ostéo-articulaire de ces douleurs. Puis la Dre N.\_\_\_\_\_ a évoqué en avril 2019 une surcharge des tendons et une irritation des nerfs médian et ulnaire, tout en constatant une lente amélioration. Cette médecin a alors déterminé que la capacité de travail pourrait être entière dans une activité évitant les gestes répétitifs et le port de charges. Compte tenu de cette évolution favorable, des mesures de réadaptation ont été mises en œuvre par l'OAI, mais ont été interrompues début 2020 en raison de l'apparition de nouvelles douleurs. La recourante a passé d'autres examens médicaux, en particulier sur les plans neurologique et rhumatologique, mais également auprès d'une dermatologue et d'un gastroentérologue. Un arrêt

de travail complet a été attestée dès le 31 janvier 2020 par la médecin généraliste traitante de la recourante et prolongé par le Dr B. \_\_\_\_\_ (cf. rapport de ce spécialiste du 26 mai 2020), mais ces médecins ne se sont prononcés ni sur la capacité de travail dans une activité adaptée ni sur les limitations fonctionnelles, tandis qu'une amélioration des symptômes a été rapportée par le Dr B. \_\_\_\_\_ en juillet 2020. Un rapport a ensuite été déposé par le psychiatre qui suivait l'assurée depuis juillet 2018, lequel concluait à une incapacité de travail totale dans toute activité et mentionnait que l'ensemble de la situation clinique, physique et psychique, était un facteur très limitant à la réadaptation (cf. rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 5 octobre 2020), éléments que le psychothérapeute n'a pas précisé malgré une demande en ce sens du SMR (cf. rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 16 décembre 2020).

Face à un tel tableau clinique, c'est à juste titre que l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. A l'instar du SMR, il faut constater que, pour établir leur rapport du 7 juin 2021, les experts de J. \_\_\_\_\_ ont tenu compte de l'ensemble du dossier médical de la recourante et ont discuté les divers diagnostics évoqués par les médecins consultés depuis mai 2018. Les plaintes de la recourante ont été recueillies et mises en relation avec les constatations cliniques, dans une analyse poussée de la situation. Les conclusions sont en outre claires et motivées.

**b)** Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue a confirmé les diagnostics de fibromyalgie et d'hyperlaxité ligamentaire mentionnés par les médecins traitants, mais a retenu que seul le syndrome lombaire non déficitaire sur scoliose dorsolombaire était incapacitant. Pour sa part, l'expert neurologue n'a constaté qu'un seul diagnostic dans sa spécialité, à savoir une probable céphalée mixte non incapacitante.

Les constats médicaux des deux experts somaticiens rejoignent ainsi ceux des médecins consultés par la recourante jusque-là, s'agissant de la symptomatologie et des diagnostics médicaux. En les confrontant avec les plaintes de l'assurée, l'expert rhumatologue a établi

une corrélation avec les douleurs lombaires, mais non avec les autres douleurs généralisées. Il a également évalué les ressources de la recourante et les difficultés qu'elle rencontre dans sa vie quotidienne, avant de déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Ces conclusions ne paraissent pas contradictoires avec les autres éléments au dossier. Quant aux rapports médicaux produits dans le cadre du recours, il y est certes évoqué de nouvelles investigations, mises en œuvre par un médecin généraliste récemment consultée par l'intéressée. Les médecins consultés par la recourante en 2022 n'opposent toutefois pas d'arguments susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts quant à l'impact des divers diagnostics posés sur la capacité de travail de la recourante. En particulier, la Dre V. \_\_\_\_\_ se limite dans son rapport du 30 juin 2022 à transmettre le ressenti de sa patiente, sans apporter de constatations objectives. A cette lacune s'ajoute le fait, relevé par le SMR dans son avis du 7 septembre 2022, que ce médecin annonce comme certain le diagnostic de maladie inflammatoire de l'intestin alors que l'examen gastroentérologique est négatif. En conséquence, il faut admettre que les expertises neurologique et rhumatologique jouissent d'une pleine valeur probante.

**c)** Sur le plan psychiatrique, l'experte a confirmé et précisé les diagnostics posés par le Dr P. \_\_\_\_\_, mais a considéré que ces atteintes n'étaient pas incapacitantes. A cet égard, l'experte a procédé à une analyse répondant aux exigences posées par la jurisprudence en la matière. En effet, après un examen global de l'état psychique de la recourante, elle a étudié les différents indicateurs, en particulier les limitations fonctionnelles induites par l'état psychique et les ressources de la recourante. Les griefs soulevés par l'intéressée contre cette expertise sont principalement factuels, en l'occurrence quelques erreurs de dates, sans incidence sur l'appréciation médicale. Les autres critiques concernent des éléments dont la recourante déclare ne plus se souvenir, ce qui ne suffit pas non plus à jeter le doute sur les résultats des investigations de l'experte.

S'agissant du rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ et de la psychologue T. \_\_\_\_\_ du 10 août 2022, il faut relever en premier lieu que ceux-ci ont constaté, comme l'experte et le Dr P. \_\_\_\_\_, que le trouble dépressif récurrent était en rémission. Une divergence importante existe en revanche à propos de la symptomatologie anxieuse. Alors que l'experte psychiatre a retenu une personnalité anxieuse évitante, les nouveaux psychothérapeutes ont fait état de quatre diagnostics en relation avec une symptomatologie anxieuse : trouble panique, anxiété généralisée, agoraphobie avec trouble panique et phobies sociales. Leur rapport du 10 août 2022 intervient après une prise en charge débutée en février 2022, dont la fréquence n'a pas été précisée. La survenance des problématiques d'anxiété est toutefois mise en relation avec le décès de la mère de la recourante, en 2002, avec une intensification lors du premier épisode dépressif en 2010. Les psychothérapeutes traitants ont ajouté que l'évolution des symptômes anxieux avait probablement été renforcée par d'autres événements traumatisants vécus par l'assurée au cours de sa vie (noyade, viol, suicide d'un cousin). Ils ont mentionné une modification progressive du mode de vie de la patiente destinée à éviter des situations décrites comme angoissantes (contraintes horaires, déplacements). Il convient ainsi de constater, avec le SMR, que les nouveaux psychothérapeutes ne font pas état d'une symptomatologie nouvelle, mais bien d'éléments anamnestiques censés être déjà présents lorsque la recourante a consulté le Dr P. \_\_\_\_\_, ainsi qu'au moment de l'expertise. Il paraît dans ces conditions particulièrement étonnant que de tels troubles aient pu échapper à deux spécialistes. On constate par ailleurs que la recourante n'a jamais relaté, avant 2022, qu'elle se serait tournée vers une activité indépendante parce que les contraintes horaires d'un emploi salarié causaient des angoisses. En outre, bien qu'interrogée par l'experte psychiatre sur le déroulement des journées, ses loisirs ou ses modes de déplacements, la recourante n'a pas évoqué de crainte particulière pour conduire, sortir ou s'éloigner de son domicile. De tels éléments ne ressortent pas non plus de l'argumentation du recours ni du récapitulatif de ses problèmes de santé qu'elle a joint à son recours. Pour le surplus, les nouveaux psychothérapeutes n'ont pas motivé l'incapacité de travail totale qu'ils ont retenue et n'ont déterminé aucune limitation

fonctionnelle d'ordre psychique. Ainsi, il faut admettre avec le SMR que le rapport du 10 août 2022 ne permet pas de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique.

**d)** En définitive, il apparaît que l'intimé était fondé à retenir, sur la base du rapport d'expertise du 7 juin 2021, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liée à l'atteinte lombaire. La capacité de travail dans l'activité habituelle étant de 50 %, un changement d'activité est exigible de la part de la recourante (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2 ; TF 9C\_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2).

**6.** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA ; cf. consid. 3b ci-dessus).

**a)** Le revenu sans invalidité doit être évalué 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).

**aa)** Dans le cas d'un travailleur indépendant, le revenu sans invalidité est déterminé en tenant compte de l'évolution de l'activité que l'assuré aurait exercée sans l'atteinte à la santé, eu égard à ses compétences professionnelles et personnelles, au type d'activité, à la situation économique et au développement de l'entreprise. Les revenus ou les résultats d'exploitation moyens d'entreprises semblables peuvent servir de base pour évaluer le revenu hypothétique (TF 9C\_502/2014 du 5 septembre 2014 consid. 3 et les références citées). On peut aussi se référer aux revenus figurant sur l'extrait du compte individuel de

l'assurance-vieillesse et survivants (TF 9C\_153/2020 du 9 octobre 2020 consid. 2 ; 8C\_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.2.2).

**bb)** Il est possible de s'écarter du dernier revenu reçu avant la survenance de l'atteinte à la santé lorsqu'on ne peut le déterminer sûrement, notamment lorsqu'il est soumis à des fluctuations importantes ; il faut alors procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue (TF 9C\_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 ; TF 9C\_658/2015 du 9 mai 2016 consid. 5.1.1). En effet, plusieurs années doivent être prises en référence, afin que les bons et mauvais exercices se compensent. En outre, les revenus qui auraient pu être influencés par l'atteinte à la santé ne doivent pas être pris en compte (cf. TF 9C\_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.2).

**cc)** Les revenus obtenus par l'exercice d'une ou de plusieurs activités accessoires sont pris en considération dans la fixation du revenu sans invalidité, lorsque la personne assurée réalisait déjà de tels gains accessoires avant l'atteinte à la santé et si l'on peut admettre qu'elle aurait, selon toute vraisemblance, continué à les percevoir si elle était restée en bonne santé. Est décisif le fait que la personne assurée obtenait un revenu qu'elle continuerait à percevoir si elle n'était pas devenue invalide (parmi d'autres, TF 8C\_765/2016 du 13 septembre 2017 consid. 4.5 et TF 9C\_699/2008 du 26 janvier 2009 consid. 3.3).

**b)** 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)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**d)** 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).

**7.** La recourante critique uniquement le montant du revenu sans invalidité retenu par l'intimé, en exposant que son activité indépendante était déjà influencée par son état de santé. Elle fait cependant référence à la fibromyalgie, diagnostiquée peu après l'interruption de son activité. Or, les experts ont retenu que la fibromyalgie dont souffre la recourante n'est pas incapacitante et que seule l'atteinte lombaire entraîne une diminution de sa capacité de travail dans l'activité habituelle, depuis 2019, soit postérieurement à l'arrêt de travail (mai 2018). La prise en compte des revenus tirés de l'activité indépendante et des activités accessoires par l'intimé pour déterminer le revenu sans invalidité n'est par conséquent pas critiquable. Il en va de même du revenu avec invalidité au moyen de l'ESS 2018.

Au demeurant, il y a lieu de relever que, si les revenus de l'activité indépendante de l'assurée ne pouvaient être utilisés dans le calcul du degré d'invalidité, il faudrait recourir aux données statistiques. Compte tenu de la formation de la recourante dans le domaine des soins esthétiques, il faudrait se référer au tableau TA1\_skill\_level de l'ESS 2018, n°96 (autres services personnels), niveau de compétence 2 englobant notamment les tâches pratiques telles que la vente et les soins, selon lequel le revenu moyen des femmes dans cette branche d'activité s'élevait à 3'935 fr. par mois, ce qui reste inférieur au revenu de référence pour le revenu avec invalidité de 4'371 fr. par mois pour une femme en 2018 (TA1\_skill\_level, niveau de compétence 1, tous secteurs confondus). La comparaison des revenus aboutirait donc également sur un degré d'invalidité nul.

Ainsi, le grief soulevé par la recourante doit être écarté et le calcul du degré d'invalidité de l'intimé confirmé, ce qui exclut l'octroi d'une rente ou de mesures d'ordre professionnel.

**8. a)** En définitive, mal fondé, le recours 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 et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 mars 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 Z.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Z. \_\_\_\_\_,
- 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 :