

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juillet 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Pasche, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante,

et

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

**Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28, 28a al. 3 et 29 al. 1 LAI ;
27bis et 69 al. 2 RAI**

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après, également : l'assurée ou la recourante), est née en [...]. Elle est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeuse obtenu le [...] et d'un CFC d'employée du commerce de détail délivré le [...]. En octobre 2004, elle a suivi l'école de police avec obtention d'un brevet, puis a travaillé comme agente de la police ferroviaire pour le compte de [...]. Elle a dû renoncer à cette activité en décembre 2006 après neuf mois d'incapacité de travail en raison d'un coup de tonfa reçu sur la face externe du coude droit à l'origine d'un état douloureux après une épicondylite droite post-traumatique rebelle pour laquelle elle a bénéficié de deux cures chirurgicales en 2005 et 2006. A partir de la fin 2006, elle a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage.

Domiciliée dans le canton de Genève, elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OCAI) le 20 septembre 2006 qu'elle a finalement retirée (décision du 12 décembre 2006 de l'OCAI).

B. En parallèle au chômage, Z._____ a travaillé durant trois mois au cours de l'année 2007 dans le domaine de la vente et un mois pour le compte de [...].

Le 17 octobre 2007, l'OCAI a enregistré une nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle compte tenu de son épicondylite droite.

Après être entré en matière sur la nouvelle demande, l'OCAI a confié la réalisation d'une expertise médicale au Dr K._____, spécialiste en chirurgie de la main, qui a rendu son rapport le 22 septembre 2009. Il a posé le diagnostic d'état douloureux chronique post-contusionnel du coude droit sans substrat anatomique et a retenu une capacité de travail de 100 % sans diminution de rendement possible à moyen terme dans une

activité de contrôle, de vente, d'employée de bureau ou de réception, voire même à terme dans une activité d'agente de sécurité. Dans son rapport du 22 juillet 2010, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, également mandaté par l'OCAI, a posé les diagnostics de dysthymie à début précoce et de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale (Axe I), de personnalité limite (Axe II), et d'antécédents de carences affectives ; isolement affectif ; difficultés professionnelles (autres ? ; Axe IV). Il a indiqué qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail médico-théorique du point de vue de la psychiatrie.

L'assurée a donné naissance à un enfant le 1^{er} septembre 2010.

Le 1^{er} novembre 2010, la société [...] SA a indiqué que le revenu de l'assurée en 2007 était de 75'189 fr. 40 (5'783 fr. 80 versé treize fois l'an).

Dans un rapport du 24 janvier 2012, la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, suivant l'assurée depuis le 6 septembre 2011, a suspecté une probable personnalité limite (F60.1) comme ayant un effet sur la capacité de travail. Elle a diagnostiqué par ailleurs une dysthymie (F34.1) sans effet sur la capacité de travail. Le pronostic était incertain. Cette médecin n'a pas pris position sur la capacité de travail de l'assurée.

Par décisions du 23 décembre 2013, l'assurée s'est vu allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2007 au 30 juin 2007 en raison d'une incapacité de travail totale de février 2006 à mars 2007, puis trois-quarts de rente d'invalidité pour la période allant du 1^{er} juillet 2007 au 31 décembre 2007 pour une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % d'avril 2007 à octobre 2007, l'assurée ayant récupéré une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis octobre 2007. Ces décisions n'ont pas été contestées.

C. Le 10 août 2017, Z._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une discopathie apparue en 2012.

Après être entré en matière sur cette nouvelle demande, l'OAI a reçu un rapport du 21 septembre 2017 du Dr A._____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant, posant les diagnostics incapacitants de syndrome lombo-vertébral chronique et d'épicondylite droite chronique, et retenant une incapacité de travail totale dans toute activité, sans autres précisions. En annexe à son rapport, ce médecin a joint :

- un rapport du 20 juillet 1993 du Dr S._____, spécialiste en rhumatologie, diagnostiquant des lombo-pygalgies récidivantes, à caractère mécanique, dont l'étiologie restait à préciser, des discrets troubles statiques du rachis, une dystrophie de croissance modérée et un status après plusieurs interventions abdominales pour perforations intestinales d'étiologie inconnue, sans exclure qu'une composante psychologique joue un rôle dans l'ensemble de la situation ;

- un rapport du 8 mai 2013 d'une IRM lombaire réalisée le jour précédent au service de radiologie de l'Hôpital [...] ([...]) concluant à une discarthrose modérée L4-L5 avec œdème sous-chondral en miroir Modic I, sans conflit neurologique visualisé ;

- un rapport du 29 août 2013 du Dr S._____, proposant d'essayer quelques séances de thérapies manuelles (chiropraxie, ostéopathie, etc.) au niveau des segments supérieurs associées à un traitement par des exercices de stabilisation lombaire, avec en réserve un traitement par antibiotiques sur une durée de trois mois, voire une péridurale test avec un corticoïde ;

- un rapport du 21 novembre 2014 du Dr T._____, spécialiste en anesthésiologie, qui avait réalisé des blocs facettaires L4-L5 L5-S1 bilatéraux sans bénéfice sur la symptomatologie douloureuse et qui avait renoncé à effectuer d'autres blocs chez l'assurée. Ce médecin n'avait pas

d'autre proposition thérapeutique que de poursuivre le travail médicamenteux avec une activité physique régulière ainsi qu'un renforcement comprenant du stretching ;

- un rapport du 22 mai 2017 d'une IRM de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques réalisée le 19 mai 2017 par les médecins du service de radiologie du [...] mettant en évidence une discrète majoration de la discopathie étagée, une nette dégradation de la spondylarthrose L4-L5 avec des phénomènes inflammatoires de type Modic II associés à des zones de sclérose, expliquant largement les douleurs localisées à ce niveau et l'absence de conflit disco-ostéo-radicaire ou de réduction du calibre du canal lombaire ;

- un rapport du 4 septembre 2017 du Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de la Clinique [...] à [...], suggérant de réaliser une chirurgie de la spondylarthrose en L4-L5 au vu de l'absence d'effet bénéfique des traitements entrepris.

D'après le questionnaire 531bis du 30 octobre 2017, si l'assurée avait été en bonne santé, elle a indiqué qu'elle travaillerait depuis 2011 comme policière à 60 %.

Dans un rapport du 18 décembre 2017 à l'OAI, le Dr A. _____ a évalué la capacité de travail de l'assurée comme nulle depuis la reprise de son suivi au mois de mars 2011 et a retenu des limitations fonctionnelles liées au syndrome lombo-vertébral chronique. Il n'y avait aucun traitement en cours, l'assurée étant susceptible d'adhérer à la proposition d'une chirurgie rachidienne dans le courant de l'année 2018. Selon le médecin traitant, le pronostic de réinsertion professionnelle était très mauvais, voire nul.

L'OAI a poursuivi l'instruction du cas en recueillant les pièces médicales suivantes :

- un rapport non daté mais enregistré au dossier le 24 octobre 2018 du Dr Q._____, médecin-assistant, de la Clinique [...] indiquant que l'assurée ne l'avait pas reconsulté depuis le 30 août 2017 ;

- un rapport du 21 mars 2019 du Dr A._____ faisant part d'un état de santé inchangé depuis le mois de décembre 2017. Posant les diagnostics incapacitants de syndrome lombo-vertébral chronique (discopathie L4-L5 sévère et L2-L3 avec rétrécissements correspondants selon un bilan IRM de la colonne lombaire d'avril 2018 au [...]), d'épicondylite droite chronique (deux cures chirurgicales en 2005 - 2006) ainsi que d'un éventuel trouble dépressif récurrent, ou autre pathologie psychiatrique, le médecin traitant a confirmé son estimation d'une capacité de travail nulle dans toute activité au vu des douleurs lombaires, de mouvements répétitifs du coude droit impossibles sans douleurs et d'une éventuelle pathologie psychiatrique. Avec l'accord de sa patiente, le Dr A._____ proposait la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) ;

- un rapport du 4 avril 2019 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne, qui n'avait pas revu l'assurée à sa consultation depuis le 3 juillet 2017.

Suivant la proposition du SMR ([Service médical régional de l'assurance-invalidité] ; avis médical du 22 mai 2019 du Dr C._____), l'OAI, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, a confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) au Centre médical d'expertises M._____ SA, à [...]. Les experts ont établi leur rapport le 6 mars 2020. Sur la base de leurs examens cliniques des 21, 24 et 31 janvier 2020 ainsi que l'étude du dossier médical mis à leur disposition (comprenant en particulier une IRM lombaire du 7 janvier 2020), ils ont posé les diagnostics, ayant ou non une incidence sur la capacité de travail, de douleur lombaire basse secondaire à des discopathies avec réaction inflammatoire Modic 1 (M51.9) et de dysthymie (F34.1). Ils ont retenu les limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique suivantes : « pas d'efforts de soulèvement de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste ni de rotation répétée du buste, port de charge limité à 5 kg,

changement régulier entre la position assise et la position debout ». Ces experts ont estimé que si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle comme agente de la police ferroviaire depuis mai 2013, elle était toutefois de 80 % (100 % avec une diminution de rendement de 20 %) dans une activité adaptée à l'état de santé, l'assurée pouvant porter un corset rigide sans difficulté.

Dans un avis médical SMR du 18 mars 2020, le Dr C. _____ a validé les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire précitée.

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 10 septembre 2020 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 5 octobre 2020, l'enquêtrice a retenu un statut de 60 % active et de 40 % ménagère. Elle a mis en évidence un empêchement de 19,9 % dans l'accomplissement des travaux habituels. S'agissant de la motivation du statut, il est noté que l'intéressée a eu un fils en 2010 d'un homme avec lequel elle n'a pas vécu, qui a reconnu être le père et a versé les pensions jusqu'à son décès en mars 2020. Une rente d'orphelin était versée actuellement pour l'enfant qui vivait avec sa mère. Sans atteinte à la santé, l'assurée a déclaré qu'elle avait toujours travaillé à plein temps mais que, depuis la naissance de son fils, elle aurait baissé son taux d'activité à 60 - 70 % car son salaire s'avérait suffisant compte tenu de ses multiples formations. Elle aurait augmenté son taux à nouveau à l'adolescence de son fils. Elle a ajouté que la situation financière devenait précaire car la pension versée par le père de son fils s'élevait à 1'100 fr. alors que la rente d'orphelin était de 780 francs.

Le 9 mai 2022, l'assurée a fait part à l'OAI d'une aggravation avec des douleurs et des restrictions dans les mouvements n'autorisant que des courts déplacements, très peu d'activités, et nécessitant de nouvelles investigations. Elle ne pouvait pas suivre des mesures professionnelles.

Le 15 septembre 2022, l'OAI a reçu un rapport d'IRM lombaire réalisée le 31 mai 2022 par le Dr P. _____, spécialiste en radiologie, adressé au Dr A. _____. Ce rapport a mis en évidence d'importants

troubles dégénératifs avec lombarthrose étagée, montrant de légers signes d'activation inflammatoire prédominant de L3 à L5 et principalement en L4-L5 avec un remaniement net inflammatoire de type Modic I à ce niveau, une surcharge dégénérative congestive zygapophysaire avec rehaussement inflammatoire des épineuses de L2 à S1 prédominant nettement de L3 à L5 et dans une moindre mesure en L5-S1, une discopathie lombaire étagée marquée principalement en L3-L4 et surtout en L4-L5 (avec dégénérescence discale majeure et sténose foraminale bilatérale prédominant légèrement à droite) ainsi qu'un canal lombaire conservé de grade A (selon la classification de Lausanne). A défaut d'un geste neurochirurgical, il était proposé d'effectuer un traitement par infiltrations à une fréquence de trois séances à un mois d'intervalle à but antalgique centré sur l'étage L4-L5.

Dans un rapport du 16 novembre 2022 à l'OAI, le Dr A. _____ a fait part d'une absence d'évolution défavorable selon l'IRM lombaire précitée, au status et à l'anamnèse, depuis l'expertise pluridisciplinaire au M. _____. Il retenait une possible diminution de la capacité adaptative de l'assurée ainsi qu'un éventuel trouble de la personnalité limite. Les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire lui semblaient sévères. Enfin, il indiquait une réticence de l'assurée à toute proposition de thérapie invasive.

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les derniers éléments récoltés au dossier (avis médical du 16 décembre 2022 du Dr H. _____) et complété l'instruction économique du cas (« Communication interne » et « REA - Calcul du salaire exigible » du 21 mars 2023), l'OAI a, par projet de décision du 28 mars 2023, fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Selon ses observations, en bonne santé, l'assurée exercerait une activité lucrative à 60 %, les 40 % restants correspondant à ses travaux habituels dans la tenue de son ménage. Elle présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis mai 2013 pour raisons de santé avec, au terme du délai d'attente d'une année en mai 2014, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle au sein de la police. Toutefois, une pleine capacité de

travail avec une baisse de rendement de 20 % était exigible de sa part dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« pas d'efforts de soulèvement de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste ni de rotation répétée du buste, port de charge limité à 5 kg, changement de position régulier entre la position assise et la position debout »). En application de la méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives ou partiellement ménagères, la comparaison entre un revenu sans (73'456 fr.) et avec invalidité (43'744 fr. 97) débouchait sur une perte de gain de 29'711 fr. 03, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 40,45 %. Les empêchements rencontrés dans la tenue du ménage s'élevaient à 19,9 %. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines (actif et ménager) était de 32,23 %.

A l'appui de ses objections du 13 avril 2023 envers ce projet de décision, l'assurée a contesté le statut mixte ainsi que le revenu sans invalidité de 73'456 fr. pris en compte dans la comparaison des revenus qu'elle estimait être trop faible au vu de ses trois CFC et de son brevet fédéral. Pour le reste, elle était d'avis que le port d'une orthèse était incompatible avec des changements de position, surtout assise, que la prise de médicaments altérait sa concentration et son orientation, et que les tâches ménagères ne représentaient pas 40 % de son temps qu'elle estimait pour sa part à trente minutes au maximum moyennant le port d'une orthèse ainsi qu'une aide-ménagère régulière. Ses douleurs chroniques paralysantes contre-indiquaient l'exercice d'une activité intense alors que le dernier examen IRM lombaire du 31 mai 2022 mettait en évidence une péjoration de la situation depuis 2020.

L'OAI a soumis le dossier à son service de réadaptation professionnel qui a confirmé le calcul du préjudice économique figurant dans le projet de décision du 28 mars 2023 (avis du 21 avril 2023).

Dans un avis médical du 15 mai 2023, le Dr H. _____ du SMR a renvoyé à son précédent avis du 16 décembre 2022 dès lors que le seul élément médical avancé était l'IRM lombaire de mai 2022 dont le médecin

traitant avait admis qu'elle ne montrait pas d'aggravation depuis l'IRM datant de 2020 dont les experts du M. _____ ont tenu compte.

Invitée à se positionner sur le statut à retenir, une juriste auprès de l'OAI a confirmé celui de 60 % active et de 40 % ménagère retenu initialement mais a suggéré un statut de 80 % active et 20 % ménagère depuis mars 2020, au motif que l'assurée était tenue d'augmenter son taux d'activité pour faire face à la perte de soutien financier à la suite du décès du père de son enfant (avis juriste du 5 juin 2023).

Par décision du 6 juin 2023, l'OAI a confirmé son refus d'octroi de mesures professionnelles et de rente. Confirmant tant l'exigibilité médicale que le revenu sans invalidité retenus dans le projet de décision du 28 mars 2023, l'OAI a en revanche pris en compte un statut mixte de femme 80 % active et 20 % ménagère depuis mars 2020. La comparaison des revenus déterminants mettait en évidence un degré d'invalidité 40,07 %. Après pondération sur la base du nouveau statut, le degré d'invalidité pour la part active s'élevait à 32,05 % (80 % x 40,07 %). Additionné aux empêchements ménagers pondérés de 3,98 % (20 % x 19,9 %), le degré d'invalidité global s'élevait à 36,03 % (32,05 % + 3,98 %), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Était joint un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision du 6 juin 2023.

D. Par acte du 22 juin 2023 (timbre postal), Z. _____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente, au motif que son état de santé l'empêchait d'avoir une qualité de vie et une activité professionnelle. Produisant notamment le dernier rapport d'IRM lombaire du 31 mai 2022 et des rapports du Dr A. _____ des 21 septembre 2017 et 16 novembre 2022, elle reprochait à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des nouveaux rapports médicaux versés au dossier.

Dans sa réponse du 15 novembre 2023, l'OAI a proposé l'octroi à la recourante d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars

2020 basé sur un degré d'invalidité de 43,84 %. L'intimé indiquait avoir soumis les pièces produites avec l'acte de recours au SMR (avis médical du 16 décembre 2022, confirmé le 15 mai 2023). S'agissant de l'aspect économique, l'OAI a indiqué que le revenu sans invalidité s'avérait significativement plus élevé que celui pris en compte dans la décision querellée en sorte qu'il avait procédé à une nouvelle comparaison des revenus déterminants. Ainsi, pour l'année 2018 (année de naissance du droit à la rente), la comparaison des revenus aboutissait à un empêchement de 47,74 % dans la part active. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines (actif et ménager) était recalculé de la manière suivante :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	60 %	47.74 %	28.64 %
ménagère	40 %	19.9 %	7.96 %
Taux d'invalidité :			36.6 %

A la suite du changement de statut intervenu en mars 2020, la comparaison des revenus aboutissait à un empêchement de 49,83 % dans la part active. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines (actif et ménager) était le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	80 %	49.83 %	39.86 %
ménagère	20 %	19.9 %	3.98 %
Taux d'invalidité :			43.84 %

Ainsi, le degré d'invalidité global de 43,84 % ouvrait le droit à un quart de rente depuis le mois de mars 2020.

Dans sa réplique du 1^{er} janvier 2024, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions. Elle alléguait que son état de santé se détériorait à grande vitesse, qu'il lui était impossible de marcher normalement, de se baisser et de soulever un poids, et que son dos était

en train de lâcher sans aucune médication susceptible de l'améliorer. Elle ajoutait qu'après deux opérations et plus d'un an pour retrouver l'usage de son bras droit, diminué et dénervé, qui l'avait contrainte à mettre un terme à sa carrière professionnelle, ses problèmes de dos avaient débuté alors que la maladie dégénérative la contraignait au port d'un corset dur des fesses au haut du dos qui la transformait en bout de bois. A ses dires, son corps n'était que des douleurs et sa vie des défis quotidiens. Elle était épuisée de lutter, s'estimant trahie par des institutions en lesquelles elle avait confiance.

Dans sa duplique du 6 février 2024, l'OAI a renvoyé à sa réponse du 15 novembre 2023.

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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

b) aa) 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.

bb) En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 6 juin 2023 fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 10 août 2017 en raison d'atteintes à la santé incapacitantes depuis mai 2012. L'ancien droit est donc applicable.

3. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si comme en l'espèce l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

4. a) 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, 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 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

b) aa) 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 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). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

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 l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode «spécifique» d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). 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.],

Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 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, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré 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 il 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 (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir 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 l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI 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). Le point de savoir si la personne assurée exercerait une activité lucrative et, cas échéant, à quel taux dépend des circonstances

personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (TF 9C_151/2022 du 8 juillet 2022 consid. 2.3).

5. 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).

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_179/2022 du 24 août 2022 consid. 5.2 ; 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) 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_560/2023 du 8 novembre 2023 consid. 5.2). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

7. a) Dans sa réponse du 15 novembre 2023, l'intimé conclut à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2020 en faveur de la recourante basé sur un degré d'invalidité de 43.84 %. Le statut mixte de 60 % active et de 40 % ménagère est modifié à partir de mars 2020, à savoir qu'un statut de personne active à 80 % est retenu, les 20 % restants étant consacré aux tâches ménagères.

b) En ce qui concerne le statut mixte pris en compte et son évolution dans le temps, la position de l'OAI se fonde sur l'avis juriste du 5 juin 2023, lequel peut être confirmé. En effet dans le questionnaire qu'elle a complété en octobre 2017 demandant quel serait le taux d'activité exercé sans atteinte à la santé, l'assurée a répondu qu'elle travaillerait à 60 % comme policière. Lors de l'évaluation ménagère à domicile en septembre 2020, elle a confirmé ce point en mentionnant un taux de 60-70 % et a indiqué qu'à la suite du décès du père de son fils en mars 2020, la situation était devenue précaire. La rente d'orphelin actuelle d'un montant de 780 fr. est en effet inférieure à la pension de 1'100 fr. précédemment versée par le père. Selon l'assurée, elle avait toujours travaillé à 100 % jusqu'à la naissance de son fils et elle aurait augmenté son taux à nouveau à l'adolescence de son enfant. On retiendra que depuis le mois de mars 2020, étant en bonne santé, la recourante aurait

augmenté son taux d'activité pour lui permettre de pallier la perte de soutien financier liée au décès du père de son fils. Un statut mixte de femme 80 % active et 20 % ménagère doit par conséquent être retenu depuis le mois de mars 2020. En ce qui concerne la période antérieure, les déclarations répétées de la recourante, tant dans le questionnaire 531bis que lors du rapport d'évaluation économique sur le ménage, permettent de confirmer le statut de femme 60 % active et 40 % ménagère retenu.

Eu égard à ce qui précède, il convient de confirmer que le statut mixte de femme 60 % active et 40 % ménagère a changé depuis le mois de mars 2020 pour devenir 80 % active et 20 % ménagère.

8. a) En ce qui concerne la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative, à la fin du délai d'attente d'un an, soit en mai 2014, l'intimé retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle au sein de la police mais une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 20 %, exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement de plus de cinq kilos, pas de porte-à-faux du buste ni de rotation répétée du buste, port de charge limité à cinq kilos et changement de position régulier entre la position assise et la position debout). Il se fonde sur les constatations et les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire M. _____ du 6 mars 2020 (cf. avis médicaux SMR des 18 mars 2020, 16 décembre 2022 et 15 mai 2023).

De son côté, la recourante fait valoir qu'elle n'est plus en mesure de travailler. Elle allègue que son état de santé se détériore rapidement et l'empêche de marcher normalement, de se baisser, de soulever un poids, et que son dos est en train de lâcher sans aucune médication susceptible de l'améliorer. Elle souligne qu'il lui a fallu deux opérations et plus d'un an pour retrouver l'usage de son bras droit diminué et dénervé, ce qui l'a contrainte à mettre un terme à son activité habituelle, et qu'en raison de ses problèmes de dos dégénératifs elle doit porter un corset dur, qui va des fesses jusqu'au haut du dos, la transformant en bout de bois.

Il convient de déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a retenu une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée.

b) Sur le plan formel, les experts du M. _____ ont dûment motivé leurs conclusions et, s'en tenant à leur rôle, ont distingué les éléments subjectifs de leurs propres constatations médicales pour évaluer la répercussion des atteintes à la santé retenues sur la capacité de travail. A cet égard, ils ont pris connaissance de l'entier du dossier médical, se sont entretenus chacun avec la recourante dont ils ont recueilli les plaintes spontanées. Leur rapport s'ouvre sur des anamnèses, fait état des plaintes exprimées par la recourante et décrit le contexte déterminant. Il est le fruit d'un examen pluridisciplinaire *lege artis*, repose sur des éléments dûment répertoriés et documentés ainsi que des considérations complètes et motivées. Les conclusions de ce rapport sont le résultat d'un *consilium* qui prend en compte l'appréciation médicale globale du cas de la recourante. En l'absence de défauts manifestes, il se justifie de valider le caractère probant du rapport d'expertise pluridisciplinaire au point de vue formel (cf. consid. 6b-c supra).

c) Sur le fond, les experts (les Drs B. _____, spécialiste en médecine interne générale, F. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et B. _____, spécialiste en rhumatologie) ont retenu les diagnostics de douleur lombaire basse secondaire à des discopathies avec réaction inflammatoire Modic 1 (M51.9) et de dysthymie (F34.1). Ils ont estimé que si l'activité habituelle comme agente de la police ferroviaire n'était plus exigible de la part de l'assurée depuis mai 2013 au vu de son état de santé défaillant sur le plan rhumatologique, sa capacité de travail était en revanche de 80 %, sur un 100 %, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Ils ont précisé que dans l'exercice d'une telle activité, le port d'un corset rigide ne causait aucune difficulté.

aa) Sur le plan psychiatrique, l'expert F. _____ conclut à une dysthymie (F34.1) et une accentuation de certains traits de personnalité (anxiété) (Z73.1).

aaa) L'expert psychiatre a tout d'abord mis en évidence les éléments cliniques propres au diagnostic qu'il a posé en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10).

Lors de son examen, après avoir passé en revue les facteurs liés à l'orientation aux trois modes, la cognition, la pensée, la perception, la lignée dépressive, l'humeur, le registre anxieux et l'état de stress post-traumatique ainsi que les symptômes de conduites alimentaires et addictives, l'expert diagnostique une dysthymie dans le contexte d'une dépression chronique de l'humeur chez l'assurée. Il est constaté une tristesse fluctuante, sans humeur dépressive, l'absence de signes cliniques d'un ralentissement psychomoteur, des sentiments de dévalorisation et de découragement dont l'élan vital n'est pas perturbé, qui n'a pas d'idées noires ou d'envies suicidaires, ni de signes cliniques d'un stress post-traumatique, de flashbacks, de rêves ou de cauchemars. La sévérité de l'atteinte à la santé n'est pas suffisante pour diagnostiquer un trouble dépressif mais se caractérise par des périodes de quelques jours ou de quelques semaines lors desquelles l'assurée ne se sent pas bien, est fatiguée et déprimée, rumine, dort mal, tout en restant capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. L'expert n'a pas retenu le diagnostic de personnalité limite posé par l'expert D._____ en 2010 en l'absence de signe clinique retrouvé lors de l'entretien ou dans l'anamnèse. Il constate une accentuation de certains traits de personnalité (anxiété ; Z73.1). Il n'y a pas de trouble d'addiction malgré une consommation de cannabidiol (CBD).

Le diagnostic de dysthymie avait également été posé par l'expert D._____ en 2010 et par la Dre J._____ consultée par la recourante en 2012.

bbb) Selon la jurisprudence, il convient d'évaluer les capacités fonctionnelles de la personne assurée à la lumière des indicateurs pertinents, dans une analyse axée sur les ressources et les déficits fonctionnels découlant d'une ou plusieurs atteintes à la santé. Dans le

cadre de cette analyse, les indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel permettent de faire certaines constatations qui doivent être confrontées aux indicateurs relatifs à la cohérence (cf. consid. 5 supra).

Concernant le degré de gravité fonctionnel du trouble, l'expert psychiatre ne décrit aucune limitation fonctionnelle en lien avec l'atteinte psychiatrique diagnostiquée. Il constate que malgré la maltraitance durant l'enfance, l'assurée a été en mesure de travailler, d'obtenir un CFC et à faire l'école de police qui était son rêve. La recourante n'émet pas de plaintes sur le plan psychiatrique. L'expert D. _____ avait également relevé que la recourante ne souffrait pas de pathologie psychiatrique majeure, si ce n'est une dysthymie qui n'est toutefois pas incapacitante.

S'agissant du traitement ou de la résistance au traitement, l'expert constate l'absence d'une prise en charge psychiatrique ou de traitement médicamenteux psychotrope sous réserve de quelques séances avec un psychiatre en 2012.

Pour l'examen des ressources personnelles, l'expert constate qu'il n'y a aucune contre-indication à ce que l'assurée effectue une mesure de réadaptation. Il observe l'existence de ressources psychologiques chez l'intéressée ainsi que des mécanismes adaptatifs qu'elle a mis en exergue tout au long de son existence ; elle est ainsi capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement. Elle est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin d'elle-même et à subvenir à ses besoins. Elle dispose de mobilité et peut se déplacer. En revanche, seule sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée en raison de la douleur alléguée.

S'agissant du contexte social, la recourante a divorcé à deux reprises et est mère d'un enfant né hors mariage qui vit avec elle et qu'elle élève seule. Elle a une formation professionnelle avec CFC et a travaillé par le passé. Sur le plan personnel, elle indique être bien entourée, notamment par sa sœur ; elle fait des activités avec son fils (patinoire, roller) et va à l'Eglise une fois toutes les trois semaines. A cause de ses difficultés financières, elle limite certaines activités sociales.

Au niveau de la cohérence, l'expert décrit une assurée qui se plaint surtout de douleurs à son bras. Elle n'émet par contre aucune plainte psychique.

L'analyse des indicateurs révèle l'absence de répercussions des atteintes psychiques dans tous les domaines de la vie. Au demeurant, la dysthymie est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité (TF 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 ; 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 4.1 et les références), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Quant aux traits de personnalité ils n'ont en principe pas valeur de maladie psychiatrique invalidante (TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2 et les références). Les conclusions de l'expert psychiatre ne sont en outre remises en cause par aucun autre avis médical et peuvent être suivies.

bb) Sur le plan rhumatologique, l'expert B._____ pose le diagnostic incapacitant de douleur lombaire basse secondaire à des discopathies avec réaction inflammatoire Modic 1 (M51.9). Sans répercussion sur la capacité de travail, il retient les diagnostics de canal carpien électromyographique et de douleur de l'avant-bras droit secondaire à deux chirurgies du coude pour épicondylite.

Au jour de l'expertise, la recourante présente une douleur essentiellement lombaire, sans véritable irradiation dans les membres inférieurs dont l'examen clinique ne montre aucun signe neurologique. L'expert constate que cette douleur est secondaire à des discopathies

étagées avec réaction inflammatoire en miroir au niveau L4-L5 ; cette réaction inflammatoire explique les douleurs nocturnes ainsi que celles susceptibles de se produire après une position fixe tenue longtemps. L'assurée n'étant pas favorable à subir une opération chirurgicale, l'expert relève que la mise en place d'un corset rigide en plastique thermo formable à l'avantage d'être un traitement facile à supporter. La physiothérapie doit se poursuivre afin d'éviter la fonte musculaire avec l'essai d'antalgiques de second palier (Opium, Tramal) étant donné que les traitements actuels (Dafalgan, CBD) semblent inefficaces avec une douleur cotée entre huit et dix sur dix. Selon l'expert, de nouvelles infiltrations articulaires postérieures devraient, au moins en partie, améliorer la symptomatologie. Le niveau de la douleur exprimée paraît un peu excessif, surtout en regard des antalgiques pris, mais néanmoins plausible compte tenu de la pathologie présentée. L'expert note que la recourante effectue seule l'entretien de son appartement, les gestes de la vie quotidienne, s'occupe également seule de son fils, sort trois chiens au moins deux fois par jour et a des contacts familiaux mais pas de réseau amical. Enfin, elle dispose d'une formation professionnelle avec CFC et est en mesure d'exercer une activité sédentaire sans port de charges.

Sur le plan strictement rhumatologique, le travail comme agente de la police ferroviaire est contre-indiqué en raison des limitations fonctionnelles (« pas d'efforts de soulèvement de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste ni de rotation répétée du buste, port de charge limité à 5 kg, changement de position régulier entre la position assise et la position debout »). A l'inverse, l'exercice d'une activité adaptée, dans laquelle l'assurée peut porter un corset rigide sans difficulté est exigible à 80 % (100 % avec baisse de rendement de 20 %) depuis mai 2013.

De son côté, la recourante tente de remettre en cause les conclusions de l'expert rhumatologue en se prévalant du dernier rapport d'IRM lombaire du 31 mai 2022.

Or dans son rapport du 16 novembre 2022, comparant la dernière imagerie lombaire au dossier à une IRM du 7 janvier 2020, le Dr

A._____ n'est pas en mesure de confirmer une évolution défavorable sur l'imagerie des troubles dégénératifs lombaires de sa patiente. Sur la base de son anamnèse et son status sommaire, le médecin traitant retient que la situation est cliniquement sans évolution notable par rapport à celle figurant dans l'expertise pluridisciplinaire de février 2020 du M._____. Pour le reste, le Dr A._____ se limite à faire part d'avis subjectifs sur la capacité adaptative de sa patiente qui lui paraît plus limitée que celle décrite. Il qualifie de sévère de retenir la capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. Au vu de son caractère très laconique et très vague, le point de vue du médecin traitant sur la capacité de travail de la recourante ne peut pas être préféré à celui de son confrère, spécialiste en rhumatologie. En outre, le Dr A._____ a relevé que la recourante montrait une réticence chronique à toute proposition de thérapie invasive, notamment à des tentatives d'infiltrations anesthésiques-corticoïdes. Comme l'a observé le Dr H._____ du SMR, ces éléments ne montrent aucune aggravation depuis l'expertise. Ainsi, l'appréciation de l'expert rhumatologue peut être suivie, aucun élément médical concret ne venant la contredire.

cc) A l'issue de l'examen de la médecine interne générale, l'expert B._____ a diagnostiqué un épisode de lithiase rénale à l'âge de vingt ans, un status après perforation de l'intestin et laparotomie à l'âge de onze ans à la suite d'un traumatisme par empalement et deux interventions pour adhésiolyse abdominale. Il a noté des cystites récurrentes traitées par antibiotiques et des polypes au niveau de l'anus excisés en 2008. L'expert relève une cohérence et une plausibilité des traitements de médecine interne générale pour les pathologies décrites sans information divergente au dossier médical.

En l'absence d'une atteinte incapacitante et de limitation fonctionnelle, aucune incapacité de travail ne peut être retenue sur le plan de la médecine interne.

d) A la lumière de l'expertise pluridisciplinaire du M._____ qui bénéficie d'une pleine valeur probante, il convient de retenir que si

l'activité habituelle d'agente de la police ferroviaire n'est plus exigible depuis mai 2013 en raison des restrictions d'ordre rhumatologique présentées par la recourante, il existe cependant une capacité de travail résiduelle de 80 % (100 % avec une diminution de rendement de 20 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

9. a) Sur le plan économique, le taux d'invalidité global serait de 36,6 % pour l'année 2018 (année de naissance du droit éventuel à la rente). A la suite du changement de statut intervenu, le taux d'invalidité global serait de 43,84 % ouvrant le droit de la recourante à un quart de rente dès le mois de mars 2020.

b) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) S'agissant du revenu avec invalidité, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - comme en l'espèce, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

c) aa) En ce qui concerne la fixation du revenu sans invalidité, dans la décision attaquée, l'OAI a retenu un montant de 73'456 fr. correspondant au revenu que la recourante aurait obtenu en bonne santé au vu de ses diplômes. Puis l'OAI a refait ses calculs dans le cadre de la

procédure de recours en retenant le montant de 75'189 fr. 40 annoncé par la société [...] SA en tant que revenu de l'intéressée au taux de 100 % en 2007. Il convient de valider ce mode de calcul. Après indexation selon l'évolution des salaires sur la base de l'indice des salaires nominaux pour les femmes, le revenu sans invalidité est de 83'707 fr. en 2018 et de 85'300 fr. en 2020.

bb) S'agissant du revenu avec invalidité, il ressort de l'ESS 2018, éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), un montant mensuel de 4'371 francs. Cette valeur statistique s'applique en principe à toutes les assurées qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurées, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'elles seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, ce revenu doit dès lors être adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2018, soit 41,7 heures, ce qui correspond à un montant annuel de 54'681 fr. 21. Compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 80 %, on retient un revenu de 43'744 fr. 97.

En mars 2020, la recourante aurait changé de statut en augmentant sa part active à 80 %, ce qui nécessite un nouveau calcul du degré d'invalidité. La valeur statistique de l'ESS 2020 retient un montant mensuel de 4'276 francs. Adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2020, soit 41,7 heures, elle correspond à un montant annuel de 53'492 fr. 76. Compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 80 %, le revenu s'élève à 42'794 fr. 21 en 2020.

cc) Pour la période du 1^{er} février 2018 (échéance du délai d'ouverture du droit éventuel à la rente compte tenu du dépôt tardif de la

demande de prestations le 10 août 2017) jusqu'au 29 février 2020, le degré d'invalidité dans la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative s'élève à 47,74 % ($\frac{83'707 \text{ fr.} - 43'744 \text{ fr.}}{83'707 \text{ fr.}} \times 100$).

Pour la période courant depuis le 1^{er} mars 2020 après le changement de statut, le degré d'invalidité dans la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative est de 49,83 % ($\frac{85'300 \text{ fr.} - 42'794 \text{ fr.}}{85'300 \text{ fr.}} \times 100$).

10. S'agissant de la part ménagère, la recourante fait valoir qu'en raison de son état de santé qui se détériore à grande vitesse, il lui est impossible de marcher normalement, de se baisser, de soulever un poids, indiquant que son dos est en train de lâcher, sans aucune médication susceptible de l'améliorer. Ce faisant, elle ne formule pas de griefs précis contre les conclusions prises au terme de l'évaluation économique sur le ménage réalisée en septembre 2020 à son domicile, si ce n'est qu'elle semble invoquer être apte à accomplir uniquement les tâches ménagères légères pendant une courte durée.

Dans son rapport du 5 octobre 2020, l'enquêtrice a mis en évidence une entrave totale de 19,9 %. L'enquête économique sur le ménage effectuée le 10 septembre 2020 a eu lieu au domicile et en présence de l'assurée. Cette évaluation se fonde sur l'ensemble des circonstances particulières. Elle rapporte les déclarations relatives à chaque activité. L'enquêtrice a rappelé les atteintes à la santé de la recourante et a listé ses limitations fonctionnelles (d'ordre rhumatologique : pas d'efforts de soulèvement de plus de cinq kilos, pas de porte-à-faux ni de rotation répétée du buste, port de charge limité à cinq kilos, changement régulier entre la position assise et debout. Au plan psychiatrique : la personnalité est dépressive, mais avec des ressources et des mécanismes adaptatifs, sans incidence). L'enquêtrice a en outre eu connaissance des constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 6 mars 2020 du M. _____ dont il ressort que l'assurée se charge de l'entretien de l'appartement, sort trois chiens au moins deux fois par jour. Au demeurant, l'aide que l'on peut exiger de la

mère et du fils de l'assurée a été prise en compte au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2).

Eu égard à ce qui précède, aucun indice n'est propre à remettre en cause les conclusions du rapport d'évaluation économique sur le ménage du 5 octobre 2020 mettant en évidence un empêchement de 19,9 % dans l'accomplissement des travaux habituels. Ce document a été rédigé par une enquêtrice qualifiée, qui a eu connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux, et a correctement apprécié les indications de l'assurée recueillies sur place.

11. a) Du 1^{er} février 2018 au 29 février 2020, le taux d'invalidité global doit ainsi être fixé à 36,6 % ($[60 \% \times 47,74 \%] + [40 \% \times 19,9 \%]$), arrondi à 37 % (ATF 130 V 121).

b) Pour la période courant depuis le 1^{er} mars 2020, le taux d'invalidité global doit être fixé à 43,84 % ($[80 \% \times 49,83 \%] + [20 \% \times 19,9 \%]$), arrondi à 44 %, taux qui ouvre le droit à un quart de rente (cf. art. 28 al. 2 LAI).

12. a) Le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2020.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 6 juin 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Z._____ est mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2020.
- III. 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.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Z._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :