

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2025

Composition : M. NEU, président
Mmes Glas et Hempel-Bruder, assesseures
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Q._____, à **E.**_____, recourante, représentée par Me Alexandre Bernel,
avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6 ss, 45 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28, 28a et 29 LAI ; 27^{bis} et 88a al.
2 RAI**

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissante espagnole, Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, est entrée en Suisse en 2004 et est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme nettoyeuse au service de divers employeurs avant d'être engagée, le 8 décembre 2014, en tant qu'employée de maison au taux de 80 % pour le compte de la Clinique H. _____.

Souffrant d'une névralgie lombo-abdominale droite à l'origine de douleurs chroniques dans le membre inférieur droit, Q. _____ a déposé, le 19 mai 2014, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Par décision du 21 mai 2015, l'office AI a nié le droit de Q. _____ à une rente d'invalidité, motifs pris de l'absence d'atteinte à la santé invalidante et d'une capacité de travail entière en toute activité.

Par arrêt du 23 juillet 2015 (cause AI 176/15 - 190/2015), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a déclaré irrecevable le recours formé par Q. _____ contre cette décision, au motif qu'il ne satisfaisait pas aux exigences légales en matière de recevabilité d'un acte judiciaire.

b) Le 5 mai 2015, Q. _____ a été victime d'une chute dans le cadre de son activité professionnelle ayant entraîné des douleurs à la nuque et à l'épaule droite.

Le 4 septembre 2015, l'assurée a été victime d'un nouvel accident, lors duquel, à la suite d'une glissade, elle est tombée dans une douche qu'elle était en train de nettoyer, occasionnant des cervicalgies et des lombalgies.

Le 28 janvier 2016, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité, traitée comme une demande de révision.

Par décision du 6 octobre 2017, l'office AI a refusé d'entrer en matière sur cette demande, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 21 mai 2015.

c) Le 2 février 2017, en accomplissant son activité professionnelle, Q._____ s'est violemment cogné la tête contre le coin d'une armoire.

Alors qu'elle était en vacances en Espagne le 9 octobre 2017, l'assurée a été victime d'un quatrième accident, lors duquel elle est tombée en descendant des escaliers dans la rue, entraînant des blessures aux genoux et à l'avant-bras gauche.

Le 11 novembre 2017, l'assurée a annoncé ce cas à l'assurance-accidents G._____ Assurances SA.

Compte tenu de l'incapacité de travail attestée depuis le 13 octobre 2017, l'employeur de l'assurée a, le 29 mai 2018, résilié les rapports de travail pour le 31 août 2018.

d) Invoquant des atteintes au poignet gauche et aux genoux, Q._____ a déposé, le 4 avril 2018, une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a fait verser à la procédure le dossier constitué par G._____ Assurances SA, lequel contenait notamment un rapport d'expertise orthopédique établi le 13 novembre 2018 par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans son rapport, ce médecin a posé le diagnostic de cervico-scapulalgies bilatérales prédominant à gauche sur status après chute sur le dos le 5 mai 2015 et choc de la tête contre une armoire le 2 février 2017 avec une raideur du segment C5-D1 du rachis et une légère diminution de l'antéflexion et de l'abduction de l'épaule gauche ; il a également retenu des douleurs et un déficit de la fonction de la main gauche sur status après une chute le 9 octobre 2017 ainsi que des gonalgies bilatérales à la suite de cette même chute accompagnées de douleurs neuropathiques et d'un léger déficit fonctionnel du genou gauche. Ces atteintes étaient à l'origine des restrictions fonctionnelles suivantes : limitation de la station debout statique, difficulté à monter et à descendre des escaliers, impossibilité de se mettre à genoux ou en position accroupie et surtout, l'exclusion fonctionnelle de la main gauche dont la fermeture du poing était incomplète et la force de préhension nulle. Aussi, sur la base de son examen clinique, le Dr T._____ a-t-il conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse depuis le 9 octobre 2017, tandis que, dans une activité adaptée aux limitations retenues, elle était de 60 % avec une diminution de rendement de 10 % afin de permettre à l'intéressée de pouvoir changer de position et de bénéficier de pauses régulières.

Après avoir pris connaissance du dossier actualisé de G._____ Assurances SA, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a relevé, dans un avis médical du 8 décembre 2020, que l'incapacité totale de travail perdurait depuis le 9 octobre 2017 et que persistaient des douleurs au poignet gauche et aux genoux des deux côtés. En outre, le pronostic était incertain. Aussi, afin de préciser les atteintes fonctionnelles et la capacité de travail exigible, a-t-il demandé la réalisation d'une expertise rhumatologique.

Pour ce faire, l'office AI a mandaté la Dre A._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie. Dans son rapport du 23 février 2021, cette médecin a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de chute avec réception sur les mains et impact sur les genoux le 9 octobre 2017, qu'elle a explicité

comme suit : status après entorse stade II du poignet gauche négligée initialement, suspicion de syndrome d'algoneurodystrophie (CRPS) le 29 janvier 2018 (diagnostic jamais clairement établi, scintigraphie du 2 octobre 2018 négative) et négligence du membre supérieur gauche dans les activités. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 9 octobre 2017, elle était de 50 % depuis le 20 septembre 2018, date de l'expertise du Dr T._____, ou 60 % avec une baisse de rendement de 10 %. En revanche, depuis la date de son propre examen effectué le 11 février 2021, la Dre A._____ a estimé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière avec une baisse de rendement de 30 %. Elle a expliqué son appréciation en relevant que les genoux et les épaules n'étaient plus limités, tandis que les cervicales et les lombaires étaient asymptomatiques. Outre qu'une activité adaptée devait tenir compte de l'exclusion fonctionnelle du membre supérieur gauche, elle devait permettre l'alternance des positions assise et debout, de même qu'elle ne devait pas comporter le port de charges supérieures à 5 kg avec la main droite, la montée et la descente répétée d'escaliers, la marche en terrain accidenté ainsi que les travaux en élévation des membres supérieurs ou en position accroupie ou à genoux. En raison des discordances constatées entre l'anamnèse et les données objectives, la Dre A._____ a jugé nécessaire un complément d'évaluation sous la forme d'une expertise psychiatrique afin de déterminer les diagnostics ayant conduit à une absence d'évolution positive de l'état de santé.

Le 9 mars 2021, le SMR a déclaré faire siennes les conclusions de l'expertise réalisée par la Dre A._____. En revanche, il a considéré qu'il était inutile de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique, puisque l'assurée s'opposait vivement à l'hypothèse que ses douleurs puissent être amplifiées par des facteurs psychiques. En outre, elle estimait ne pas avoir besoin de recourir à un soutien psychologique.

Le 3 août 2021, l'office AI a fait réaliser une enquête économique sur le ménage au domicile de Q._____. Dans son rapport du 4 août 2021, l'enquêtrice a retenu un statut de personne active à 80 % et de ménagère à 20 %. A ce propos, elle a relevé que l'assurée avait

travaillé en dernier lieu à 80 %, taux qu'elle avait d'ailleurs reporté sur le formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) » complété le 25 mai 2018. Quant aux empêchements ménagers, ils s'élevaient à 5,8 %.

Par projet de décision du 27 septembre 2021, l'office AI a avisé l'assurée qu'il comptait lui octroyer une rente d'invalidité limitée dans le temps. Selon ses constatations, son incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle d'employée de maison, alors qu'elle était de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées. Compte tenu de la pondération du statut de personne active et de ménagère, il a fixé, après avoir comparé les revenus sans et avec invalidité - s'élevant respectivement à 51'157 fr. 31 et à 25'973 fr. 57 (après un abattement de 5 % sur le salaire statistique en raison de l'âge) -, le taux d'invalidité pour la part active à 49,23 %, d'où un degré d'invalidité global de 41 % ($[80 \% \times 49,23 \%] + [20 \% \times 5,8 \%]$) pour la période comprise entre le 1^{er} octobre 2018 et le 30 avril 2021. Eu égard à l'amélioration de l'état de santé de l'assurée attestée à compter du 1^{er} février 2021 fondant une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, l'office AI a procédé à une nouvelle comparaison des revenus sans et avec invalidité - fixés désormais respectivement à 52'446 fr. 92 et à 37'279 fr. 66 -, conduisant à un degré d'invalidité pour la part active de 23,14 % ($80 \% \times 28,92 \%$), soit un degré d'invalidité total de 24 % ($23,14 \% + 1,16 \%$). Par conséquent, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité pour la période comprise entre le 1^{er} octobre 2018 et le 30 avril 2021, dite prestation étant supprimée à cette date au vu de l'amélioration de l'état de santé au 1^{er} février 2021.

Représentée par Me Alexandre Bernel, avocat, Q. _____ a, le 11 octobre 2021, fait parvenir à l'office AI le rapport d'expertise établi le 29 juillet 2021 à la demande de G. _____ Assurances SA par la Dre U. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon laquelle la capacité de travail était nulle en toute activité. A cela s'ajoutait que cette médecin avait envisagé des investigations complémentaires, notamment une IRM de la colonne

cervicale, voire un EMG du membre supérieur gauche. Aussi l'assurée a-t-elle demandé à l'office AI de réexaminer sa capacité de travail à la lumière de cette nouvelle évaluation. Elle faisait par ailleurs valoir qu'il n'était pas exclu qu'une éventuelle atteinte psychique ait un impact sur sa capacité de travail, si bien qu'elle sollicitait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, voire d'une expertise pluridisciplinaire pour trancher les divergences entre l'appréciation de la Dre A._____ et celle de la Dre U._____. Elle a dès lors demandé la poursuite de l'instruction dans le sens évoqué. Au vu de ces éléments, l'assurée estimait que les prestations prévues par le projet de décision du 27 septembre 2021 étaient insuffisantes, aussi bien s'agissant de leur taux que de leur durée.

Dans un avis médical du 3 mars 2022, le Dr J._____, médecin auprès du SMR, a observé que l'examen neurologique avec électroneuromyogramme réalisé le 19 janvier 2022 était sans particularité aux membres supérieurs et inférieurs ; le bilan radiologique du 4 octobre 2021 (IRM du rachis cervical et radiographies du rachis lombaire et du bassin) avait montré des remaniements dégénératifs mais sans aggravation notable ; quant à la consultation du 28 septembre 2021 auprès du Service de chirurgie plastique et de la main de l'Hôpital K._____, elle n'avait pas révélé d'argument en faveur d'une infection. Sur le plan orthopédique, le Dr J._____ a relevé que l'appréciation de la Dre U._____ et celle effectuée par la Dre A._____ n'étaient pas fondamentalement divergentes. En effet, toutes deux avaient fait le constat que l'assurée ne mobilisait pas son membre supérieur gauche, mais qu'il existait une mobilité passive complète de ce dernier ; elles avaient par ailleurs signalé que les lombalgies et les cervicalgies n'occasionnaient pas de limitations fonctionnelles suffisantes pour affecter la capacité de travail ; au demeurant, le Dr J._____ estimait que l'évaluation de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée faite par la Dre U._____ manquait de clarté. Il n'avait dès lors pas d'élément étayé et objectif propre à modifier son appréciation. Sur le plan psychique, ce médecin a remarqué que l'assurée n'avait pas répondu à la question de savoir si elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique ou

psychologique ; toutefois, afin de procéder à une instruction complète, il a demandé la réalisation d'une expertise psychiatrique.

A cette fin, l'office AI a mandaté le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 22 août 2022, ce médecin a retenu pour seul diagnostic celui de trouble anxio-dépressif mixte (F41.2), dès lors que l'assurée présentait à la fois des symptômes anxieux (assez discrets) et des symptômes dépressifs (plutôt légers sous la forme d'une tristesse fluctuante), sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Dans la mesure où il était secondaire à la problématique somatique, le trouble en question n'affectait pas la capacité de travail, laquelle était entière en toute activité. De même, il était sans incidence sur la capacité de l'intéressée à effectuer les tâches ménagères.

Le 26 septembre 2022, le Dr J._____ a déclaré ne pas avoir de motif de s'écarter des conclusions de son rapport du 9 mars 2021.

Par décision du 16 février 2023, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 27 septembre 2021.

B. **a)** Par acte du 20 mars 2023, Q._____, toujours représentée par Me Bernel, a recouru devant la Cour de assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 16 février 2023 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants, subsidiairement, à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée dès le 1^{er} octobre 2018 pour une durée indéterminée. Sur le plan formel, l'assurée s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue, reprochant à l'office AI de ne pas l'avoir mise en mesure de produire tous les éléments de preuve utiles et de faire valoir son point de vue sur l'intégralité du dossier constitué. Sur le plan matériel, elle s'est prévaluée, sous l'angle somatique, d'une IRM cervicale réalisée le 10 février 2023 ayant notamment révélé un rétrécissement foraminaux droit

surtout en C5-C6 et un conflit avec les racines correspondantes qui ne ressortaient pas de la précédente IRM cervicale pratiquée le 4 octobre 2021 ; sous l'angle psychiatrique, elle a expliqué en quoi l'expertise du Dr S._____ était dépourvue de valeur probante, ce d'autant que son état de santé psychique s'était aggravé au mois de février 2023 à la suite d'une tentative de suicide par abus médicamenteux. Selon l'assurée, ces éléments nécessitaient la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, quand bien même, associés à son âge et à l'absence de formation professionnelle, ils justifiaient d'ores et déjà la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité depuis le mois d'octobre 2018.

b) Se référant à un avis du SMR du 26 avril 2023, l'office AI a, dans sa réponse du 15 mai 2023, conclu au rejet du recours.

c) Les parties ont maintenu leur position respective - étayée par pièces - au cours des échanges subséquents d'écritures datées respectivement des 16 août, 25 septembre et 17 novembre 2023 pour l'assurée et des 31 août et 16 octobre 2023 pour l'office AI.

C. a) Le 22 décembre 2023, le magistrat instructeur a confié à l'Unité d'expertises Y._____ à B._____ le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne) de Q._____. Déposé le 14 août 2024, le rapport de synthèse (expertise consensuelle) se fondait sur un examen de médecine interne du 23 avril 2024 (Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale), un examen psychiatrique du 24 mai 2024 (Dre P._____, spécialiste en médecine interne générale et en psychiatrie et psychothérapie), un examen rhumatologique du 29 mai 2024 (Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie) ainsi qu'un examen neuropsychologique du 18 juin 2024 réalisé par Mme V._____, neuropsychologue FSP. Les signataires du rapport de synthèse (Drs L._____, spécialiste en médecine interne générale, X._____ et P._____) en ont discuté les conclusions dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 30 juillet 2024. Sur la base de leurs constatations, les experts ont posé les diagnostics suivants :

- Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
F30.2
- Syndrome douloureux somatoforme persistant avec :
F45.4
 - Cervico-lombalgies chroniques communes
M542/M545
 - Douleurs chroniques du membre supérieur gauche
R522
- Trouble neuropsychologique moyen selon le critère de détermination du degré de gravité d'un trouble neuropsychologique avec :
6E0Z
 - Trouble de la mémoire immédiate, de travail ainsi que de mémoire antérograde verbale correspondant à un trouble d'intensité moyenne à grave

Sous l'intitulé « Motivation de la capacité de travail globale », les experts se sont exprimés en ces termes :

« En raison de douleurs chroniques, notamment les cervico-lombalgies chroniques et les douleurs chroniques du membre supérieur gauche, nous pouvons considérer que la capacité de travail de l'expertisée dans l'activité habituelle de technicienne de surface comme nulle depuis 2017 en s'alignant aussi avec les appréciations médicales et asséculo-logiques antérieures. Cette capacité de travail est définitive et ne va pas s'améliorer dans le futur.

Dans une autre activité, même adaptée aux limitations rhumatologiques, au vu des symptômes liés tant à l'épisode dépressif sévère qu'au syndrome douloureux somatoforme persistant, qui se manifeste de la même manière, une incapacité de travail totale (capacité de travail nulle) peut être également retenue. Cette estimation est valable depuis l'aggravation sur le plan psychiatrique en 2023. Les limitations neuropsychologiques sont également prises en considération dans l'évaluation de la capacité de travail.

En raison de l'évolution de la symptomatologie douloureuse à laquelle se rajoute la symptomatologie anxiodépressive qui évolue depuis 2018 progressivement, nous pouvons retenir que la capacité de travail était de 50 % entre 2018 et 2022. Comme décrit plus haut, nous nous distançons de l'appréciation du Dr S. _____, en 2022, qui ne prenait pas du tout en compte la participation du syndrome douloureux somatoforme qui était déjà présent depuis au moins 2018 et qui compliquait davantage l'état clinique d'un point de vue psychiatrique. Nous pouvons suspecter que même pendant la période 2018-2022, il y avait une incapacité de travail d'au moins 50 % sur le plan psychiatrique. Depuis 2023, la capacité de travail est nulle et ne peut pas être améliorée malgré l'introduction des mesures de réadaptation. Un risque de chronicisation de l'état dépressif est présent en raison des comorbidités du syndrome douloureux somatoforme persistant ».

b) Dans ses déterminations du 3 septembre 2024, l'assurée a relevé que les experts avaient admis une incapacité totale de travail dans sa profession habituelle de technicienne de surface depuis 2017, mais qu'ils avaient estimé qu'elle disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues pour la période comprise entre 2018 et 2022. Or, pour déterminer le taux d'invalidité de cette même période, il convenait de partir du principe que le revenu théorique dans une profession adaptée ne pourrait en aucun cas être supérieur à celui qu'elle réalisait dans son activité antérieure. Il fallait au contraire tenir compte de l'ampleur des limitations fonctionnelles retenues, lesquelles justifiaient, selon l'assurée, un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidé. Il en résultait un taux d'invalidité de 70 % ouvrant droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2018, dite prestation étant à plus forte raison maintenue à partir de 2023 puisque, depuis lors, les experts avaient retenu une incapacité totale de travail, même dans une activité adaptée, en raison de l'aggravation des troubles psychiatriques. Aussi l'assurée a-t-elle conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2018 et ce, pour une durée indéterminée.

c) Le 27 septembre 2024, l'office AI a indiqué que, selon l'avis du SMR du 4 septembre précédent, les conclusions expertales pouvaient être suivies quant aux incapacités de travail attestées. Il en découlait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle - ce qui n'était pas litigieux - ainsi qu'une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée entre 2018 et 2022. Partant, l'office AI a proposé la poursuite du versement du quart de rente d'invalidité accordé par la décision entreprise au-delà du 30 avril 2021. Compte tenu par ailleurs d'une incapacité de travail totale durable depuis 2023 - vraisemblablement depuis la tentative de suicide du 15 février 2023 -, l'administration a suggéré « le passage du quart de rente à une rente entière dès le 1^{er} mai 2023 (art. 88a al. 2 RAI) pour une invalidité de 81 %, eu égard à un statut de personne active à 80 % et ménagère à 20 % ». Enfin, l'office AI estimait qu'un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidé était trop élevé et qu'une réduction de 10 % au maximum à la place des 5 % admis dans la décision litigieuse était

envisageable. Or, même avec un tel taux, le degré d'invalidité globale demeurerait largement inférieur à 50 % jusqu'au mois de février 2023.

d) Dans son écriture du 24 octobre 2024, l'assurée a réaffirmé que, pour calculer le degré d'invalidité prévalant jusqu'au début de l'année 2023, il convenait de retenir un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité en raison des facteurs suivants : « mauvaise maîtrise du français, faible intégration sociale, âge avancé, difficultés psychologiques d'adaptation, limitations physiques ». De plus, elle estimait, à la lumière de l'expertise de l'Unité d'expertises Y._____, que le taux d'empêchements ménagers, évalué à 5,8 % dans l'enquête à domicile effectuée en 2021, avait été sous-estimé et qu'il convenait de retenir un taux d'au moins 12,5 %. Dès lors, compte tenu d'un statut d'active à 80 %, d'une capacité résiduelle de travail de 50 %, d'un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité et d'un taux d'empêchements ménagers de 12,5 %, la comparaison des revenus avant et après atteinte à la santé – tels que fixés dans la décision entreprise – conduisait à un degré d'invalidité de 59,38 %, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2018. Cela étant, l'assurée a rappelé que, selon les experts de l'Unité d'expertises Y._____, l'incapacité totale de travail en toute activité était intervenue au début de l'année 2023, alors que l'office AI avait retenu la date du 15 février 2023, correspondant à celle du tentamen médicamenteux. Or ce point de vue n'était pas convaincant, car il fallait bien plutôt admettre que cette tentative faisait suite à une dégradation de l'état de santé remontant à tout le moins au début de l'année 2023. C'était dès lors au 1^{er} janvier 2023 qu'il convenait, selon elle, de fixer le début de l'incapacité totale de travail, si bien que le droit à une rente entière d'invalidité était ouvert à compter du 1^{er} avril 2023. Par conséquent, l'assurée a modifié comme suit la conclusion principale prise au pied de son mémoire de recours du 20 mars 2023 :

« La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 16 février 2023 est réformée, en ce sens que sont octroyées à Q._____ une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2018 au 31 mars 2023 et une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2023 et pour une durée indéterminée ».

e) Le 11 novembre 2024, l'office AI a indiqué maintenir les conclusions énoncées dans ses déterminations du 27 septembre 2024. En effet, le revenu d'invalidité de 25'973 fr. 57 correspondait à une capacité de travail de 50 % et tenait compte d'un abattement de 5 %. Si celui-ci devait être porté à 10 %, ce revenu s'élèverait alors à 24'606 fr. 55. Comparé au revenu sans invalidité de 51'157 fr. 31, le taux d'invalidité pour la part active serait de 51,90 %, soit 41,52 % une fois ramené à un taux d'activité de 80 %. Ajouté à l'empêchement de 1,16 % pour les tâches ménagères (20 % x 5,8 %), le degré d'invalidité global serait de 42,68 %, bien loin du taux de 50 % évoqué par l'assurée. Pour le reste, il n'y avait aucune raison de revenir sur le taux d'empêchements ménagers fixé à 5,8 %, dans la mesure où il tenait compte de l'obligation de réduire le dommage, en particulier de l'aide exigible des proches. Quant à la date d'aggravation de l'état de santé psychique, le dossier constitué ne faisait état d'aucun événement particulier entre le 31 décembre 2022 et le 1^{er} janvier 2023 [recte : 15 février 2023].

f) Dans ses observations du 12 décembre 2024, l'assurée a relevé que, s'agissant de l'abattement, l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024, permettait de procéder à une réduction de 20 % pour les personnes qui ne pouvaient plus exercer leur activité qu'avec une capacité fonctionnelle de 50 % au maximum. Certes, cette disposition n'avait pas d'effet rétroactif, mais elle constituait néanmoins une référence appropriée puisque les paramètres pertinents en matière d'évaluation de l'invalidité et d'abattement sur le salaire statistique n'avaient pas changé de manière significative à cette date. Dès lors, compte tenu d'un statut d'active à 80 %, le degré d'invalidité s'élevait à 45,79 %. S'agissant ensuite des empêchements ménagers, il tombait sous le sens que, au vu d'une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité d'employée de maison, le taux de 5,8 % était largement sous-évalué. Au demeurant, depuis 2021, le fils de l'assurée avait quitté le domicile familial, tandis que son époux avait dû prendre une retraite anticipée afin de pourvoir aux soins que l'état de sa femme nécessitait. De ce fait, pour la période courant de 2018 à 2022, il s'imposait de « prendre en considération une limitation fonctionnelle de 50 % dans l'activité

ménagère ». Au cas où l'office AI se refuserait à admettre une invalidité dans les tâches domestiques pouvant conduire à une demi-rente d'invalidité pour cette période, l'assurée sollicitait d'ores et déjà une nouvelle évaluation des empêchements dans la tenue du ménage à confier à « un expert neutre ». Enfin, c'était à tort que l'office AI avait fixé la date de l'aggravation de l'état de santé au 15 février 2023, dans la mesure où les experts de l'Unité d'expertises Y._____ avaient procédé à une délimitation claire entre 2022 et 2023. Ils avaient en effet évoqué la période 2018-2022 pour déterminer la phase où l'invalidité avait été moins importante. Au vu de ces éléments, l'assurée a déclaré confirmer les conclusions telles que modifiées prises dans son écriture du 24 octobre 2024.

g) S'exprimant par pli du 8 janvier 2025, l'office AI a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter à ses déterminations des 27 septembre et 11 novembre 2024 auxquelles il renvoyait pour le surplus.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

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

b) En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2023, les faits déterminants se sont produits sous l'empire de l'ancien droit. En effet, la demande de prestations a été déposée en avril 2018, de sorte qu'un éventuel droit aux prestations prendrait naissance avant le 1^{er} janvier 2022. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

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

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

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

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]), la méthode spécifique (art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]) et la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

aa) Avec la méthode ordinaire, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé 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).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur

en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité global. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 et 3 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Un changement déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations est établi en particulier dès qu'une dégradation de la capacité de gain de l'assuré a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre

sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 8C_509/2024 du 28 janvier 2025 consid. 3.2 ; TF 8C_231/2024 du 3 décembre 2024 consid. 2.2).

d) 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).

e) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

6. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire au sein de l'Unité d'expertises Y._____. Du point de vue rhumatologique, le Dr D._____ a posé les diagnostics de cervico-lombalgies chroniques communes d'étiologie indéterminée (M542/M545) et de douleurs chroniques du membre supérieur gauche, également d'étiologie indéterminée (R522), tandis que, sous l'angle psychiatrique, la Dre P._____ a retenu un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F30.2), ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

a) Sur le plan formel le rapport d'expertise du 14 août 2024 et ses annexes répondent en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. Dans toutes les spécialités médicales, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, professionnelle et psychosociale), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical mis à disposition. Les experts se sont en particulier exprimés sur les rapports des autres médecins ayant examiné la recourante, exposant le cas échéant pour quelles raisons ils s'écartaient de leur point de vue. En outre, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et l'authenticité de même qu'ils ont examiné la personnalité, les ressources et les difficultés de la recourante, y compris dans le cadre de l'accomplissement des tâches ménagères. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées.

b) aa) Sous l'intitulé « Résumé de l'évolution de la maladie, motivation et discussion des diagnostics », les experts se sont exprimés en ces termes :

« L'expertisée présente des cervicalgies, lombalgies, des douleurs de la main et du bras gauche, des gonalgies et des podalgies principalement depuis 2017. Les douleurs sont d'une intensité de 10/10 EVA, fluctuantes, avec un effet partiel du traitement antalgique par Ibuprofen 600 mg, 3x/j, Co-Dafalgan ou Paracétamol

3x/j, Tramadol quelques gouttes en réserve, Oxycontin 10 mg en réserve. Comme détaillé par l'expert rhumatologue, l'étude de la documentation médicale à disposition, l'anamnèse et l'examen clinique non contributifs marqués essentiellement par un comportement douloureux et des contrepulsions, les examens paracliniques, orientent vers des cervico-brachialgies gauches, non spécifiques, de même que vers des lombalgies chroniques, des douleurs de la MTP1 [métatarso-phalangienne] chroniques à la suite d'une intervention chirurgicale pour hallux valgus, laquelle était anamnestiquement asymptomatique avant l'intervention chirurgicale. Dans le diagnostic différentiel, il n'y a actuellement pas et il n'y a jamais eu d'éléments orientant vers une étiologie traumatique avec lésion tissulaire clairement objectivable, notamment fracture, une étiologie inflammatoire, tumorale, infectieuse, métabolique, toxique. Nous sommes en présence d'une symptomatologie douloureuse médicalement mal à non explicable, évoluant depuis une première chute sur le dos le 5 mai 2015 et deux chutes en 2017. D'un point de vue médical, il n'y a aucune indication à une intervention quelconque sur l'appareil locomoteur y compris le rachis lombaire. Il n'y a pas non plus d'argument permettant de retenir le diagnostic de CRPS ou syndrome douloureux régional complexe, ce diagnostic n'ayant jamais été clairement argumenté, les critères de Budapest entre autres ne sont nulle part évoqués dans les divers documents à disposition.

En raison de certaines difficultés de mémoire, un ralentissement psychomoteur, un visage figé, des difficultés d'élocution, difficultés avec les dates, et certaines difficultés de dénomination, nous rajoutons un volet neuropsychologique dans le cadre de la présente expertise.

Nous retenons au premier plan des troubles de la mémoire immédiate et de travail en modalité verbale et des troubles de la mémoire antérograde se manifestant dès l'encodage et bénéficiant insuffisamment d'un indicage catégoriel auxquels s'associent des signes de fléchissement exécutif, un ralentissement idéatoire marqué et des troubles attentionnels chez une assurée apparaissant affaiblie sur le plan thymique. Les troubles de la mémoire immédiate et de travail ainsi que de la mémoire antérograde verbale correspondent à un trouble d'intensité moyenne à grave selon les critères de détermination du degré de gravité d'un trouble neuropsychologique. L'ensemble du tableau suggère un trouble neuropsychologique moyen selon les critères de détermination du degré de gravité d'un trouble neuropsychologique comme détaillé par l'expert neuropsychologue.

Sur la base de ce premier examen neuropsychologique, nous ne sommes pas en mesure d'exclure une maladie neurodégénérative débutante chez cette assurée rapportant des antécédents familiaux contributifs. Rappelons également qu'elle présente des possibles hallucinations visuelles, ainsi qu'un tableau neuropsychologique dominé par des troubles mnésiques immédiats et antérogades au premier plan. Dans ce contexte, nous suggérons un bilan neuropsychologique et médical complémentaire (IRM cérébrale, examen LCR ?) au Centre Z._____.

Sur le plan psychiatrique, au terme de cette expertise, nous constatons une assurée qui présente une humeur triste avec une importante diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi qu'une réduction

de son énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. La diminution des compétences cognitives avec des troubles de la concentration et des troubles mnésiques importants sont constatés aussi durant l'entretien psychiatrique. Ces symptômes dépressifs sont présents depuis plus d'une année (depuis au moins 2023) sans rémission et des symptômes similaires étaient présents depuis 2018 mais avec une intensité moindre. Le tableau clinique de l'expertisée rentre alors dans le cadre d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. La survenue de l'épisode dépressif est tardive et il y a absence de tout autre épisode de modification de l'humeur répondant aux critères d'épisode maniaque ou hypomaniaque. De ce fait, un trouble bipolaire est exclu. Nous ne retenons pas un diagnostic d'anxiété généralisée.

Concernant la présence d'un éventuel trouble somatoforme, l'expertisée présente des plaintes somatiques associées à des demandes d'investigations médicales de longue date. La plainte essentielle concerne les douleurs ostéoarticulaires et s'accompagne d'un sentiment de détresse extrême. La gravité des symptômes n'est pas exclusivement expliquée par un processus physiologique ou un trouble physique et survient dans un contexte de conflit émotionnel important. L'état psychique de Madame Q. _____ semble avoir été cristallisé autour des douleurs. L'assurée ne semble pas consciente de l'implication de facteurs psychologiques dans la survenue de ses symptômes. Ce trouble est présent depuis au moins 2018, soit plus de 2 ans, et s'accompagne d'une perturbation du comportement conduisant à une altération du fonctionnement social et professionnel. Le tableau clinique de l'expertisée entre alors dans le cadre d'un trouble douloureux somatoforme persistant. L'absence d'autres signes ou symptômes de souffrance psychique permet d'exclure d'autres diagnostics psychiatriques ».

bb) A propos des limitations fonctionnelles retenues en lien avec les diagnostics posés, les experts ont fait les remarques suivantes :

« En raison des cervico-lombalgies chroniques communes et les douleurs chroniques du membre supérieur gauche, l'expertisée est limitée de manière définitive pour toute activité physiquement lourde ou exigeante sur le plan physique comme l'activité habituelle de technicienne de surface. Elle doit éviter la position accroupie, ne pas se pencher en avant, ne pas soulever ou porter du poids, éviter l'utilisation de force du membre supérieur droit, éviter la sollicitation de la colonne cervicale et lombaire. Eviter les déplacements fréquents.

En raison des limitations psychiatriques et neuropsychologiques comme détaillé par l'analyse de la Mini CIFF-APP, l'expertisée présente une limitation des capacités d'adaptation aux règles et aux routines vu les douleurs chroniques qui prennent toute l'énergie et qui immobilisent l'expertisée. Les symptômes dépressifs limitent davantage ses capacités. La capacité de planification et de structuration des tâches est limitée de manière sévère. Elle doit s'appuyer sur l'aide de son mari pour toutes les activités et rajoute que son mari a arrêté le travail depuis 2 ans et pris une retraite anticipée pour pouvoir l'aider. La capacité d'adapter son comportement, sa réflexion et son vécu à des situations

changeantes est limitée d'une manière modérée. Au vu de son expérience professionnelle, l'expertisée bénéficie de compétences professionnelles ainsi que d'une importante expérience de vie. Malgré ceci, elle présente une diminution de la capacité à mettre en œuvre ses compétences, limitations liées tant avec son trouble douloureux persistant qu'avec l'épisode dépressif sévère, ceci étant une source de souffrance centrale pour l'expertisée. La capacité de répondre à des exigences professionnelles et spécifiques est limitée en raison de l'épisode dépressif (troubles cognitifs, ruminations, baisse de son estime, anhédonie, aboulie, fatigabilité), des symptômes anxieux continus et persistants et dans la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. La capacité de jugement et de prise de décision est également impactée par les symptômes liés avec l'état dépressif mais aussi avec l'anxiété importante vis-à-vis de la prise de décision. La capacité d'endurance en raison d'une fatigabilité importante ainsi que de douleurs continues, la capacité de persévérer suffisamment longtemps dans un temps habituellement exigé et de maintenir un niveau de rendement continu se trouve impactée de manière importante. La capacité d'affirmation est affaiblie de manière importante ainsi que le sens du contact envers des tiers. La capacité à évoluer au sein d'un groupe est légèrement impactée et les activités spontanées sont rares et clairement diminuées depuis 2023. L'hygiène et les soins corporels sont maintenus, toutefois elle a besoin de l'aide de son mari ».

c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par l'Unité d'expertises Y._____. La recourante n'a pas fait état d'éléments cliniques ou diagnostiques concrets et objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de cette expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé des conclusions médicales. De son côté, l'intimé a déclaré faire sienne l'appréciation expertale (avis du SMR du 4 septembre 2024).

7. Les parties divergent cependant quant à la date du début de l'aggravation de l'état de santé psychique de la recourante à l'origine d'une incapacité totale de travail.

a) Dans leur rapport, les experts ont retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle pour toute activité depuis l'aggravation sur le plan psychiatrique en 2023. Depuis lors, cette incapacité totale de travail était constante et allait probablement rester stable dans le futur. En revanche, dans une activité théorique adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques décrites, la capacité de

travail pouvait être estimée à 50 % entre 2018 et 2022 en raison de la présence de symptômes dépressifs et douloureux depuis 2018 mais avec une intensité moindre que par la suite.

b) L'office AI estime que l'incapacité de travail est totale depuis 2023, « soit vraisemblablement depuis la tentative de suicide de notre assurée du 15 février 2023 » (cf. déterminations du 27 septembre 2024), ce à quoi cette dernière s'oppose en alléguant une péjoration survenue à tout le moins au début de l'année 2023.

c) L'intimé ne saurait être suivi. Certes, les experts n'ont pas fixé le *dies a quo* à la date de la décompensation psychique à l'origine d'un tentamen médicamenteux survenu le 15 février 2023 et ayant motivé une prise en charge hospitalière en urgence. Cependant, il est patent que la péjoration de l'état psychique ne tient pas à un événement particulier, isolé, mais relève d'un processus antérieur à l'hospitalisation. Ainsi que le soutient la recourante, il y a donc lieu de fixer au 1^{er} janvier 2023 la date du début de l'aggravation durable de son état de santé sur le plan psychique.

8. Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

a) En l'espèce, l'intimé a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assurée selon la méthode mixte avec une part active de 80 % et une part ménagère de 20 %. Le recours à cette méthode n'est pas contesté par la recourante. Par ailleurs, la répartition entre parts active et ménagère se fonde sur les déclarations faites par l'intéressée au cours de l'enquête économique sur le ménage du mois d'août 2021 et correspond par ailleurs aux indications fournies par ses soins dans le formulaire de détermination du statut complété le 25 mai 2018. Ces éléments peuvent ainsi être confirmés.

b) Aux termes de la décision attaquée, le taux d'invalidité global résultant de la comparaison des revenus sans et avec invalidité

était de 41 % pour la période comprise entre le 1^{er} octobre 2018 et le 30 avril 2021, ce qui ouvrait droit à un quart de rente d'invalidité. Au vu de l'amélioration de l'état de santé attestée dès le 1^{er} février 2021 ayant justifié une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, le taux d'invalidité global n'était plus que de 24 %, ce qui avait conduit à la suppression de la prestation servie au 30 avril 2021. Or, selon les experts de l'Unité d'expertises Y._____, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis 2017, alors qu'elle était de 50 % dans une activité adaptée entre 2018 et 2022 avant d'être à nouveau totale en toute activité dès le début de l'année 2023. Par conséquent, l'intimé a suggéré de reconnaître à la recourante le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2018, suivi d'une rente entière dès le 1^{er} mai 2023 basée sur un degré d'invalidité de 81 %.

c) La recourante ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'office AI, à savoir 51'157 fr. 31 fondé sur les renseignements communiqués par la Clinique H._____ le 17 mai 2018. Celui-ci peut être confirmé. C'est par ailleurs à juste titre que l'intimé a déterminé le revenu d'invalidité en ayant recours aux statistiques salariales, étant donné que la recourante n'avait plus exercé d'activité lucrative après la survenance de son atteinte à la santé. Au surplus, la recourante ne remet pas en question les étapes intermédiaires du calcul opérées par l'administration (indexation selon l'ISS et adaptation du salaire statistique à la durée hebdomadaire de travail usuelle dans les entreprises en Suisse).

9. La recourante soutient en revanche qu'un abattement de 20 % - au lieu de celui de 10 % proposé par l'intimé (cf. déterminations du 27 septembre 2024) - devrait être appliqué sur le revenu d'invalidité pour tenir compte des nombreuses et graves limitations liées à son handicap, de sa nationalité espagnole, de son absence de formation, de sa faible maîtrise du français et de son âge.

a) Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (dans sa version en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023), édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au

sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique.

b) A la suite d'une modification législative en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024 (RO 2023 635), l'art. 26^{bis} al. 3 RAI prévoit désormais qu'une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée ; aucune déduction supplémentaire n'est possible.

c) Dans un arrêt de principe (ATF 150 V 410), le Tribunal fédéral a considéré que le régime de déduction sur les salaires statistiques des ESS, tel que prévu de manière exhaustive à l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, n'est pas compatible avec le droit fédéral. Le Tribunal fédéral a relevé notamment qu'il ressortait des travaux préparatoires relatifs à la révision de la LAI (Développement continu de l'AI), que la jurisprudence actuelle en matière d'abattement devait être, pour l'essentiel, reprise et que la méthode d'évaluation du taux d'invalidité devait, en principe, rester inchangée (cf. consid. 9.4.2). Or, en limitant la déduction à 10 % dans le cas où les capacités fonctionnelles de la personne assurée ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins (cf. art. 26^{bis} al. 3 RAI), le Conseil fédéral avait choisi une autre voie (consid. 9.4.3). Par conséquent, si en raison des circonstances du cas d'espèce, le salaire statistique des ESS doit être adapté au-delà de ce que prévoit l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, il y a lieu de recourir, en complément, à la jurisprudence appliquée jusqu'à présent par le Tribunal fédéral (consid. 10.6).

d) aa) En l'occurrence, la décision attaquée a été rendue le 16 février 2023. A cette date, l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa dernière version, qui prévoit une déduction systématique de 10 % sur la valeur statistique, n'était pas encore en vigueur et ne saurait donc s'appliquer au cas d'espèce, comme en convient du reste la recourante. Il convient donc de

raisonner selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, et donc de s'en tenir, s'agissant du revenu avec invalidité, à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 pour examiner la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé ou aux circonstances du cas d'espèce (cf. considérant 9c *supra*).

bb) *In casu*, les affections physiques et psychiques de la recourante et le fait qu'elle ne pourra plus effectuer de travaux lourds ont été pris en compte lors de l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail dans une activité professionnelle adaptée à son état de santé, soit une activité industrielle légère exercée à 50 %. Au vu de la problématique décrite par les experts de l'Unité d'expertises Y._____, à savoir une symptomatologie douloureuse associée à une symptomatologie anxiodépressive, on ne saurait considérer que la diminution de la capacité de travail de 50 % se recouperait avec les limitations fonctionnelles, au point qu'il ne serait pas possible de tenir compte de celles-ci dans le cadre d'une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité. On constate par ailleurs que la diminution de la capacité de travail inclut des difficultés de mémoire et des troubles attentionnels. En tenant compte encore de l'âge de la recourante (56 ans au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente), facteur qui n'est compensé ni par sa formation (elle n'en a pas), ni par son expérience professionnelle (pauvre pour son âge), ni par sa capacité d'adaptation (qualifiée de limitée), auxquels s'ajoute une faible maîtrise de la langue française (cf. le rapport de Mme V._____ du 26 juin 2024, p. 3), il se justifie d'opérer un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité.

10. a) Il s'agit enfin d'examiner le degré d'invalidité afférent à la sphère ménagère évalué à 5,8 % lors de l'enquête économique sur le ménage effectuée au mois d'août 2021. La recourante fait valoir que ce taux est manifestement sous-évalué au regard des constatations opérées par les experts de l'Unité d'expertises Y._____ et que, pour la période comprise entre 2018 et 2022, un taux d'empêchements ménagers de 50 % devrait lui être reconnu.

b) Dans la mesure où les experts de l'Unité d'expertises Y._____ ont estimé que, eu égard à ses comorbidités et à son état de santé global, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle d'employée de maison auprès de la Clinique H._____ depuis 2017, il n'est guère admissible de soutenir qu'elle ne subirait qu'un empêchement de 5,8 % dans la tenue de son ménage. A ce propos, le Dr X._____ a relevé que toutes les activités ménagères étaient effectuées par son conjoint, notamment l'alimentation, l'entretien du logement, les achats, les courses diverses et les lessives (cf. rapport du Dr X._____ du 14 août 2024, p. 20). Aussi réclame-t-elle la réalisation d'une nouvelle enquête ménagère, tandis que l'office AI ne s'est pas déterminé sur ce point. Or la mise en œuvre d'une nouvelle enquête paraît pour ainsi dire irréaliste, s'agissant d'effectuer une analyse rétrospective, c'est-à-dire d'apprécier la situation de 2021 à l'aune de limitations fonctionnelles aggravées. Il n'est donc pas arbitraire de retenir, de manière pragmatique et par économie de procédure, que l'empêchement sur la part ménagère s'élève à 50 % de manière globale, comme le soutient la recourante, ce qui n'est en rien contredit par les experts, bien au contraire.

11. a) Sur le vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, il convient de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité global de la recourante.

b) S'agissant de la période à compter du 1^{er} octobre 2018, le revenu sans invalidité est de 51'157 fr. 31 alors que, compte tenu d'une capacité de travail de 50 % et d'un abattement de 20 %, le revenu d'invalidité s'élève à 21'872 fr. 49 (cf. déterminations de l'office AI et de la recourante datées respectivement des 11 novembre et 12 décembre 2024). La comparaison de ces revenus conduit à un degré d'invalidité de 57,24 %, ramené à 45,79 % vu le statut d'active de 80 %. Quant au degré d'invalidité pour la part ménagère, il s'élève, compte tenu d'un empêchement de 50 % et d'un statut de ménagère de 20 %, à 10 % (20 % x 50 %). Le taux d'invalidité global s'élève dès lors à 55,79 %, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

c) Au vu de l'aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée à compter du 1^{er} janvier 2023 (cf. considérant 7 *supra*) à l'origine d'une capacité de travail nulle en toute activité, le degré d'invalidité est de 80 % pour la sphère active et de 10 % pour la sphère ménagère, conduisant à un degré d'invalidité global de 90 % ouvrant droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2023, soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé (art. 88a al. 2 RAI).

12. Subsiste la question des frais de l'expertise judiciaire.

a) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4, 496 consid. 4.3), les frais qui découlent de la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en oeuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans

la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. aussi Erik Furrer, *Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung*, RSAS 2019, p. 14).

b) En l'occurrence, la Cour de céans s'est vue contrainte de mettre en oeuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire auprès de l'Unité d'expertises Y._____. Cette démarche a été rendue nécessaire, d'une part, par le fait que la recourante souffre d'atteintes à la santé relevant de diverses spécialités médicales et, d'autre part, par l'existence d'avis médicaux divergents versés au dossier. Or une instruction rigoureuse du cas aurait commandé que l'autorité administrative mette en oeuvre elle-même une telle expertise afin de disposer d'une appréciation complète et détaillée de la situation médicale. Dans ces conditions, il se justifie de mettre à la charge de l'office AI la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en oeuvre de l'expertise judiciaire, soit un montant de 15'000 fr. conformément à la facture établie par l'Unité d'expertises Y._____ le 12 septembre 2024.

13. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que Q._____ est mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2018 au 31 mars 2023 puis d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2023.

14. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de la complexité du litige et de la participation à une expertise pluridisciplinaire, il convient d'arrêter cette

indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 16 février 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que Q._____ est mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2018 au 31 mars 2023 puis d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2023.

- III. Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par l'Unité d'expertises Y._____ le 14 août 2024, par 15'000 fr. (quinze mille francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Bernel, avocat (pour Q. _____),
- 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).

Le greffier :