

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mars 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28a al. 1 et 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de trois enfants nés en [...], [...] et [...], ressortissante [...], est entrée en Suisse en [...]. Sans formation et titulaire d'une autorisation « UE/AELE » de type « C », elle a travaillé en dernier lieu, depuis le mois de septembre 2017 et à temps partiel, dans le domaine des nettoyages pour le compte de la société [...] SA, à [...].

a) L'assurée s'est annoncée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre du dépôt, le 3 avril 2019, d'une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente). Cette démarche était motivée en raison d'une arthrose, de thromboses, d'une polyarthrite rhumatoïde ainsi que de deux bursites remontant à plusieurs années.

Dans le questionnaire pour l'employeur complété le 3 mai 2019, il est notamment écrit que : « Notre collaboratrice, Madame T._____, effectue du lundi au vendredi, de 17 h 00 à 21 h 00, l'entretien de l'[...] [[...]], Av. du [...] (l'époux de Mme T._____ fait avec elle l'entretien, ce qui veut dire que Mme T._____ effectue 2 heures de travail par jour). Elle passe l'aspirateur, dépoussière les bureaux, vide les poubelles, nettoie les sanitaires et les salles de conférence. Mme T._____ ne pourrait pas effectuer un autre emploi en plus de ses 2 heures de travail journalier ». Depuis le 1^{er} janvier 2019, le salaire mensuel de l'intéressée était de 1'985 fr. 90 (janvier), 1'599 fr. 40 (février), 2'110 fr. 80 (mars) et 2'098 fr. 20 (avril).

D'après le questionnaire 531bis du 4 mai 2019, l'assurée en bonne santé travaillerait à 80 ou 100 % depuis 2006 par intérêt personnel.

Le 3 juillet 2019, les Drs V._____ et H._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante, de la [...] ([...]) du [...], ont répondu comme suit à un questionnaire de l'OAI :

« 1. Quels sont les diagnosti[cs] précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ? Depuis quand ?

Polyarthrite rhumatoïde séronégative non érosive depuis le : 2009

Lombalgies chroniques sur discopathie pluri-étagée lombaire, arthrose facettaire postérieure en poussées inflammatoires, déconditionnement global depuis le : 2015

Artériopathie des membres supérieurs avec :

Transposition carotido-sous-clavière droite en 2007 pour subocclusion de l'artère sous-clavière droite, thrombus flottant de l'artère sous-clavière gauche et embolisation périphérique du IV^{ème} doigt en 2006 traitée conservativement par anticoagulation depuis le : 2007

[...]

4. *Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte ?*

Mme T. _____ peut travailler sur une durée limitée dans le temps sinon les douleurs surviennent. Le travail répétitif est également contraignant pour elle. Il lui est impossible d'aller travailler le matin en raison d'une raideur articulaire matinale globale avec déverrouillage qui se fait en fin de matinée. Actuellement, elle travaille uniquement le soir, 4 heures par jour, avec l'aide de son mari. Elle est limitée dans son périmètre de marche en raison des douleurs et elle est également limitée pour monter et descendre les escaliers.

5. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle (sur un 100%) ?*

Depuis quand ?

40 % depuis le : 2017

6. *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?*

Depuis quand ?

40 % depuis le : 2017

Si la capacité de travail n'est pas entière, merci de nous en préciser les raisons :

7. *Peut-on s'attendre à une amélioration de la capacité de travail ?*

oui, à partir du

et par quels moyens (mesures professionnelles, traitement, etc) ?

non, pour quelles raisons ?

La patiente travaillant déjà à 40% comme femme de ménage, elle est dans les limites de ce qu'elle peut faire. Il lui serait impossible d'en faire plus.

8. *Quelles sont les dates et les taux précis des incapacités de travail attestées jusqu'ici ?*

La patiente n'a pas eu d'arrêt de travail jusqu'ici. [...] »

Dans un rapport du 9 juillet 2019 à l'OAI, la Dre T. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, médecin associée au Service de rhumatologie du [...] où l'assurée avait consulté en dernier lieu

le 23 mai 2019, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de polyarthrite rhumatoïde séronégative et de lombalgies chroniques ainsi que ceux, sans répercussion, de probable psoriasis au niveau unguéal, de perturbation chronique des transaminases d'origine indéterminée, d'hypercholestérolémie traitée, d'artériopathie des membres supérieurs, d'urticaire aigu en 2009 d'origine indéterminée et d'allergie anamnestique aux kiwis et/ou aux fraises. A la question de savoir quel était son pronostic sur la capacité de travail de l'assurée dans un emploi à plein temps, la Dre Z._____ a écrit : « Nous n'avons pas thématiqué la problématique de la capacité de travail. Actuellement, la patiente travaille à 50 %. Sur un taux de 100 % dans un travail de femme de ménage, la capacité de travail est probablement aux alentours de 50 % ». Elle n'a pas pu lister les restrictions fonctionnelles, avec la précision toutefois que l'assurée souffrait de lombalgies chroniques, que les positions en porte-à-faux et les mouvements répétitifs provoquaient des douleurs lombaires, et que le port de charges causait des douleurs des membres. Dans son poste de femme de ménage, l'assurée devait fournir des efforts physiques moyens, des activités répétitives avec les mains, et des postures non ergonomiques pour le dos. Dans un travail adapté, la Dre Z._____ était d'avis que « la capacité de travail serait plus haute, entre 60 % et 80 % » (« probablement aux alentours de 6 heures par jour »). Une estimation « correcte » ne pouvait être effectuée que dans un cadre professionnel d'évaluation des capacités fonctionnelles. Les rapports de consultations auprès du Service de rhumatologie du [...] depuis le 18 janvier 2010 attestaient d'une évolution clinique favorable de la polyarthrite rhumatoïde (diminution subjective et objective de la symptomatologie articulaire périphérique) chez une assurée séronégative et sans atteinte érosive, depuis l'introduction, en novembre 2016, d'un traitement de méthotrexate en comprimés bien toléré. Les rapports de consultations de routine joints attestaient d'une maladie bien contrôlée (pas de syndrome inflammatoire [absence de synovite ou de ténosynovite]) et d'une évolution fluctuante des transaminases avec de légères augmentations présentes déjà depuis le mois d'avril 2014, ce qui justifiait la poursuite du traitement sans modification. Pour le reste, les

lombalgies étaient bien contrôlées par une prise occasionnelle de Lodine à raison de quelques comprimés par mois.

Dans un rapport médical détaillé du 30 juin 2020 consécutif à un examen clinique du 16 juin précédent, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne, chef de clinique à la [...] du [...], a fait part d'une situation stationnaire depuis 2009. En raison de la polyarthrite handicapante de l'assurée « surtout dans le contexte de son activité professionnelle en tant que femme de ménage », ce médecin a estimé qu'une activité adaptée (uniquement des travaux non physiques) était exigible au maximum durant deux à quatre heures par jour. Il était dans l'impossibilité de préciser si une amélioration de la capacité de travail était envisageable.

Toujours dans le cadre de son instruction de la demande de prestations, l'OAI a recueilli un rapport du 31 août 2020 du Professeur N._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, qui a répondu comme suit aux questions qui lui avaient été adressées dans l'intervalle :

« 1. *Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?*

Diagnostics :

- Polyarthrite rhumatoïde séronégative, non érosive, diagnostiquée en 2009.

DD [diagnostic différentiel] : arthrite psoriasique.

- Anciens traitements : Plaquenil en 2012 (troubles visuels), repris du 05.2014 jusqu'au 02.11.2016 (stoppé en raison d'une inefficacité), salazopyrine 2 g par jour de 02.2012 à 04.2014, méthotrexate de 11.2016 à 01.2020 (fatigue).
- Actuellement (04.2020) : début d'un traitement de Léflunomide.
- Probable psoriasis au niveau unguéal.

Diagnostics secondaires :

- Lombalgies chroniques sur :
 - Discopathies pluriétagées lombaires, arthrose facettaire postérieure en poussée inflammatoire, déconditionnement global.
 - Infiltrations facettaires le 29.07.2015 D 11, D 12, L1 et L2 à gauche, Bupivacaïne et Depo-Medrol.
 - Infiltrations facettaires le 12.08.2015 D 11, D12, L1 et L2 bilatérales par Xylocaïne et Depo-Medrol.
 - 16.09.2015 : thermo-ablation des rameaux postérieurs par radiofréquence de D 11, D 12, L1 et L2 à gauche.
- Perturbation chronique des transaminases d'origine indéterminée.

- Hypercholestérolémie traitée.
- Artériopathie des membres supérieurs avec :
 - Transposition carotido-sous-clavière droite en 2007 pour subocclusion de l'artère sous-clavière droite.
 - Thrombus flottant de l'artère sous-clavière gauche et embolisation périphérique du 4^{ème} doigt en 2006, traité conservativement par anticoagulation.
 - Urticaire aigu en 2009 d'origine indéterminée.
 - Allergie anamnestique aux kiwis et/ou aux fraises.

2. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?*

Amélioration de la fatigue suite à l'arrêt du Méthotrexate en janvier 2020. Traitement par Léflunomide. Depuis je n'ai pas revu la patiente.

3. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ? (sur un taux de 100%, même si le taux contractuel est inférieur)*

Je note une polyarthrite rhumatoïde séronégative, possiblement dans le cadre d'une arthrite psoriasique. Egalement, des discopathies pluri-étagées lombaires, ainsi qu'une arthrose facettaire et une artériopathie des membres supérieurs. Les ressources physiques sont clairement réduites. Le dernier contact avec la patiente était par téléphone en avril ; je ne peux donc pas donner une estimation concrète de la capacité de travail sans voir la patiente.

4. *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée (merci d'être le plus précis possible) ? Depuis quand au plus tôt cette capacité de travail pouvait-elle être exigible ? (sur un taux de 100%, dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)*

La conciliation du diagnostic va en direction d'une certaine capacité de travail pour une activité adaptée, éventuellement à 50%. »

Dans un avis du 15 septembre 2020 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), le Dr L._____, médecin praticien, a estimé la capacité de travail de l'assurée à 40 % dans son activité habituelle depuis 2012, et à 60 % dans une activité adaptée au handicap depuis lors. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : « Activité physique légère, pas de travaux le matin, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de montée et descente répétée d'escaliers ou d'échafaudages. Pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de travaux avec des mouvements répétitifs penchés en avant ou en porte-à-faux ».

Le 25 septembre 2020, l'assurée a finalement fait savoir à l'OAI qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100 % pour des raisons financières.

Par projet de décision du 12 octobre 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à un quart de rente depuis le 1^{er} octobre 2019. Selon ses constatations, au terme du délai légal d'attente d'un an, soit le 1^{er} janvier 2013, l'intéressée présentait une « incapacité de travail et de gain » de 60 % dans son activité usuelle de nettoyeuse. Toutefois, dans une activité adaptée à son état de santé, comprenant les restrictions fonctionnelles suivantes : « Activité physique légère, pas de travaux le matin, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de montée et descente répétée d'escaliers ou d'échafaudages. Pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de travaux avec des mouvements répétitifs penchés en avant ou en porte-à-faux », une capacité de travail de 60 % était raisonnablement exigible de la part de l'assurée. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était de 40 %, ouvrant ainsi le droit à un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2019 compte tenu de la demande de prestations tardive du 3 avril 2019.

Le 19 novembre 2020, l'OAI s'est vu communiquer par la B._____, assureur perte de gain maladie de l'assurée servant ses prestations depuis le 4 août 2020 sur la base d'une incapacité de travail de 100 %, le dossier médical constitué par ses soins. Il en ressort en particulier des certificats médicaux des 11 août, 8, 28 septembre et 6 novembre 2020 établis par la Dre Z._____ attestant d'une incapacité de travail de 100 % du 11 août 2020 au 30 novembre 2020, à réévaluer. D'autre part, selon une déclaration de sinistre complétée le 12 août 2020 par l'employeur, l'assurée bénéficiait d'un contrat de travail de durée indéterminée en tant que nettoyeuse depuis le 1^{er} septembre 2017 auprès de la société [...] SA avec un horaire de travail régulier de 35 %, soit l'équivalent de vingt heures de travail hebdomadaire.

Par décision du 16 décembre 2020, l'OAI a versé un quart de rente à l'assurée dès le 1^{er} octobre 2019, sur la base d'un degré d'invalidité de 40 %.

b) Le 28 janvier 2021, l'assurée, représentée par Procap Suisse, a recouru devant la Cour de céans contre la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. A l'appui de son mémoire de recours, la recourante a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 7 décembre 2020 de la Dre Z._____ répondant aux questions du médecin-conseil de la B._____ dans le cadre de l'annonce par l'employeur d'un sinistre en date du 4 août 2020, dans lequel celle-ci indiquait suivre l'assurée pour une polyarthrite rhumatoïde, non érosive, diagnostiquée en 2009, avec un diagnostic différentiel d'arthrite psoriasique depuis plusieurs années, maladie qui était bien contrôlée jusqu'à l'arrêt du Méthotrexate en janvier 2020. Après une réapparition des douleurs au mois d'avril 2020, un traitement de Léflunomide avait été essayé, entraînant une augmentation des tests hépatiques. Après des examens par les hépatologues, un traitement d'Enbrel, un anti-TNF (*tumor necrosis factor*), avait été débuté au mois d'octobre 2020, cependant mal toléré par l'intéressée. Un traitement de Cosentyx avait été introduit mi-novembre 2020. Selon la spécialiste, l'événement du 4 août 2020 était probablement lié aux douleurs du rachis, pour lesquelles la patiente, qui était en outre connue pour des lombalgies chroniques non déficitaires, avait consulté son médecin traitant le lendemain. Sur la question de la reprise d'une activité en tant que nettoyeuse, la Dre Z._____ a indiqué que l'incapacité de travail serait prolongée jusqu'à fin novembre 2020, la situation devant être réévaluée par la suite.

- un rapport du 18 janvier 2021 adressé à l'OAI par les Drs [...], spécialiste en médecine interne, et H._____, du Centre [...] [...] (ci-après : [...]), à [...], selon lequel l'aggravation des tests hépatiques intervenue en août 2020, compliquant l'introduction d'autres immunomodulateurs, avait

mené à la réalisation d'une biopsie hépatique début novembre 2020 (stéatose macrovasculaire et stéatohépatite fibrosante dans le cadre d'une NASH [*Non Alcoholic Steato Hepatitis*]), étant précisé que le traitement de Cosentyx, introduit mi-novembre 2020, ne s'était pour l'instant pas montré efficace contre les arthralgies. L'assurée présentait depuis lors une fatigue plus importante et des douleurs articulaires accentuées la handicapant dans les activités de la vie quotidienne et l'empêchant de travailler. En outre, un nodule du pancréas avait été découvert à la suite de la réalisation d'un scanner abdominal en septembre 2020, pour lequel une biopsie était prévue. Selon les spécialistes, l'assurée présentait, depuis août 2020, une incapacité de travail totale, de durée indéterminée, et le pronostic dépendait de l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde sous traitement de Cosentyx, de l'évolution de la situation hépatologique, ainsi que du résultat de la biopsie du nodule pancréatique.

Dans sa réponse du 8 mars 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Par arrêt du 27 juillet 2021 (cause AI 27/21 - 222/2021), la Cour de céans a admis le recours précité, annulé la décision rendue le 16 décembre 2020 par l'OAI et renvoyé la cause à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. La Cour des assurances sociales a notamment considéré ce qui suit :

« **4.** [...] »

b) En l'espèce, il est constant que la recourante présente diverses atteintes somatiques pour lesquelles elle consulte depuis de nombreuses années auprès des rhumatologues et hépatologues du [...], ainsi que du Dr [...].

En premier lieu, il convient d'observer que la capacité résiduelle de travail de l'assurée est estimée à 40 % dans l'activité habituelle de femme de ménage ; le SMR retient le taux « effectué de 40% ». Or cette évaluation ne correspond pas aux faits tels que ressortant du rapport d'employeur du 3 mai 2019. Si l'intéressée a effectivement un contrat de travail de vingt heures hebdomadaire (à savoir, cinq fois quatre heures en fin de journée dans les locaux de l[...]), il apparaît que ce travail est effectué avec son mari, sans que celui-ci soit salarié. Le rapport d'employeur ne permet cependant

pas de déterminer si la participation de l'époux est nécessaire en raison des atteintes à la santé de l'assurée, laquelle effectue apparemment les travaux de nettoyage les plus légers, soit passe l'aspirateur, dépoussière les bureaux, vide les poubelles, nettoie les sanitaires et les salles de conférence, ou si ce travail est effectué à deux pour limiter la présence sur le site de l'[...] à deux heures plutôt que quatre. Cela étant, la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans l'activité habituelle ne peut être déduite de l'horaire contractuel tel que retenu par le SMR aux termes de son avis du 15 septembre 2020.

Ensuite, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée au handicap, le SMR base son estimation sur le rapport du 9 juillet 2019 consécutif au dernier contrôle effectué le 23 mai 2019 par la Dre Z._____, aux motifs que celle-ci se fonderait sur un status récent, ce qui ne serait pas le cas de l'évaluation du Pr. N._____, et qu'elle se prononce également sur la capacité de travail dans l'activité habituelle. Or le rapport du 31 août 2020 du Pr. N._____ fait part d'une amélioration de la fatigue suite à l'arrêt du Méthotrexate® en janvier 2020 (Rép. 2) avec pour conséquence que la dernière consultation, en cabinet, remonte au mois de janvier 2020, suivie d'une consultation téléphonique en avril 2020 (cf. Rép. 3 dudit rapport où il est écrit que « le dernier contact avec la patiente était par téléphone en avril »). L'évaluation de la Dre Z._____ repose donc sur un examen antérieur à celui du Pr. N._____. A cela s'ajoute que le Pr. N._____ précise ne pas pouvoir estimer concrètement la capacité de travail sans voir la patiente (rapport du 31 août 2020 Rép. 3 *in fine*). Non seulement le rapport de la Dre Z._____ n'a pas la valeur probante supérieure que lui confère le SMR motifs pris qu'il est plus actuel et qu'elle se prononçait sur la capacité de travail dans l'activité habituelle puisqu'il est démontré ci-dessus que celle-ci repose sur la prémisse erronée qu'elle coïncide avec le taux d'activité contractuel, mais encore il apparaît que la capacité de travail ne pouvait être évaluée sans un examen clinique. L'OAI se devait donc d'interpeller à nouveau le Pr. N._____ et/ou la Dre Z._____ en s'assurant de l'existence d'un examen clinique récent, respectivement ordonner toutes mesures d'instruction utiles impliquant un tel examen.

Il convient de relever que ces mesures d'instruction se justifiaient d'autant plus dans les suites de la production, par l'intermédiaire de l'assureur perte de gain de l'assurée (la B._____), d'une série de certificats médicaux de la Dre Z._____ attestant d'une incapacité de travail de 100 % à partir du 11 août 2020 et à tout le moins jusqu'au 30 novembre 2020, puis à réévaluer.

Ces certificats ne faisaient que confirmer la nécessité de poursuivre l'instruction du cas sur le plan médical et faisaient obstacle au prononcé d'une décision.

Pour le reste, l'avis SMR du 1^{er} mars 2021 produit en procédure de recours et auquel l'OAI se rallie, n'y change rien. Dans le contexte d'une augmentation des douleurs rhumatismales depuis le mois d'avril 2020 avec une incapacité de travail de 100 % prolongée jusqu'à la fin novembre 2020, situation complexifiée depuis août 2020 en raison d'une aggravation des tests hépatiques

compliquant l'introduction d'autres immunomodulateurs, et à quoi s'ajoute encore la découverte d'un nodule du pancréas qui a justifié une biopsie hépatique au début novembre 2020, le médecin du SMR ne peut être suivi lorsqu'il reproche aux médecins traitants de ne pas objectiver l'allégation par leur patiente d'une aggravation des symptômes alors même que la question ne leur était pas expressément posée (rapport du 7 décembre 2020 de la Dre Z._____ à la B._____ ; rapport spontané du 18 janvier 2021 des Drs [...] et H._____ d'[...]).

c) Au vu des pièces actuelles au dossier, l'instruction s'avère lacunaire sur l'appréciation de l'état de santé de l'assurée, plus particulièrement sur son évolution en lien avec les traitements mis en œuvre depuis le mois d'avril 2020 et leur incidence éventuelle sur la capacité de travail dans l'activité usuelle de femme de ménage exercée à temps partiel comme dans une activité adaptée au handicap physique de la recourante. Les faits pertinents n'ont ainsi pas été constatés de manière complète. Compte tenu de ces carences, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en interpellant à nouveau le Pr. N._____ voire la Dre Z._____, et en l'absence d'un examen clinique récent, ordonner toutes mesures d'instruction utiles impliquant un tel examen, cas échéant mettre en œuvre une expertise. En cas de besoin, l'OAI veillera à requérir les compléments nécessaires avant de rendre une nouvelle décision. »

B. Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a recueilli divers rapports médicaux auprès des médecins consultés par l'assurée.

Dans un rapport du 1^{er} novembre 2021, la Dre H._____ a retenu les diagnostics impactant la qualité de travail de polyarthrite rhumatoïde actuellement en échec de traitement et entraînant une fatigue importante, de lombalgies chroniques sur discopathie pluriétagée lombaire, d'arthrose facettaire postérieure en poussées inflammatoires, et d'obésité de stade 1. La spécialiste, qui avait vu l'assurée pour la dernière fois le 17 août 2021, n'avait pas noté d'amélioration de son état de santé depuis août 2020. La biopsie du nodule pancréatique effectuée depuis son précédent rapport retrouvait un foyer de pancréatite chronique, alors que le PET (*Positron emission tomography*)-scan était en faveur d'une allure néoplasique. Un nouveau scanner réalisé ultérieurement montrait une lésion hypervasculaire de 10 mm de la queue du pancréas, cependant moins bien visible, pour

lequel un suivi gastroentérologique était prévu. La patiente, qui n'avait actuellement pas de suivi psychothérapeutique, décrivait néanmoins une part de stress importante. De l'avis de la Dre H._____, les problématiques somatiques de l'assurée avaient un retentissement sur sa santé psychique qui pouvaient participer aux empêchements professionnels. Les limitations fonctionnelles de l'assurée, qui décrivait des douleurs lors de la mise en action de ses articulations notamment cervicales, lombaires, des coudes et des mains, étaient une incapacité à la position accroupie, au port de charges supérieures à 5 kg, une limitation dans les amplitudes cervicales, une perte de force poing fermé, éviter toute position statique (debout ou assis) prolongée, ainsi qu'une fatigabilité importante et un essoufflement à l'effort. Pour la Dre H._____, l'incapacité de travail demeurait entière et une activité professionnelle quelle qu'elle soit semblait difficilement envisageable.

Selon un rapport du 14 décembre 2021 du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, l'assurée, vue en dernier lieu le 23 juillet 2021, était suivie initialement en raison d'une stéato-hépatite non alcoolique d'origine métabolique, sans argument pour une fibrose significative. Ce diagnostic était confirmé histologiquement par une biopsie hépatique effectuée le 3 novembre 2020 (tableau histopathologique de stéatose macrovacuolaire de grade 3 avec stéatohépatite légèrement fibrosante [score de fibrose équivalent METAVIR F2]), cadrant avec une origine métabolique (NASH). En raison de la mise en évidence fortuite d'une masse au niveau de la queue du pancréas, la patiente avait bénéficié de plusieurs investigations depuis février 2021 ayant permis de conclure, après évaluation en endocrinologie, à une tumeur neuro-endocrine non fonctionnelle de moins de 2 cm, pour laquelle un suivi radiologique à une année était préconisé. Selon le spécialiste, l'assurée ne présentait pas de limitation fonctionnelle d'un point de vue purement gastro-entérologique et hépatologique.

Dans un rapport du 23 décembre 2021, la Dre Z._____ a retenu, en plus de la polyarthrite rhumatoïde séronégative, non érosive, diagnostiquée en 2009, les diagnostics impactant la capacité de travail

de lombalgies chroniques non déficitaires avec discrète déshydratation des trois derniers étages lombaires, sans tendinopathie des fessiers et de gonarthrose débutante dans le compartiment fémorotibial médial des deux côtés. Selon la spécialiste, la situation ne s'était pas améliorée depuis février 2021. La patiente se plaignait de polyarthralgies mixtes des mains, du coude gauche, des genoux, de la région lombofessière, dans un contexte de déconditionnement et avec une intolérance à l'exercice. Elle souffrait de douleurs des fesses et des périhanches la nuit, pour lesquelles une infiltration réalisée en octobre 2021 était restée sans effet. Un traitement de physiothérapie avait été prescrit pour ces douleurs. Elle présentait également des douleurs à la palpation des interlignes médianes et latérales des deux genoux, des contractures cervicales, avec absence de synovite, et des nodules d'Heberden débutants au niveau des doigts. Les limitations fonctionnelles de l'assurée consistaient en des difficultés à marcher longtemps ou à marcher dans les escaliers, ainsi qu'à porter des poids. Pour la Dre Z._____, qui indiquait ne plus suivre l'assurée depuis janvier 2021, l'incapacité de travail était théoriquement toujours entière dans l'activité habituelle et, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était évaluée « probablement aux alentours de 50 % ».

Par avis SMR du 31 mars 2022, le Dr L._____, constatant des divergences parmi les avis recueillis auprès des différents spécialistes, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, avec volets de rhumatologie, psychiatrie et médecine interne.

Par communication du 20 avril 2022, l'OAI a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Y étaient jointes les questions destinées aux experts, avec la précision que l'assurée avait la possibilité d'adresser des questions complémentaires à l'OAI.

Dite expertise a été confiée aux Drs U._____, spécialiste en médecine interne générale, G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, spécialiste en rhumatologie, de la Clinique C._____ (ci-après : Clinique C._____), à [...]. Ceux-ci ont rendu leur

rapport le 26 septembre 2022. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics suivants :

« Du point de vue internistique, les diagnostics suivants sont retenus : **obésité de grade II selon OMS** (BMI [*Body Mass Index*] 36kg/m²) (E66.9) ; **hypertension artérielle** traitée (I10) ; **NASH (stéato-hépatite non alcoolique)** (K76.0) d'origine métabolique, Metavir F2 confirmé par biopsie hépatique de novembre 2020 ; **tumeur neuro-endocrine non sécrétante du pancréas** (C25.9) découverte fortuitement en 2021 et pour laquelle l'étude histologique est non concluante en l'absence d'arguments cliniques et paracliniques pour une hypersécrétion hormonale permettant d'écartier un insulinome, un VIPome ou une glucagonome ; **syndrome d'apnée du sommeil de type obstructive de degré modéré à sévère** (G47.3) ; **rhino-sinusite chronique** anamnestique (J32.9) et **intertrigo sous mammaire** bilatéral (L30.4). [...]

Du point de vue rhumatologique, on retient une **polyarthrite séronégative, probablement de type rhumatisme psoriasique** actuellement sans signe d'activité clinique, résistant aux différentes prises en charge au [...] avec une augmentation des arthralgies et des lésions cutanées et unguéales de **psoriasis** après l'arrêt des traitements de fond et des biothérapies. Il s'y intrique des **lombalgies chroniques non spécifiques** (M54.5) avec pygalgies et pseudosciatalgies dans un contexte de discopathies banales et **tendinobursite trochantérienne** prédominant à gauche et ayant déjà fait l'objet de nombreux gestes infiltratifs locaux. L'assurée présente également, dans le cadre de l'obésité, une **gonarthrose bilatérale**.

L'expert psychiatre retient un antécédent d'épisode dépressif sévère dans le passé (aux alentours de 1990) ayant nécessité une hospitalisation en milieu spécialisé. L'évolution en a été favorable et actuellement, les quelques symptômes décrits dans son rapport ne constituent pas une psychopathologie établie.

Ainsi, il n'existe pas actuellement de psychopathologie relevant d'une atteinte à la santé psychique, malgré un certain degré de surcharge et d'appréhension concernant une perception de l'assurée de dégradation de sa santé physique. »

Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée n'excédait pas 50 % d'un 100 % dans son activité habituelle de femme de ménage en raison de l'atteinte à l'appareil locomoteur, ce depuis le mois d'octobre 2017, date de la reprise professionnelle, et qu'elle était de 60 % à compter de cette même date dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activités menées tôt le matin, pas de déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, pas montée-descente répétée d'escaliers, pas de ports de charges répétés de plus de 10 kg, pas de positions en porte-à-faux du dos). Ils ont précisé que parmi les diagnostics

nouvellement survenus dans la sphère internistique depuis 2020, seule l'obésité pouvait limiter certaines activités par l'augmentation significative du périmètre abdominal telles que les flexions répétées du tronc. En outre, le syndrome des apnées du sommeil récemment retenu, pour lequel l'assurée ne tolérait pas l'appareillage était susceptible d'entraîner une certaine somnolence diurne et de la fatigue. Enfin, en l'absence de psychopathologie avérée, les experts ne retenaient aucune limitation d'ordre psychique.

Dans un avis SMR du 11 octobre 2022, le Dr L. _____ a indiqué qu'il ne voyait aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise, en précisant toutefois que des précisions étaient nécessaires concernant la date de début de l'incapacité de travail retenue par les experts.

Par courrier du 12 octobre 2022, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait obtenir certaines précisions des experts et lui a donné la possibilité de lui faire parvenir ses éventuelles questions. Elle s'est vu remettre à cet effet une copie du rapport d'expertise ainsi que de l'avis SMR du 11 octobre 2022.

Par courrier du 17 octobre 2022, l'assurée a demandé à l'OAI de soumettre les questions suivantes aux experts :

« - Les médecins du [...] ont constaté une incapacité de travail à 100% à partir du mois d'août 2020 et de manière indéterminée suite aux changements et finalement l'arrêt des traitements aux immunomodulateurs et, par conséquent, l'aggravation des douleurs articulaires et les limitations plus importantes dues à la polyarthrite. Pourquoi cette problématique ne se répercute-t-elle pas sur la capacité de travail de l'assurée retenue dans l'expertise ?

- Est-ce que l'assurée rencontrerait une diminution du rendement due aux douleurs et limitations fonctionnelles dans une activité adaptée exercée à 60% ? »

Dans un complément d'expertise du 16 novembre 2022, la Dre K. _____ a répondu comme suit aux questions de l'OAI :

« 1. A partir de quelle date peut-on retenir des empêchements en lien avec les différentes atteintes rhumatologiques ?

Une atteinte de l'appareil locomoteur est attestée dès 2010. Dans le courant de cette année-là, l'assurée présente des signes inflammatoires objectifs au niveau articulaire avec tuméfaction de 16 articulations sur 28. Elle doit d'ailleurs bénéficier d'une injection de Diprophos.

On peut donc présumer que dès février 2010, elle présente une incapacité d'au moins 50 % dans son activité habituelle et de 40 % dans une activité adaptée. Il n'est pas impossible qu'en raison de cette poussée, elle ait pu présenter une incapacité de travail totale mais qui n'a probablement pas excédé quelques mois.

2. Est-ce que ces documents montrent une péjoration objective et significative de l'état de santé depuis cette date. Pouvez-vous la situer dans le temps ?

Les documents à disposition ne permettent pas d'objectiver une péjoration significative si ce n'est en lien avec l'évolution naturelle des troubles dégénératifs, évolution que l'on peut difficilement dater de façon précise.

On ne peut en revanche pas retenir d'aggravation en lien avec le rhumatisme inflammatoire sur la base des documents mis à disposition.

3. Dans ces conditions depuis quand peut-on retenir une CTAH de 50 % et une CTAA de 60 % ?

Dès le début du suivi rhumatologique soit dès 2010, il existait certainement une CTAH de 50 % et une CTAA de 60 % en lien avec l'atteinte inflammatoire articulaire.

Il ne nous est pas possible, avec les éléments à disposition, de nous prononcer de façon plus précise. »

Par avis SMR du 28 novembre 2022, le Dr L. _____ a indiqué se rallier aux conclusions des experts.

Dans un projet de décision du 29 novembre 2022, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à un quart de rente à compter du 1^{er} octobre 2019. Selon ses constatations, au terme du délai légal d'attente d'un an, l'intéressée présentait une incapacité de travail et de gain de 50 % dans son activité habituelle de nettoyeuse. Toutefois, dans une activité adaptée à son état de santé, comprenant les restrictions fonctionnelles suivantes : « pas d'activité menée tôt le matin, pas de déplacement prolongé ou en terrain irrégulier, pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de port de charges répété de plus de 10 kg, pas de position en porte-à-faux du dos et pas de flexion répétée du

tronc », une capacité de travail de 60 % était raisonnablement exigible de la part de l'assurée. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était de 40 % - sans abattement, l'examen des facteurs de réduction ne le justifiant pas -, ouvrant ainsi le droit à un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2019 compte tenu de la demande de prestations tardive du 3 avril 2019.

Le 16 janvier 2023, la recourante a fait part de ses objections contre le projet de décision précité.

Dans un avis SMR du 3 avril 2023, le Dr L. _____ a maintenu ses conclusions et apprécié la situation comme suit :

« **DISCUSSION :**

A- Concernant une diminution de rendement de la CTAA : A l'aune des indicateurs standards, les experts ont déjà retenu une diminution de la CTAA de 40% en lien avec les douleurs.

Dans ces conditions, on ne voit pas ce qui justifierait, de surcroît, une baisse de rendement.

B- Concernant l'IT à 100% attestée par les médecins de l'assurée en août 2020 :

a. Pour mémoire, les RM d'[...] en date du 18.01.21 venait motiver cette IT de 100% par l'augmentation de la symptomatologie rhumatismale subjective (douleurs, fatigue) et, d'autre part, par la découverte récente de lésions hépatiques et pancréatiques en Aout 2020 (RM 20.01.21).

b. Concernant les lésions hépatiques et pancréatiques, les spécialistes du [...] indiquaient clairement qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et qu'elles ne justifiaient pas d'IT (RM 20.12.21).

De même, l'experte Interniste signalait que ces atteintes étaient bien documentées et elle relevait que « l'interprétation donnée par l'assurée sur leur répercussion sur sa capacité de travail » paraissait « disproportionnée » (p18).

c. Sur le plan rhumatologique :

i. Dans son courrier à la Vaudoise, la Dresse Z. _____ signalait plus précisément que cette IT de 100% relevait « probablement des douleurs du rachis, pour lesquelles la patiente a consulté son médecin traitant le 05.08.2020 » (Acte de Recours 5.2.21).

ii. Les médecins d'[...] indiquaient « une fatigue plus importante et des douleurs articulaires accentuées » (RM 20.01.21).

iii. Ces rapports ne contenaient aucune information quant à une modification objective de l'état de santé. Ils répercutaient uniquement une intensification des plaintes de la part de l'assurée. Les mêmes plaintes qui sont documentées depuis 2009-2010 (RM 10.07.19).

- iv. Aussi, l'expert Rhumatologue a confirmé qu'il n'y avait pas eu de péjoration objective de l'état de santé au status depuis que l'assurée présente ces doléances (RM 21.11.22).
- v. En conséquence, on ne voit pas de motifs de retenir une modification de la CT en Aout 2020. »

Le 4 avril 2023, l'OAI a pris position au sujet des objections de l'assurée.

Par décision du 24 avril 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 29 novembre 2022.

C. Par acte du 23 mai 2023, T._____, représentée par Procap Suisse, a interjeté recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation en tant qu'elle limite à un quart la rente octroyée et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante a relevé qu'elle avait posé deux questions complémentaires aux experts par courrier du 17 octobre 2022, lesquels n'avaient répondu qu'aux questions du SMR. Elle a soutenu pour le surplus et en substance que son état de santé s'était aggravé depuis 2020, et qu'il n'était pas cohérent de retenir un état de santé et une capacité de travail inchangés depuis 2017. Elle estimait ainsi que la position des experts, qui mentionnaient ces aggravations et écrivaient ensuite que la situation était demeurée inchangée, sans motiver cette contradiction, n'était pas convaincante. Elle a encore relevé, dans ce cadre, que le cumul des différentes atteintes à la santé la limitait dans toutes les activités. Dans un autre moyen, elle a observé notamment que les rentiers AI présentant une capacité de gain résiduelle et touchant de ce fait une rente partielle percevaient en moyenne un salaire significativement plus bas que les personnes fortement restreintes en raison de leur état de santé mais n'ayant pas accès à une rente. Elle déplorait dans ce cadre le fait qu'aucun abattement n'ait été retenu, bien qu'elle ait présenté de nombreuses limitations fonctionnelles ; il convenait également de tenir compte de son âge au moment de la décision (58 ans et demi), de son absence d'expérience dans un domaine d'activité adapté à ses problèmes

de santé, ainsi que de son absence prolongée du marché du travail. A ses yeux, c'était ainsi un abattement de 20 % qui aurait dû être retenu.

Le 8 juin 2023, déférant à une demande en ce sens incluse dans son recours, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 mai 2023, incluant l'exonération d'avances et de frais judiciaires, une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1^{er} juillet 2023 étant par ailleurs fixée.

Par réponse du 13 juillet 2023, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

En réplique, le 1^{er} septembre 2023, la recourante a maintenu que dans la mesure où l'OAI lui avait donné la possibilité de poser des questions supplémentaires aux experts, ces questions devaient lui être soumises, faute de quoi son droit d'être entendue serait violé. Dans un autre moyen, elle a plaidé que compte tenu de ses problèmes de santé et des limitations en découlant, il semblait exclu qu'un employeur consente les moyens et les efforts nécessaires pour lui permettre de se réinsérer dans le monde du travail. A ses yeux, un engagement « normal » supposerait de la part de l'employeur des concessions irréalistes et il lui était donc impossible de trouver un emploi correspondant.

Par duplique du 3 octobre 2023, l'OAI a confirmé sa position.

Dans d'ultimes observations du 7 novembre 2023, la recourante a réitéré ses arguments quant au grief de la violation du droit d'être entendu et a pour le surplus maintenu ses conclusions.

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).

Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) 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, l'ouverture du droit à la rente, fixée au 1^{er} octobre 2019 compte tenu du dépôt de la demande le 3 avril 2019, est antérieure à la modification des dispositions légales du 1^{er} janvier 2022. Le droit en vigueur au 31 décembre 2021 demeure donc applicable en l'espèce.

3. Le litige porte sur l'étendue du droit à la rente à laquelle peut prétendre la recourante.

4. Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être

entendue du fait que, dans le cadre d'une demande de précision sur un point du rapport d'expertise de la Clinique C._____ du 26 septembre 2022, l'OAI n'a pas soumis aux experts les questions complémentaires qu'elle lui a adressées le 17 octobre 2022 à la suite de son courrier du 12 octobre 2022.

a) Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2).

b) En l'occurrence, comme l'observe l'OAI, il ne s'agit pas de questions que la recourante aurait souhaité poser antérieurement à l'examen expertal - possibilité qui lui a été donnée (cf. communication du 20 avril 2022) et dont elle n'a toutefois pas fait usage - mais de questions complémentaires, postérieures à l'examen. Dans ce contexte, on doit admettre, avec l'intimé, qu'il était concevable qu'il s'assure qu'un complément d'expertise quant aux éléments soulevés par l'intéressée était justifié. Or dans son avis du 3 avril 2023, le Dr L._____ du SMR a apporté des explications de nature factuelle s'appuyant sur le dossier médical à disposition permettant d'écartier la nécessité de soumettre les questions de l'assurée aux experts. On ne discerne dès lors pas, dans ce contexte, de violation du droit d'être entendue de la recourante.

Au surplus, il faut relever que la recourante a pu faire valoir ses moyens dans le cadre d'un double échange d'écritures devant la Cour

de céans, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Ainsi, une éventuelle violation de son droit d'être entendu devrait en tous les cas être considérée comme réparée.

Il convient encore d'ajouter qu'en tant que la recourante formule des critiques qui portent en réalité sur l'appréciation des éléments recueillis dans le cadre de l'évaluation de sa capacité de travail, celles-ci se confondent avec le grief tiré d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, de sorte qu'elles doivent être examinées avec le fond du litige.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31

décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e 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 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). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021]).

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]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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).

6. 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).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux.

Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

7. a) En l'espèce, reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comportant un volet de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie, qui a été confiée aux experts de la Clinique C._____.

L'OAI a estimé, sur la base du rapport d'expertise du 26 septembre 2022, ainsi que des avis du SMR des 28 novembre 2022 et 3 avril 2023, que la recourante présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de nettoyeuse et de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis le 1^{er} février 2010.

De son côté, la recourante estime que l'appréciation de la capacité de travail résiduelle ne tient pas suffisamment compte de sa situation. A cet égard, elle remet en cause le rapport d'expertise de la

Clinique C._____ au motif que les experts n'ont pas suffisamment pris en compte leurs propres diagnostics par rapport à ses limitations fonctionnelles. La recourante allègue en effet une péjoration de son état survenue en 2020 (augmentation des arthralgies, nouveaux diagnostics en médecine interne, obésité, syndrome des apnées du sommeil avec somnolence diurne et fatigue), estimant que cela entraîne « forcément une répercussion » sur sa capacité de travail et voyant une incohérence dans le fait que les experts mentionnent ces aggravations mais écrivent ensuite que la situation est restée la même, sans motiver leur position.

b) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 26 septembre 2022 satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur de tels documents. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré la recourante et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus. Les experts ont établi un rapport de synthèse dans lequel ils ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Ils ont fondé leur appréciation sur son dossier médical transmis par l'OAI. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes de la recourante, qu'ils ont soigneusement listées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps.

c) Sur le plan psychiatrique, le Dr G._____ n'a retenu aucun diagnostic, mentionnant un antécédent d'épisode dépressif sévère dans le passé - vers 1990 - ayant nécessité une hospitalisation en milieu spécialisé mais pour lequel l'évolution avait été favorable et ajoutait qu'actuellement, les quelques symptômes décrits dans son rapport ne constituaient pas une psychopathologie établie. Selon l'expert, il n'existait ainsi actuellement aucune psychopathologie relevant d'une atteinte à la santé psychique, malgré un certain degré de surcharge et d'appréhension concernant une perception de l'assurée de dégradation de sa santé physique. En conséquence, aucune limitation fonctionnelle d'ordre

psychique n'était retenue (cf. rapport d'expertise de la Clinique C. _____ du 26 septembre 2022, p. 18 et 20).

La recourante ne conteste pas cette appréciation, tandis que l'on ne dispose d'aucun élément médical de nature à la mettre en doute. On peut donc confirmer l'évaluation communiquée par le Dr G. _____.

d) Sur le plan somatique, les Drs U. _____ et K. _____ ont retenu les diagnostics relevant de la médecine interne générale d'obésité de grade II selon l'OMS (BMI 36kg/m²) (E66.9), d'hypertension artérielle traitée (I10), de NASH (stéato-hépatite non alcoolique) (K76.0) d'origine métabolique, Metavir F2 confirmé par biopsie hépatique de novembre 2020, de tumeur neuro-endocrine non sécrétante du pancréas (C25.9) découverte fortuitement en 2021 et pour laquelle l'étude histologique est non concluante en l'absence d'arguments cliniques et paracliniques pour une hypersécrétion hormonale permettant d'écarter un insulinome, un VIPome ou une glucagonome, de syndrome d'apnée du sommeil de type obstructive de degré modéré à sévère (G47.3), de rhino-sinusite chronique anamnestique (J32.9) et d'intertrigo sous mammaire bilatéral (L30.4). Les diagnostics du point de vue rhumatologique étaient une polyarthrite séronégative, probablement de type rhumatisme psoriasique actuellement sans signe d'activité clinique, résistant aux différentes prises en charge au [...] avec une augmentation des arthralgies et des lésions cutanées et unguéales de psoriasis après l'arrêt des traitements de fond et des biothérapies, des lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) avec pygalgies et pseudosciatalgies dans un contexte de discopathies banales et tendinobursite trochantérienne prédominant à gauche ayant déjà fait l'objet de nombreux gestes infiltratifs locaux, ainsi qu'une gonarthrose bilatérale.

Les expertes somaticiennes ont justifié leur évaluation médicale du cas particulier en ces termes (cf. ibidem, p. 16-20) :

« 6.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assurée [...] »

[...] La période de 2020 à 2021 est en outre marquée par les éléments suivants au plan internistique : la prise en charge de l'obésité parallèlement à un suivi diététique, interrompu fin 2021

l'assurée ne répondant plus aux critères pour le remboursement par la caisse maladie, au prix d'une reprise pondérale. Actuellement le BMI à 36 kg/m² classe l'obésité de grade II selon l'OMS. Celle-ci n'est pas associée à un diabète ni une dyslipidémie. Comme autre facteur de risque cardio-vasculaire l'assurée est suivie pour une hypertension artérielle traitée. Concernant la stéatose hépatique non alcoolique, celle-ci est à prédominance d'origine métabolique et s'intègre dans le contexte de l'obésité. Elle est documentée depuis au moins 2007, avec une augmentation des valeurs des enzymes hépatiques enregistrée en lien avec les médicaments de la polyarthrite dont le Leflunomide, avec à son arrêt une nette amélioration. La biopsie hépatique de novembre 2020 considère la stéato-hépatite comme légèrement fibrosante avec un score Metavir F2. On retient également la découverte fortuite sur l'imagerie d'une lésion hypervasculaire de la queue du pancréas correspondant à une tumeur neuro-endocrine non fonctionnelle. A relever la découverte à l'ultrason de novembre 2021 de trois nodules thyroïdiens non suspects. Le bilan para-clinique montre une fonction normale de la thyroïde. L'assurée présente également un syndrome d'apnée du sommeil positionnel diagnostiqué en juin 2021 pour lequel il lui a été proposé une C-pap. Spontanément, l'assurée n'évoque pas cette problématique. On apprend qu'elle a renoncé à l'appareillage. À cela s'ajoute également un status post annexectomie bilatérale pour suspicion d'une tumeur borderline de l'ovaire droit en juin 2021 qui finalement n'a pas été confirmée histologiquement.

Au total on peut admettre que postérieurement à la décision de l'AI, l'assurée a présenté d'autres problèmes de santé dont certains de découverte fortuite mais qui n'ont pas de critères de gravité ni d'évolutivité ou de quelconque impact fonctionnel, ne nécessitant qu'une surveillance clinico-radiologique et biologique à intervalles réguliers par les spécialistes référents du [...].

L'assurée admet d'ailleurs bien que c'est la problématique douloureuse qui est au premier plan dans son incapacité à rejoindre le monde du travail. Elle est ainsi régulièrement suivie en rhumatologie et en médecine physique au [...] pour une problématique de rhumatisme inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde séronégative versus arthrite psoriasique) intriquée avec des troubles dégénératifs de l'appareil locomoteur, comportant une gonarthrose bilatérale et des lombalgies chroniques. Une IRM du rachis a permis d'écarter tout signe inflammatoire pelvi-spondylien pouvant être compatible avec une spondylo-arthrite. Un syndrome douloureux chronique a aussi dans ce contexte de douleurs diffuses été suspecté par les différents médecins spécialistes. Le psoriasis a été confirmé par les dermatologues du [...], avec des lésions cutanées et unguéales augmentées à l'arrêt des traitements de fond et biothérapies pour les motifs énoncés ci-dessus. L'assurée rapporte que c'était le méthotrexate qui était la molécule ayant permis une certaine efficacité sur les douleurs articulaires. Lors de la dernière évaluation du [...], il a été décidé de ne reprendre de traitement de l'arthrite qu'en cas de signes inflammatoires avérés sur une IRM des mains. Pour l'heure, l'assurée reste sans traitement de fond et se satisfait uniquement de la prise d'antalgiques et AINS à la demande. [...]

6.2 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

L'assurée s'est montrée authentique durant les évaluations somatiques. Elle n'a émis aucun propos revendicateur. Elle s'est pliée sans rechigner aux tests, même si l'on a retrouvé des signes de comportement douloureux avec des mouvements de retrait et résistances. On constate également un certain hiatus entre la description de ses plaintes et les constatations objectives avec l'absence de signes cliniques ou radiologiques (IRM des mains) de synovites, et, comme rapporté dans le rapport du [...] de mars 2022, de substrat anatomique au niveau de l'IRM lombaire pouvant expliquer les douleurs et les irradiations aux membres inférieurs. Au plan internistique, le cadre nosologique des différents problèmes de santé relayés dans le paragraphe 6.1. est bien documenté et clair. C'est l'interprétation donnée par l'assurée sur leur répercussion sur sa capacité de travail qui paraît disproportionnée.
[...]

7.1 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, et la discussion des chances de guérison

Concernant la prise en charge des pathologies du domaine de la médecine interne, les experts jugent cruciale l'obtention d'une perte pondérale concernant l'hépatopathie métabolique et la prévention des complications du syndrome métabolique en particulier vers un diabète par insulino-résistance périphérique. L'assurée paraît toutefois réticente à la poursuite d'un suivi diététique estimant son alimentation équilibrée et saine. D'elle-même, l'assurée a récemment abandonné l'appareillage de son syndrome des apnées du sommeil, au motif d'une mauvaise tolérance liée à une sinusite chronique.

Les autres problématiques nécessitent uniquement la poursuite des contrôles cliniques, radiologiques et paracliniques au rythme proposé par les équipes spécialisées en particulier en ce qui concerne les nodules thyroïdiens, la tumeur neuroendocrine du pancréas ainsi que la surveillance de la NASH.

Les atteintes dégénératives de l'appareil locomoteur sous la forme de lombalgies chroniques non spécifiques avec pyralgies et pseudosciatalgies et la tendinobursite trochantérienne ont déjà fait l'objet d'une réadaptation soutenue et de gestes infiltratifs locaux sans succès. Elle a été suivie en médecine physique au [...] sans autre proposition que la poursuite du traitement symptomatique. La gonarthrose est susceptible d'une amélioration par la poursuite des mesures visant à une perte pondérale et la poursuite de la physiothérapie. Le pronostic reste cependant réservé devant la longueur d'évolution des troubles.

Enfin le rhumatisme inflammatoire de type arthropathie psoriasique ou polyarthrite séronégative est actuellement sans signe d'activité clinique (score SONAR normal, IRM des mains sans synovite), et ne justifie pas la reprise d'une quelconque biothérapie, traitement que l'assurée refuserait par crainte des effets secondaires hépatiques.

Concernant les éventuelles mesures de réadaptation, celles-ci paraissent vouées à l'échec l'assurée s'en estimant subjectivement totalement incapable, convaincue de la gravité de son état physique.

[...]

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Des diagnostics nouvellement survenus dans la sphère internistique depuis 2020, seule l'obésité peut limiter certaines activités de par l'augmentation significative du périmètre abdominal telles que les flexions répétées du tronc. En outre le syndrome des apnées du sommeil récemment retenu dont l'assurée ne tolère pas l'appareillage est susceptible d'entraîner une certaine somnolence diurne et fatigue.

L'atteinte de l'appareil locomoteur, intriquée d'ordre dégénératif et inflammatoire, entraîne des limitations fonctionnelles dans des activités menées tôt le matin, les déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, la montée-descente répétée d'escaliers, les ports de charges répétées de plus de 10 kg, les positions en porte-à-faux du dos.

[...]

8.1 Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

En raison de l'atteinte de l'appareil locomoteur la capacité de travail comme femme de ménage n'excède pas 50 % d'un 100 % et ce depuis 2017, date de la reprise professionnelle.

8.2 Capacité ou incapacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

Dans une activité adaptée aux limitations décrites ci-dessus, la capacité de travail est de 60 % d'un 100 % et ce également depuis 2017. La situation est donc restée inchangée malgré l'arrêt de travail survenu en août 2020, en raison d'investigations au plan somatique internistique. Ces dernières n'ont pas entraîné de période d'incapacité durable excédant quelques semaines. »

En l'occurrence, on ne voit aucune raison objective de s'écarter de l'appréciation des Drs U. _____ et K. _____, laquelle n'est sérieusement contredite par aucun avis spécialisé au dossier. En outre, et contrairement à ce que soutient la recourante, il y a lieu de constater que les experts ont dûment motivé leur position et expliqué pourquoi ils ont retenu que la péjoration de l'état de santé de l'assurée intervenue en 2020 et ayant donné lieu à une incapacité de travail totale temporaire n'entraînait pas de modification durable de sa capacité de travail. Il s'agit donc de se rallier également à l'appréciation des expertes somaticiennes de la Clinique C. _____, étant souligné que la recourante ne s'est prévalue d'aucune pièce médicale nouvelle à cet égard au stade de la présente procédure. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir, avec l'intimée, que la recourante présente une capacité de travail de 60 % dans

une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'activité menée tôt le matin, pas de déplacement prolongé ou en terrain irrégulier, pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de port de charges répété de plus de 10 kg, pas de position en porte-à-faux du dos et pas de flexion répétée du tronc).

8. a) Selon l'art. 16 LPGA, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 222 consid. 4.3.1).

c) 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 du droit des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et 33 ad art. 16 LPGA).

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 service, 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 consid. 5b).

e) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 et les références citées).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b). Il ne s'agit ainsi pas d'apprécier si un employeur est effectivement disposé à confier un travail au recourant, mais uniquement d'apprécier si, compte tenu de son état de santé, ce dernier est à même d'exercer une activité déterminée (Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 65 ad art. 28a LAI).

f) En l'espèce, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 55'118 fr. 66 et un revenu avec invalidité de 33'071 fr. 20 en se fondant sur les revenus statistiques ressortant de l'ESS. La recourante ne soutient pas que ces montants seraient erronés, de sorte qu'ils ne seront pas examinés plus avant.

La recourante est cependant d'avis qu'un abattement de 20 % aurait dû être retenu sur le revenu d'invalidité. Elle fait valoir dans ce cadre

que les rentiers AI présentant une capacité de gain résiduelle, comme c'est son cas, et touchant de ce fait une rente partielle, perçoivent en moyenne un salaire significativement plus bas que les personnes fortement restreintes en raison de leur état de santé mais n'ayant pas accès à une rente. Elle met en avant par ailleurs ses nombreuses limitations fonctionnelles, son âge au moment de la décision, son absence d'expérience dans un domaine d'activité adapté à ses problèmes de santé, ainsi que son absence prolongée du marché du travail. En réplique, la recourante a encore soutenu qu'aucun employeur ne serait disposé à l'engager. Cette argumentation doit être rejetée.

D'abord, la recourante était âgée de 57 ans au moment de l'expertise (rapport du 26 septembre 2022) – soit le moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible – si bien que la jurisprudence relative aux assurés proches de l'âge de la retraite n'entre pas en ligne de compte (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3 ; TF 9C_195/2019 du 11 juin 2019 consid. 5.3.2 et 9C_638/2018 du 7 février 2019 consid. 4.2). En outre, l'âge n'a en principe pas d'incidence sur le revenu en cas d'application du niveau de compétence 1 de l'ESS (TF 9C_284/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2.3). Quant aux limitations fonctionnelles, elles ont été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail retenue, raison pour laquelle aucune déduction supplémentaire en raison du taux d'occupation ne saurait être admise.

Pour ce qui est de l'absence prolongée du marché du travail, la notion de marché du travail équilibré est un concept théorique et abstrait, de sorte qu'une longue absence du marché du travail n'est pas relevante (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b) et ne constitue en effet pas un facteur déterminant pour l'abattement (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa ; TF 9C_892/2012 du 30 avril 2013 consid. 5.4).

On mentionnera encore que même dans le cas où un abattement de 10 % avait été retenu, le droit à une demi-rente ne serait quoi qu'il en soit pas ouvert. En effet, un revenu avec invalidité de 29'764

fr. 08 (33'071 fr. 20 x 90 %), comparé à un revenu sans invalidité de 55'118 fr. 66 aboutirait à un taux d'invalidité de 46 % [(55'188 fr. 66 - 29'764 fr. 08) / 55'118 fr. 66)], donnant droit à un quart de rente (consid. 4b supra).

Finalement, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle soutient que les limitations fonctionnelles qu'entraîne son atteinte à la santé, à savoir « pas d'activité menée tôt le matin, pas de déplacement prolongé ou en terrain irrégulier, pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de port de charges répété de plus de 10 kg, pas de position en porte-à-faux du dos et pas de flexion répétée du tronc » rendent illusoire toute recherche d'emploi, y compris sur un marché de l'emploi réputé équilibré. A la lumière des activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services (ESS 2019, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1), un nombre suffisant d'entre elles correspondent aux compétences de l'intéressée et à ses limitations fonctionnelles. Une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie donc pas pour tenir compte des circonstances liées au handicap. En effet, un abattement n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 3.2.4 et la référence), ce qui n'est pas le cas de la recourante. En outre, l'absence de formation et d'expérience ne joue pas de rôle lorsque le revenu est déterminé, comme en l'espèce, en référence à une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (TF 8C_559/2022 du 21 mars 2023 consid. 4.2.3 ; 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et la référence citée).

La recourante se réfère encore à l'art. 26bis al. 3 RAI, modifié le 18 octobre 2023 avec effet au 1^{er} janvier 2024 (RO 2923 635), qui fonderait selon elle un abattement supplémentaire sur le revenu statistique avec invalidité. Or les dispositions transitoires relatives à cette modification du RAI prévoient en particulier que pour les rentes partielles en cours à l'entrée en vigueur de la modification, pour lesquelles le revenu

avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20 %, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la modification. Ainsi, il appartiendra le cas échéant à l'OAI de procéder à la révision de la rente, de sorte que la Cour de céans ne saurait se saisir de cette problématique en première instance.

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre en principe à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 24 avril 2023 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

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

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse, pour T. _____,
- 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 :