

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 août 2025

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Berberat et Livet, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1, 28 al. 1 et 29 LAI ; art. 6, 8, 17 et 61 let. d LPGA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], mère de deux enfants nés respectivement en [...] et [...], au bénéfice d'un certificat d'auxiliaire de santé délivré par la Croix-Rouge suisse le 1^{er} novembre 2012, travaillait, en dernier lieu, comme aide-infirmière auprès de L._____ à 80 % depuis le 1^{er} décembre 2011.

Le 13 juin 2014, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), signalant être en incapacité de travail totale depuis le 5 janvier 2014 en raison de fortes douleurs au bras, à l'épaule, à la nuque, aux côtes et d'un manque de force depuis une chute survenue sur son lieu de travail en mai 2013.

Le 1^{er} juillet 2014, l'assurée a complété le formulaire de détermination du statut en y indiquant que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 80 % depuis décembre 2011 par intérêt personnel et par nécessité financière.

Dans un rapport du 9 juillet 2014, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne et médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies et de trouble anxio-dépressif. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 6 janvier 2014.

Dans le questionnaire de l'employeur complété le 25 juillet 2014, L._____ a indiqué que l'assurée percevait un salaire mensuel de 3'057 fr. pour un taux d'occupation de 80 %.

Dans un rapport du 11 novembre 2014, le Dr W._____, spécialiste en neurologie, a indiqué avoir examiné une première fois l'assurée en janvier 2014 en raison de cervico-dorso-lombalgies récidivantes avec troubles sensitivo-moteurs plus ou moins globaux de l'hémicorps droit. L'examen clinique avait révélé un tableau d'hémisyndrome sensitivo-moteur atypique avec une dysmétrie non

corrigée au niveau des deux membres supérieurs. Il avait conclu alors à une probable forme de syndrome somatoforme douloureux surchargé de troubles sensitivo-moteurs sans substrat somatique. Au terme d'un nouvel examen neurologique effectué le 11 novembre 2014, il n'objectivait pas de cause structurelle aux plaintes formulées par l'assurée et arrivait au même constat que lors du premier bilan.

L'OAI a ordonné une expertise médicale qui a été réalisée à D._____. Dans ce cadre, l'assurée a été examinée les 14, 15 et 16 mars 2016 respectivement par les Drs T._____, spécialiste en neurologie, A._____, spécialiste en médecine interne, Z._____, spécialiste en psychiatrie, et P._____, spécialiste en rhumatologie. Les experts ont retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de névralgie du grand nerf occipital droit. Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics d'évolution anxio-dépressive depuis 2013, de somatisation et de troubles dissociatifs moteurs. Ils ont conclu que l'activité exercée avant l'accident était toujours envisageable pour autant que la névralgie du nerf d'Arnold fut rapidement traitée par infiltration. Ils ont ajouté qu'une reprise progressive de l'activité professionnelle devrait permettre à l'assurée de reprendre confiance et de retrouver rapidement une pleine capacité de travail.

Dans un rapport du 26 août 2016, le Dr F._____ a indiqué qu'il n'y avait pas d'amélioration notable de l'état de santé de l'assurée, qui continuait à avoir une symptomatologie douloureuse essentiellement au niveau du membre supérieur droit et de la nuque. Sur le plan psychique, il persistait une symptomatologie dépressive. L'incapacité de travail restait totale dans l'ancienne activité. Dans une activité adaptée, à savoir sans port de charges supérieures à 5 kg, sans soins lourds aux malades et sans position debout prolongée, une capacité de travail était exigible à 50 % dans un premier temps jusqu'à atteindre progressivement un taux de 100 %.

Dans un projet de décision du 22 septembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière

d'invalidité du 1^{er} janvier 2015 au 30 avril 2016. Il a retenu qu'elle avait présenté une incapacité de travail totale depuis le 9 janvier 2014, qui perdurait le 9 janvier 2015, à l'échéance du délai d'attente d'une année, mais que son état de santé s'était progressivement amélioré depuis le 8 janvier 2016 et qu'une activité adaptée à 100 % pouvait alors être reprise. Il a estimé que l'activité habituelle était une activité adaptée, moyennant le respect des limitations évoquées par le Dr F._____ dans son dernier rapport.

Dans le cadre de l'opposition formée par l'assurée à l'encontre de ce projet de décision, elle a produit un rapport du 7 février 2017 cosigné par la Dre X._____, médecin, la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J._____, psychologue, du N._____, faisant état d'un suivi depuis le 21 octobre 2016 pour un épisode dépressif moyen (F32.1). Elles étaient d'avis que l'assurée ne pourrait travailler qu'à un faible pourcentage, précisant que l'incapacité de travail était due à l'état dépressif mais surtout à la symptomatologie douloureuse.

Par décision du 26 juillet 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 septembre 2016 et octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée du 1^{er} janvier 2015 au 30 avril 2016. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Dans un courrier du 22 mars 2019, le Dr F._____ a informé l'OAI que l'assurée souhaitait déposer une nouvelle demande au vu de l'aggravation de son état de santé et qu'il soutenait entièrement sa démarche. Il a précisé que sa patiente présentait un psoriasis cutané et articulaire et qu'elle n'avait pas pu reprendre son travail d'aide-infirmière.

Le 11 avril 2019, l'OAI a adressé à l'assurée le formulaire officiel de demande de prestations AI, en lui signalant qu'elle devait déposer une nouvelle demande si elle souhaitait le réexamen de son droit à des mesures professionnelles et à une rente.

Dans un courrier du 16 juillet 2019, le Dr F._____ a précisé à l'OAI que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis avril 2017 avec l'apparition d'un rhumatisme psoriasique qui touchait les articulations des mains et des pieds et qui s'accompagnait d'un psoriasis palmo-plantaire cutané invalidant. L'assurée présentait aussi une tendinopathie calcifiante de l'épaule droite. La capacité de travail était nulle en raison de ces affections. Si la situation sur le plan cutané s'était améliorée récemment, il persistait des limitations au niveau des articulations des mains et au niveau de l'épaule droite. Le Dr F._____ a joint à son courrier notamment les documents suivants :

- Un rapport du 22 octobre 2018 des Drs Q._____ et Y._____, médecins assistants au service de rhumatologie du S._____, posant les diagnostics de probable rhumatisme psoriasique avec psoriasis palmo-plantaire et d'épaule douloureuse mixte à droite. A l'examen clinique du 19 septembre 2018, il persistait des polyarthralgies et plusieurs enthèses étaient douloureuses, sans synovite à la palpation. Le bilan sanguin réalisé ne révélait pas de syndrome inflammatoire biologique. Le bilan radiologique des mains, des pieds et des genoux ne révélait pas d'érosion, de chondrocalcinose, ni de signe de rhumatisme psoriasique. Le bilan avait été complété par une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire et des sacro-iliaques qui montrait des hypersignaux bilatéraux des berges des articulations iliaques dans leur portion inférieure ouvrant le diagnostic différentiel de sacro-iliite débutante versus ostéose iliaque. L'assurée se plaignait également d'une omalgie droite avec une mobilisation en abduction et antéflexion limitée et douloureuse pour laquelle les médecins précités proposaient de compléter le bilan par une échographie à la recherche d'une tendinopathie calcifiante et une bursite sous-acromio-deltoïdienne.
- Un rapport du 6 mars 2019 des Drs M._____ et K._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante au service de rhumatologie du S._____, posant les diagnostics de rhumatisme psoriasique avec psoriasis palmo-plantaire et de tendinopathie

calcifiante du sus-épineux de l'épaule droite. Ils ont précisé que l'assurée était au bénéfice d'un traitement par Tremfya initié en novembre 2018 avec une bonne efficacité du point de vue cutané mais qui s'avérait inefficace sur le plan articulaire. L'assurée décrivait des douleurs inflammatoires situées principalement en regard de la sacro-iliaque droite ainsi que des douleurs périphériques des genoux, chevilles et coudes associées à des tuméfactions intermittentes des chevilles et du genou gauche. Elle décrivait également des paresthésies nouvelles des mains, surtout la nuit, et une perte de force au niveau des mains. L'instauration d'un nouveau traitement médicamenteux était envisagée. Concernant l'épaule droite, elle décrivait une amélioration estimée de l'ordre de 50 % à la suite d'une infiltration de la bourse sous-acromiale le 24 janvier 2019, mais il persistait des douleurs importantes. Un pronostic précis concernant l'évolution de l'atteinte articulaire inflammatoire n'était pas possible à ce stade, plusieurs lignes de traitement destinées à contrôler la maladie étant encore à disposition.

- Un rapport du 21 mars 2019 du Prof. G. _____ et du Dr E. _____, respectivement médecin chef de service et chef de clinique au service d'orthopédie et traumatologie du S. _____, posant les diagnostics d'omalgies droites et de tendinite calcifiante de l'épaule droite. Au vu de la discrédance entre les zones douloureuses et le bilan radiologique, ils ne retenaient pas d'indication à un geste chirurgical. Ils proposaient une prise en charge globale avec physiothérapie et optimisation du traitement antalgique dans la mesure du possible.

Le 30 juillet 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'elle devait déposer une nouvelle demande si elle souhaitait le réexamen de son droit à des mesures professionnelles et à une rente. Il a précisé que si la demande de prestations était déposée avant le 31 août 2019, il prendrait en considération la date du courrier du 16 juillet 2019 du Dr F. _____ comme étant celle du dépôt de sa demande.

Le 2 septembre 2019, l'OAI a reçu le formulaire de demande de prestations AI pour adultes dûment rempli par l'assurée.

Le 8 novembre 2019, l'assurée a complété le formulaire de détermination du statut, en y indiquant que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 100 % depuis 2013.

Dans un rapport du 27 mars 2020, la Dre K._____ du S._____ a précisé que lors du dernier contrôle effectué la veille, l'assurée présentait toujours des polyarthralgies périphériques avec des douleurs inflammatoires intéressant les pieds, les chevilles et les genoux, partiellement améliorées par le traitement d'Enbrel instauré en septembre 2019, après échec d'autres traitements médicamenteux. Il ressortait de l'anamnèse que les douleurs étaient généralisées, insomniantes, invalidantes, associées à une raideur matinale d'une heure, ainsi qu'à une fatigue importante. Outre les diagnostics de rhumatisme psoriasique et de tendinopathie calcifiante du sus-épineux de l'épaule droite posés précédemment, elle a mentionné une dyspnée de stade 2 d'origine probablement multi-factorielle. A sa connaissance, l'assurée travaillait alors sur appel pour des remplacements comme garde d'enfant dans des crèches et elle déclarait pouvoir s'occuper de grands enfants ne nécessitant pas d'être portés. Compte tenu de la chronicité des plaintes, de l'échec de plusieurs traitements préalables et de l'arrêt de travail prolongé, la Dre K._____ estimait la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans une activité adaptée, à savoir un travail sans mobilisation du bras droit en abduction et en anté-élévation, sans port de charge avec le bras droit, sans station debout ou assise prolongée, sans mouvements alternés du tronc et en porte-à-faux en raison des lombalgies chroniques, tenant compte de la diminution de la force de préhension à droite et avec limitation du port de charge et des mouvements répétitifs avec les mains. La Dre K._____ a joint à son rapport une copie des rapports de consultation du service de rhumatologie, notamment celle d'un rapport du 13 janvier 2020 dans lequel elle observait qu'une partie des douleurs de l'assurée s'inscrivait dans un contexte de syndrome douloureux diffus.

Dans un rapport du 23 novembre 2020, la Dre V._____, médecin adjointe au service de rhumatologie du S._____, a mentionné avoir vu l'assurée pour un deuxième avis concernant la thérapie de son arthrite psoriasique à la suite de l'échec de plusieurs lignes de traitement. Concernant la capacité de travail de l'assurée, elle a indiqué qu'elle était probablement de 50 % depuis 2017.

Se déterminant le 8 décembre 2020 sur le dossier, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans un rapport du 21 mai 2021, le Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics suivants :

- « • Cervico-scapulo-thoraco-brachialgies D [droites] chroniques sur syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène, plexopathie cervicale superficielle, polyarthralgies / arthrites et tendinopathie calcifiante récidivante du sus-épineux à l'épaule D
- Polyarthralgies / arthrites psoriasiques avec sacro-iliite bilatérale à prédominance D, rachialgies (HLA-B27 négatif) et tendinopathies multiples (achilléennes, jambiers postérieurs, péroniers, etc.)
- Troubles statiques des pieds avec zones d'hyper-appuis
- Probable méniscopathie interne aux 2 genoux
- Rhinoconjonctivite chronique à composante saisonnière »

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de FA._____ qui a été réalisée par les Drs AA._____, spécialiste en médecine interne, BB._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, CC._____, spécialiste en orthopédie, DD._____, spécialiste en rhumatologie, et EE._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie. Dans le rapport d'expertise consensuelle du 22 mars 2022, établi sous la plume des Drs AA._____, BB._____, et FF._____, spécialiste en médecine interne intervenant en qualité de médecin superviseur, les experts ont mentionné notamment ce qui suit :

«4.1. Evaluation médicale interdisciplinaire

Madame R._____ présente des douleurs chroniques de l'appareil locomoteur dont l'étiologie reste à notre avis indéterminée. Selon le rhumatologue expert, on ne peut souscrire au diagnostic d'arthrite psoriasique, en l'absence d'enthésite actuellement, de déformation articulaire, de synovite ; le diagnostic d'arthrite

psoriasique étant retenu, pour sa part, sur des bases d'imagerie uniquement, où il est fait état dans le commentaire du radiologue d'image pouvant évoquer une sacro-iliite, sans la prouver notamment. Les critères radiologiques IRM actuels sont pour le rhumatologue expert insuffisants pour retenir le diagnostic de sacro-iliite.

Au niveau de l'épaule droite, l'imagerie a documenté une tendinopathie calcifiante du tendon du muscle sus-épineux, avec échec de plusieurs infiltrations sous-acromiales, d'une trituration et d'une infiltration de la bourse sous-acromiale en janvier 2019, de traitements par ondes de choc puis encore plus récemment d'infiltrations cortisonées sous-acromiales.

Concernant les douleurs articulaires on relève l'échec de tous les traitements de fond entrepris y compris l'Arava actuellement donné dans l'hypothèse d'une arthrite psoriasique et il y a l'absence de mise en évidence d'activité inflammatoire humorale, ce qui pour le rhumatologue expert est un argument contre le diagnostic d'arthrite psoriasique. Il relève que l'on ne peut effectuer de parallèle entre la présence d'un psoriasis et la présence d'une arthropathie psoriasique, le psoriasis étant actuellement bien contrôlé par le traitement dermatologique. Il postule que dans le cas de la douleur chronique, comme c'est le cas chez Madame R._____, en l'absence de mise en évidence de cause pathologique structurelle active, il existe des interactions entre cognition, émotions, comportement, réactions corporelles, facteurs sociaux et facteurs psychologiques et sociologiques qui ont été démontrés comme étant des facteurs de chronicité. Dans ce sens une composante somatoforme aux douleurs est à notre avis présente tel qu'il sera discuté plus bas.

Concernant l'épaule droite avec limitation articulaire dans l'abduction essentiellement et signes de la coiffe des rotateurs pour le tendon du sus-épineux, on souligne que l'orthopédiste Dr [...] qui a examiné Madame R._____ à plusieurs reprises relève que la tendinite calcifiante n'explique que partiellement le tableau clinique de cervico-scapulalgies droites. L'évolution après une infiltration sous-acromiale cortisonée n'a amené qu'une diminution partielle et de courte durée des douleurs, ce qui lui fait dire qu'une chirurgie arthroscopique de l'épaule aurait un risque de résultat décevant. Cela rejoint l'opinion des spécialistes de l'épaule qui n'ont pas retenu d'indication chirurgicale (Dr G._____).

D'autres diagnostics relevés au plan orthopédique dont un hallux valgus bilatéral et les métatarsalgies bilatérales sur altération de la formule métatarsienne sont au second plan actuellement.

Concernant l'évaluation dermatologique, l'appréciation des spécialistes rejoint les examens cliniques des autres experts et l'anamnèse de Madame R._____ pour dire que la maladie psoriasique est bien contrôlée sous traitement de Tremfya 1x/tous les 2 mois. Ils relèvent d'autres diagnostics tels une pustulose palmaire et plantaire, une hidrosadénite suppurée, un xérosis cutané et une dermatite atopique compensée actuellement.

Au plan psychiatrique, nous avons les critères pour un syndrome somatoforme douloureux persistant en présence d'un ensemble de douleurs qui ne sont pas toutes expliquées par des altérations somatiques documentées. L'état douloureux entraîne un état de relative détresse avec des symptômes de la lignée dépressive qui entrent dans le cadre du syndrome somatoforme douloureux. Il y a

des facteurs psychosociaux qui sont retrouvés chez l'expertisée, à savoir un vécu traumatique de grossesses et d'accouchements difficiles avec des premiers mois très compliqués pour ses 2 enfants. Il y a aussi une mésentente conjugale et des violences dans ce cadre-là qui ont certainement également joué un rôle aggravant. Actuellement, nous n'avons pas de critère pour un état dépressif ou un trouble anxieux. Nous n'avons pas observé chez Madame R. _____ de ralentissement, de fatigue ou fatigabilité, de troubles de l'attention ou de la vigilance, de troubles grossiers de la mémoire ou de la concentration ou de troubles du langage. L'humeur était relativement neutre, modulable avec une bonne adéquation idéo-affective comme décrit par le psychiatre expert. Les moments de tristesse et de découragement évoqués, avec une certaine irritabilité et une frustration décrite sont liés à l'état physique, aux douleurs et aux limitations qui en découlent.

4.2. Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Cervico-lombalgies chroniques non déficitaires (possible sacro-iliite débutante vs ostéose iliaque condensante selon l'IRM du 08.08.2018) M546
- Tendinopathies multiples, polyarthralgies avec diagnostic différentiel de rhumatisme psoriasique HLA-B27 négatif M25.5
- Tendinopathie calcifiante du tendon du sus-épineux de l'épaule droite M75.1
- Hallux valgus bilatéral M20.1
- Métatarsalgies bilatérales sur altération de la formule métatarsienne M77.4
- Psoriasis vulgaire L40.0
- Pustulose palmaire et plantaire L40.3
- Hidrosadénite suppurée L73.2
- Xérosis cutané L85.3
- Dermatite atopique L20
- Verrues plantaires des deux côtés B07
- Syndrome somatoforme douloureux persistant F45.4

4.3 Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Sur le plan ostéo-musculaire, en tenant compte des douleurs, en tenant compte aussi de la tendinopathie du sus-épineux à l'épaule droite, le port de charges supérieur à 2 kg avec le membre supérieur droit, toute activité répétée surtout au-delà de l'horizontale du membre supérieur droit sont limitées. Les positions statiques de la nuque prolongées et les positions en porte-à-faux du rachis sont à éviter. Le psoriasis cutané et la dermatite atopique font qu'il y a une incapacité dans les activités qui nécessitent des contacts des mains avec des substances irritantes, des activités manuelles en milieu humide. L'atteinte des pieds ne permet pas un travail debout prolongé, ni le port de chaussures de sécurité qui favorisent un milieu humide. Il ne faudrait pas porter des gants sur une longue durée ni avoir besoin de se désinfecter les mains trop fréquemment. [...]

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

Nulle à notre avis dans la profession d'aide-soignante dans un EMS ou dans l'activité d'auxiliaire de la petite enfance, et cela rétrospectivement depuis le début des investigations rhumatologiques, c'est-à-dire depuis le début de l'année 2017.

[...]

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

Depuis 2017, en continu, nous estimons qu'il y a une capacité de travail de 100 % dans une activité qui respecterait les limitations fonctionnelles énoncées plus haut, cependant avec une baisse de rendement de 30 % tenant compte de l'ensemble du tableau douloureux.

L'activité devrait idéalement être répartie régulièrement sur la semaine. »

Dans un avis du 5 avril 2022, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise.

Dans un projet de décision du 19 août 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer un quart de rente à compter du 1^{er} mars 2020. Il a retenu qu'elle présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis juin 2017, mais qu'une capacité de travail de 70 % pouvait raisonnablement être exigée d'elle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui étaient les suivantes : « activité répétée surtout au-delà de l'horizontale ou port de charge supérieure à 2 kg du membre supérieur droit, positions statiques prolongées de la nuque, positions en porte-à-faux ou flexion antérieure du rachis ; poste de travail doit être en milieu sec, sans position debout prolongée (atteinte cutanée des pieds), pas de travail manuel avec des substances irritantes ou allergisantes, pas de port de gant ou de chaussures de sécurité ». Pour le revenu hypothétique sans atteinte à la santé, l'OAI s'est basé sur le revenu issu des données salariales statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour retenir que dans une activité dans le domaine de la santé humaine et de l'action sociale, l'assurée pourrait percevoir un revenu annuel de 65'781 fr. (ESS 2018, tableau TA1_tirage_skill_level, ligne 86-88, total femmes, niveau de compétence 2, adapté à l'horaire de 41,7 heures par semaine et après indexation à 2020). L'OAI s'est également fondé sur les données salariales statistiques pour fixer à 38'930 fr. 31 le revenu que l'assurée pourrait percevoir dans une activité adaptée (ESS 2018, tableau

TA1_tirage_skill_level, total femmes, niveau de compétence 1, adapté à l'horaire de 41,7 heures par semaine, après indexation à 2020 et diminution de rendement de 30 %) (rapport REA - calcul du salaire exigible du 28 juillet 2022). Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité était de 40,82 %, ce qui ouvrait le droit à un quart de rente à partir du 1^{er} mars 2020, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée avait fait valoir son droit aux prestations.

Dans un courrier du 20 septembre 2022, l'assurée, désormais représentée par Me Alexandre Guyaz, s'est opposée à ce projet de décision. Elle a contesté les conclusions des experts de FA. _____ et du SMR relatives à sa capacité de travail qui ne tenaient pas suffisamment compte de la situation globale, ni des lésions incapacitantes sur le plan rhumatologique. Elle a aussi allégué qu'on peinait à comprendre comment l'expert rhumatologue avait pu s'écarter à tel point de l'appréciation du service de rhumatologie du S. _____ dont la compétence et l'impartialité ne pouvaient pas être remises en cause. L'assurée a ensuite fait valoir que le droit à la rente devait débiter le 1^{er} janvier 2020 étant donné que la demande formelle sur formule officielle avait été déposée en août 2019 et que le courrier du 16 juillet 2019 du Dr F. _____ devait être considéré comme une demande de prestations pour le compte de l'assurée. Elle a aussi reproché à l'OAI de ne pas avoir procédé à un abattement sur le revenu avec invalidité.

Le 15 décembre 2022, l'assurée a complété ses observations et produit les documents suivants en soutenant qu'ils apportaient la preuve de l'absence de force probante du rapport d'expertise de FA. _____ :

- Un rapport du 20 septembre 2002 du Dr H. _____ dans lequel il a répondu à des questions du conseil de l'assurée et a repris les diagnostics posés dans son précédent rapport du 21 mai 2021 en mentionnant en outre des sciatalgies bilatérales intermittentes sur syndrome du muscle pyramidal. Il a précisé que les douleurs et

limitations en lien avec les diagnostics précités étaient d'intensité fluctuante sans que l'on puisse parler d'une claire aggravation depuis l'expertise. Le Dr H._____ a ajouté que depuis l'expertise, l'assurée avait présenté des douleurs à la mâchoire, s'accroissant à la mastication et à la déglutition, motivant une consultation auprès d'un oto-rhino-laryngologue qui avait constaté uniquement un bouchon dans le conduit auditif externe et avait recommandé à l'assurée de consulter un chirurgien maxillo-facial en raison d'une malformation de la mâchoire. Il a également signalé un kyste ovarien hémorragique ayant conduit à l'instauration d'une hormonothérapie et à un contrôle radiologique afin de s'assurer de sa bénignité. Se déterminant ensuite sur le rapport d'expertise, le Dr H._____ a notamment relevé que les diagnostics de syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène (TOS) et de plexopathie cervicale superficielle n'avaient pas été discutés par les experts de FA._____ et qu'ils remettaient sérieusement en question le diagnostic de trouble somatoforme douloureux retenu dans le cadre de l'expertise. A la question relative aux limitations fonctionnelles à ajouter à celles déjà retenues, il a mentionné les mouvements répétitifs des membres supérieurs (même en zone basse et y compris le membre gauche pour ne pas le sur-solliciter), le maintien d'une même posture (assis, debout, couché) au-delà de 10 à 30 minutes, et un manque global d'endurance. Il était d'avis que dans une activité adaptée, l'assurée ne pourrait travailler que sur des demi-journées au taux de 40 ou 50 % maximum, au vu des limitations constatées lors des activités de la vie quotidienne ou lors des activités adaptées essayées.

- Un rapport du 28 novembre 2022 consigné par le Dr MZ._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et par I._____, psychologue, du N._____, mentionnant suivre l'assurée depuis le 18 mai 2022. La patiente présentait un état dépressif d'intensité moyenne, avec une anxiété au premier plan, s'inscrivant dans un contexte psychosocial fragile. Les prénommés n'adhéraient pas aux conclusions des experts de FA._____ relatives à la capacité de travail de l'assurée, estimant qu'elles ne tenaient pas compte de la

totalité de la situation psychologique de leur patiente et semblaient minimiser l'impact des aspects somatiques et psychologiques sur son fonctionnement quotidien.

- Un rapport du 7 décembre 2022 du Dr F._____ se déterminant lui aussi sur l'expertise, en relevant notamment que c'était de manière erronée que l'expert rhumatologue avait écarté le diagnostic d'arthrite psoriasique et que l'évaluation de la capacité de travail par les experts était également fautive. L'appréciation de l'experte dermatologue n'avait par ailleurs pas été suffisamment prise en compte dans les conclusions finales de l'expertise. Il a aussi signalé qu'il n'était pas raisonnable de se baser sur un examen ponctuel effectué par les experts pour prendre des conclusions sur la capacité de travail antérieure, présente et future de l'assurée. Le Dr F._____ était d'avis que dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée était de 40 % au maximum au vu des douleurs et de l'état clinique actuel. Pour la période entre 2017 et l'expertise, il estimait que la capacité de travail de la recourante avait été la majeure partie du temps nulle même dans une activité adaptée et aurait pu être de 30 % maximum dans le meilleur des cas lors de phases d'amélioration ou de rémission.

Dans un avis du 22 décembre 2022, le SMR s'est déterminé sur les pièces produites par l'assurée et a admis que la limitation fonctionnelle de pouvoir alterner à sa guise la position assise et la position debout mentionnée par l'expert CC._____ avait été omise par erreur et pouvait être retenue. Il a établi une liste de questions à l'attention des experts, estimant que certaines critiques émises à l'encontre de l'expertise de FA._____ méritaient que l'on interpelle ces derniers.

L'OAI a donc soumis ses questions aux experts qui ont établi trois rapports complémentaires, soit un rapport du 28 février 2023 cosigné par les Dres FF._____ et AA._____ et BB._____, un rapport du 13 mars 2023 cosigné par les Drs DD._____, FF._____ et AA._____, et un rapport du 28 mars 2023 cosigné par les Drs FF._____ et AA._____, dans lesquels ils ont confirmé leurs conclusions.

Dans un avis du 25 avril 2023, le SMR a estimé que les compléments d'expertise permettaient de confirmer les conclusions de son avis précédent du 5 avril 2022 moyennant la limitation fonctionnelle « pouvoir alterner, à sa guise, la position assise avec la position debout » qui devait être ajoutée.

Dans un courrier du 27 avril 2023, l'OAI a signalé à l'assurée que sa contestation n'apportait pas d'éléments susceptibles de mettre en doute le bien-fondé de sa position et qu'elle recevrait prochainement une décision.

Par décision du 26 mai 2023, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente dès le 1^{er} juin 2023.

Par décision du 6 juin 2023, l'OAI lui a octroyé un quart de rente pour la période du 1^{er} mars 2020 au 31 mai 2023.

C. Par acte de son mandataire du 27 juin 2023, R._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre les décisions précitées, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à leur réforme en ce sens qu'une rente complète d'invalidité lui est octroyée dès le 1^{er} janvier 2020 et subsidiairement à leur annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Dans un premier moyen, la recourante a contesté la capacité de travail résiduelle retenue par l'intimé, estimant que les conclusions convergentes des Drs H._____ et F._____ relatives à une capacité de travail de 40 % maximum dans une activité adaptée devaient être privilégiées. Se référant aux rapports des médecins précités, elle a contesté la force probante de l'expertise de FA._____, en faisant valoir que l'expertise était lacunaire dès lors que les experts n'avaient pas pris position sur le syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène retenu par le Dr H._____ et qu'ils n'apportaient pas de réelle réponse à la question du SMR relative à la présence d'atteinte articulaire inflammatoire au niveau des mains, des poignets, des chevilles et des orteils alors qu'il

pouvait être attendu de l'expert rhumatologue qu'il se prononce sur une autre éventuelle étiologie de ces atteintes et se questionne sur leur probable caractère invalidant. Elle a aussi soutenu qu'au vu des éléments exposés par le Dr F. _____ dans son rapport du 7 décembre 2022, le diagnostic de rhumatisme psoriasique aurait dû être retenu et celui de syndrome somatoforme douloureux écarté. Par ailleurs, en présence d'avis motivés contradictoires du Dr F. _____ et de l'expert rhumatologue, une nouvelle expertise destinée à les départager devait être mise en œuvre. La recourante a ensuite contesté le début du droit à la rente, qui devait être fixé au 1^{er} janvier 2020 compte tenu de sa demande de prestations du 16 juillet 2019, et a reproché à l'intimé de ne pas s'être déterminé sur cette question en violation de son droit d'être entendue. La recourante a aussi émis des griefs à l'encontre du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé, lui reprochant de ne pas s'être basé sur les données salariales statistiques relatives à l'année 2020 qui étaient disponibles, ni de s'être déterminé sur ce grief qu'elle avait soulevé au stade des objections au projet de décision en violation de son droit d'être entendue. Elle a également soutenu qu'un abattement de 15 % aurait dû être opéré sur le revenu avec invalidité au vu de ses limitations fonctionnelles, ce qui conduisait à un degré d'invalidité de 72,35 % compte tenu de sa capacité résiduelle de 40 % dans une activité adaptée. Elle a ajouté que même en retenant une capacité de travail de 70 %, son degré d'invalidité serait de 52 % au vu de l'abattement à effectuer sur le revenu d'invalidité, ce qui lui donnerait droit à une demi-rente. A l'appui de son recours, elle a notamment produit un rapport du 22 juin 2023 du Dr H. _____ répondant à des questions du conseil de la recourante, se déterminant sur les rapports complémentaires d'expertise et confirmant les conclusions prises dans son précédent rapport du 20 septembre 2022, en observant notamment qu'il n'était pas question d'une péjoration globale de la situation médicale de la recourante depuis l'expertise, mais de la persistance d'affections médicales invalidantes non prises en compte par les experts. Il a repris les limitations fonctionnelles mentionnées dans son précédent rapport en ajoutant le port de charge au-delà de 2 à 3 kg, les activités nécessitant une attention soutenue (crispation cervicale) et la position en porte-à-faux de la nuque.

Dans sa réponse du 27 juillet 2023, l'intimé a admis que la date du dépôt de la demande de prestations pouvait être fixée au 16 juillet 2019 et a conclu à l'admission partielle du recours en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente à compter du 1^{er} janvier 2020, les décisions attaquées étant confirmées pour le reste.

Dans sa réplique du 28 août 2023, la recourante a confirmé ses conclusions et requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire. A l'appui de son écriture, elle a produit un rapport du 13 juillet 2023 du Prof. B. _____ et du Dr U. _____, respectivement chef de service et médecin assistant au service de rhumatologie du S. _____, mentionnant les diagnostics de rhumatisme psoriasique, de syndrome fibromyalgique secondaire et de tendinopathie calcifiante du sus-épineux.

L'intimé a confirmé ses conclusions aux termes de sa duplique du 7 septembre 2023.

Le juge soussigné a repris l'instruction de la cause en octobre 2024.

Par avis du 10 avril 2025, le juge instructeur a informé la recourante de la possibilité d'une *reformatio in pejus* au motif que les décisions attaquées pourraient être erronées en ce sens qu'elles lui accorderaient des prestations auxquelles elle n'aurait pas droit au vu du calcul du taux d'invalidité. Un délai lui a été imparti pour retirer son recours ou présenter ses éventuelles déterminations à ce sujet.

Le 30 juin 2025, dans le délai prolongé imparti, la recourante a déclaré maintenir son recours et s'est déterminée sur les éléments à prendre en compte pour le calcul de son taux d'invalidité.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante, respectivement sur la quotité de la rente à laquelle elle a droit, ainsi que sur le point de départ de celle-ci.

3. 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, comme en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. Dans un grief de nature formelle, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue. Elle reproche à l'intimé de ne pas

avoir discuté, dans la motivation jointe aux décisions attaquées, ses critiques concernant le point de départ de son droit à la rente et l'utilisation des statistiques relatives à l'année 2020 pour calculer son revenu avec invalidité en lieu et place des statistiques de l'année 2018.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; TF 2C_1132/2018 du 21 janvier 2019 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision

attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 133 I 201 consid. 2.2 ; TF 8C_414/2015 du 29 mars 2016 consid. 2.3).

b) En l'occurrence, il est vrai que, dans sa motivation, l'intimé ne discute pas les raisons pour lesquelles il ne retient pas l'argumentation de la recourante relative au point de départ de la rente, la rejetant implicitement et faisant débiter le droit à la rente en mars 2020. Quoiqu'il en soit, dans le cadre de la présente procédure, l'intimé s'est rallié aux arguments de la recourante et a acquiescé à sa conclusion tendant à ce que son droit à la rente soit reconnu dès le 1^{er} janvier 2020. Dans ces circonstances, il apparaît qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu sur ce point doit être considérée comme guérie.

S'agissant du calcul du revenu avec invalidité, l'intimé a rejeté implicitement l'argumentation de la recourante sans expliquer, dans la motivation de ses décisions, ni dans le cadre de la présente procédure, les raisons pour lesquelles elle s'était fondée sur les statistiques relatives à l'année 2018 alors que les statistiques pour 2020 étaient disponibles. Cela étant, la recourante a pu s'exprimer librement dans le cadre de la présente procédure et faire valoir ses critiques à ce sujet devant la Cour de céans qui dispose d'un plein pouvoir d'examen, de sorte qu'une éventuelle violation de son droit d'être entendue sur ce point doit être également considérée comme étant réparée.

5. a) 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 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.

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1; 141 V 9 consid. 2.3)

c) En l'espèce, il n'est pas contesté qu'un changement important dans l'état de santé de la recourante est intervenu si bien que c'est à juste titre que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande déposée en 2019 par l'intéressée.

6. 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.

c) 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).

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). 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). 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).

7. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré 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_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

8. Il convient tout d'abord d'examiner la capacité de travail de la recourante.

a) En l'espèce, dans la décision attaquée, l'intimé a retenu que la prénommée présentait une incapacité de travail dans son activité habituelle depuis 2017, mais qu'une activité adaptée était exigible au taux de 70 %. Il s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de FA. _____ du 22 mars 2022, laquelle comprenait des volets en médecine interne, en psychiatrie, en orthopédie, en rhumatologie et en dermatologie, expertise complétée le 28 février 2023 s'agissant du volet psychiatrique, le 13 mars 2023 concernant le volet rhumatologique et le 28 mars 2023 pour ce qui relève de la médecine interne. La recourante conteste la valeur probante de cette expertise. A tort, comme il sera examiné ci-dessous.

b) En effet, cette expertise remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les experts ont procédé à une étude circonstanciée du cas en tenant compte de l'ensemble des pièces au dossier et des plaintes de la recourante. Ils ont dressé une anamnèse complète et ont recueilli la description d'une journée type de l'expertisée. Chaque expert s'est prononcé de manière circonstanciée sur les diagnostics retenus et la capacité de travail de la recourante a été fixée à l'issue d'une évaluation consensuelle. Par ailleurs, le rapport d'expertise et ses compléments comportent des conclusions claires et motivées, en particulier sur la capacité de travail, qui ne sont pas sérieusement remises en doute par les arguments soulevés par la recourante, ni par les autres pièces médicales versées au dossier.

Concernant le volet somatique, les experts ont exposé de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils excluaient certains diagnostics posés par les médecins traitants, ainsi que la capacité de travail limitée à 40 % retenue par ces derniers. Ils ont notamment expliqué de manière claire les motifs pour lesquels ils ne pouvaient pas retenir le diagnostic de rhumatisme psoriasique évoqué dans les rapports de consultation du S. _____ et repris par le Dr F. _____.

Ils ont notamment observé que le diagnostic de rhumatisme psoriasique avait été posé sur la base d'arthralgies de type inflammatoire et de lésions cutanées, sans syndrome inflammatoire biologique et sans critères radiologiques suffisants pour retenir le diagnostic de sacro-iliite. Au jour de l'expertise, il n'y avait pas non plus d'enthésite, de déformation articulaire ni de synovite. L'échec de tous les traitements de fond instaurés pour un rhumatisme psoriasique et l'absence de mise en évidence d'activité inflammatoire humorale étaient aussi des arguments à l'encontre d'un rhumatisme psoriasique. Dans le complément d'expertise du 13 mars 2023, l'expert rhumatologue s'est déterminé sur les observations faites par le Dr F. _____ dans son rapport du 7 décembre 2022, en exposant de manière circonstanciée et convaincante pourquoi les éléments avancés par le médecin traitant, qui n'est pas rhumatologue, ne permettaient pas de retenir le diagnostic d'arthrite psoriasique et pourquoi il maintenait en l'état le diagnostic de syndrome douloureux chronique d'étiologie indéterminée, le diagnostic de rhumatisme psoriasique étant cité dans le rapport d'expertise comme diagnostic différentiel. Le Dr F. _____ se basait en particulier sur les critères de classification de CASPAR, qui étaient davantage utilisés pour faciliter l'étude de l'arthrite psoriasique et non comme critères diagnostiques, et qui ne pouvaient être appliqués qu'aux personnes qui présentaient des signes de maladies musculosquelettiques inflammatoires et d'arthrite périphérique, ce qui n'était pas démontré scientifiquement dans le cas de la recourante. L'expert rhumatologue a également observé que même en reprenant les six critères de classification de CASPAR, la recourante n'en remplissait pas quatre, contrairement à ce que retenait le médecin traitant, mais seulement deux (soit la présence explicite de psoriasis à l'examen ou dans les antécédents ainsi que la négativité du facteur rhumatoïde). Le rapport du Prof. B. _____ du S. _____ du 13 juillet 2023 ne permet pas de faire un autre constat, puisqu'il reprend simplement le diagnostic de rhumatisme psoriasique posé par ses collègues du service de rhumatologie du S. _____ sans expliquer cette appréciation diagnostique et sans mettre en avant d'éléments de nature à remettre en cause de manière sérieuse les conclusions des experts de

FA._____. A noter que les médecins du S._____ ont, eux aussi, observé qu'une partie de la symptomatologie de la recourante ne pouvait pas s'expliquer par le diagnostic de rhumatisme psoriasique et s'inscrivait dans un contexte de syndrome douloureux diffus (rapport de la Dre K._____ du 13 janvier 2020). Il convient en outre de rappeler que du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (TF 8C_672/2023 du 4 juin 2024 consid. 3.2.1 et les références citées). Or, en l'espèce, même si les experts de FA._____ n'ont pas lié les douleurs de la recourante à un rhumatisme psoriasique, mais à un syndrome somatoforme douloureux, ils ont dûment tenu compte des limitations fonctionnelles induites par cette symptomatologie. Par ailleurs, contrairement à ce qui est soutenu par la recourante, la réponse des experts à la question de l'OAI relative à la présence d'atteinte articulaire inflammatoire au niveau des mains, des poignets, des chevilles, des orteils et au pouce gauche apparaît satisfaisante. A cet égard, dans le rapport complémentaire du 13 mars 2023, l'expert rhumatologue a exposé que la présence de tuméfaction articulaire tant clinique qu'ultrasonographique n'était pas synonyme d'arthrite ni d'inflammation. La lecture du rapport d'expertise ne laisse aucun doute sur le fait que l'expert rhumatologue a procédé à un examen détaillé de l'existence d'une maladie rhumatismale et son appréciation ne saurait être remise en cause du simple fait qu'il n'a mis en évidence aucune atteinte rhumatismale expliquant ces tuméfactions. Par ailleurs, quoi qu'en dise la recourante, s'agissant des douleurs, notamment aux mains, pour lesquelles les experts ont réfuté les diagnostics somatiques des médecins traitants, les experts ont retenu un diagnostic expliquant ses douleurs, soit un syndrome somatoforme douloureux.

Il y a lieu ensuite de constater que les experts de FA._____ n'ont pas ignoré que la recourante était suivie par le Dr H._____ et que ce dernier avait retenu notamment les diagnostics de syndrome du défilé thoraco-brachial et de plexopathie cervicale puisque le rapport d'expertise mentionne ce suivi et ces diagnostics (cf. en particulier p. 14 du rapport des Drs AA._____ et FF._____ relatif au volet de médecine interne et

p. 1 du rapport du Dr CC._____ relatif au volet orthopédique). Dans le complément d'expertise du 28 mars 2023, les experts ont exposé que ces pathologies n'avaient pas été retenues lors des précédents examens neurologiques effectués pour investiguer les cervicobrachialgies de la recourante et qu'en conséquence ils avaient exclu sur cette base ces diagnostics. Ils ont également relevé que les limitations fonctionnelles retenues par eux couvraient une composante cervicobrachialgique.

Dans son rapport du 22 juin 2023, le Dr H._____ reprend les mêmes critiques à l'encontre du rapport d'expertise, estimant que les mauvais diagnostics ont été posés, les experts n'ayant pas retenu le syndrome du défilé thoraco-brachial et la plexopathie cervicale superficielle à droite, avec une symptomatologie plus discrète de dysfonction sacro-iliaque droite et d'hypertonie musculaire au niveau des ceintures cervico-scapulaire et pelvienne. Or les experts ont répondu à ces critiques à satisfaction. Les reproches formulés par le Dr H._____ à l'encontre des limitations fonctionnelles retenues par les experts n'apparaissent pas non plus déterminants. Le Dr H._____ soutient que les experts ont omis de prendre en considération les mouvements répétitifs des membres supérieurs (qui diffèrent d'une activité répétitive), ainsi que les activités au-dessus du niveau des épaules et les activités nécessitant une attention soutenue. Si la formulation utilisée par le Dr H._____ est différente de celle employée par les experts, les limitations fonctionnelles retenues par chacun semblent concorder dans l'ensemble. La distinction entre « mouvement » et « activité » que fait le Dr H._____ apparaît artificielle et les experts ont mentionné que les activités au-dessus de l'horizontale devaient être évités, de même que les positions statiques de la nuque. Il est aussi reproché aux experts de ne pas avoir tenu compte d'un manque global d'endurance, le Dr H._____ expliquant à cet égard, sur la base d'un traité de médecine de 1998, que la pathologie que présente la recourante induirait chez elle une perte de force et d'endurance. Or, ces éléments ont été pris en compte par les experts, qui ont retenu que la recourante ne pouvait pas porter des charges supérieures à 2 kg et que les positions statiques de la nuque et la position debout ne pouvaient pas être de longue durée. Ils ont également

retenu une baisse de rendement de 30 % pour tenir compte de l'ensemble du tableau présenté par la recourante. Il y a en outre lieu de constater que le Dr H._____ n'explique pas de manière circonstanciée pourquoi cet élément induirait une capacité de travail ne dépassant pas la demi-journée. L'appréciation du Dr H._____, comme celle du Dr F._____, qui suivent tous les deux la recourante, doit être considérée avec réserve de ce fait, d'autant plus qu'ils n'exposent pas de manière étayée pourquoi la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles serait limitée à 40 % dans un tel contexte.

Sur le plan dermatologique, l'expertise n'a révélé aucune atteinte à la santé durablement incapacitante. A cet égard, outre le psoriasis diagnostiqué par les médecins traitants en 2017, l'experte dermatologue a retenu la présence d'une pustulose palmaire et plantaire, d'une hidrosadénite suppurée, d'un xérosis cutané et d'une dermatite atopique. L'experte a observé que le psoriasis était désormais bien contrôlé depuis l'introduction d'une nouvelle médication et a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir pas de travail manuel dans un milieu humide ou avec des substances irritantes, pas de port de gants sur une longue durée, pas de travail en position debout et pas de port de chaussures de sécurité. Les autres pièces du dossier ne viennent pas infirmer cette appréciation et le Dr F._____ observe lui aussi, dans son rapport du 7 décembre 2022, que le traitement instauré a été efficace et a amené une rémission du psoriasis. Il reproche cependant aux experts de ne pas avoir fait mention de l'incapacité de travail provoquée par cette maladie avant sa rémission. Or, dans le rapport d'expertise complémentaire du 28 mars 2023, les experts de FA._____ se sont déterminés sur ce point et ont confirmé l'absence d'éléments objectifs permettant de retenir une incapacité de travail totale durable pour des raisons strictement dermatologiques entre 2017 et 2021, lorsque le psoriasis n'était pas encore contrôlé de manière optimale, même si des incapacités de travail de manière intermittente avaient pu intervenir lors de poussées de psoriasis. Rien ne permet de s'écarter de ces conclusions, d'autant moins que les limitations fonctionnelles relevées par les médecins traitants pour justifier l'incapacité de travail durable de

la recourante entre 2017 et 2020 avaient trait aux douleurs ostéo-articulaires et non à des lésions dermatologiques.

Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre a retenu que les critères pour un syndrome somatoforme douloureux persistant étaient réunis en l'espèce. L'état douloureux entraînait un état de relative détresse avec des symptômes de la lignée dépressive qui entraient dans le cadre du syndrome somatoforme douloureux. L'expert a relevé des facteurs psychosociaux qui avaient certainement joué un rôle aggravant. Au moment de l'expertise, il n'y avait pas de critères pour un état dépressif ou un trouble anxieux. L'expert a aussi exclu la présence d'un trouble de la personnalité. Il a ensuite examiné les ressources et limitations de la recourante en faisant notamment usage de l'outil mini CIF-APP. Les douleurs étaient centrales dans la vie de l'expertisée, mais n'impactaient pas de manière uniforme toutes les sphères de sa vie. Si la capacité d'endurance était limitée légèrement par une fatigue et les douleurs, la recourante disposait de ressources préservées. Il n'y avait ainsi pas de diminution de la capacité d'adaptation aux règles et routines, ni de planification ou de structuration des tâches, ce qui était documenté par l'organisation du quotidien de la recourante. Sa capacité de jugement et ses prises de décision n'étaient pas limitées par un diagnostic psychiatrique. L'aptitude à s'affirmer était préservée, tout comme la capacité à établir des relations avec les autres, à évoluer au sein d'un groupe et à entretenir des relations proches et rapprochées, même si la recourante déclarait préférer souvent rester chez elle. L'aptitude à entretenir des activités spontanées n'était pas non plus abaissée par une pathologie psychiatrique. L'expert psychiatre préconisait la reprise d'un suivi psychiatrique intégré que la recourante envisageait d'ailleurs de reprendre. L'expert a conclu à l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. A noter que dans son rapport complémentaire du 28 février 2023, l'expert psychiatre a maintenu ses conclusions et s'est déterminé de manière claire et convaincante sur les griefs formulés par le Dr F. _____ dans son rapport du 7 décembre 2022 qui excluait la présence d'un syndrome somatoforme douloureux et retenait un état de stress post-traumatique sans étayer son point de vue, étant rappelé que le

médecin traitant n'a pas de spécialisation en psychiatrie. Quant au rapport du 28 novembre 2022 du N. _____ relatif à un suivi entamé le 18 mai 2022 par la recourante qui ne voyait pas d'amélioration de son état de santé, il ne fait pas état d'éléments nouveaux qui auraient été ignorés par l'expert psychiatre. Par ailleurs, le Dr MZ. _____ et la psychologue I. _____ ont mentionné que la recourante ne pourrait actuellement pas assumer une activité professionnelle au taux de 70 % sans se déterminer formellement sur la capacité de travail de leur patiente. Ils ont déclaré soutenir la demande de la recourante de réévaluer son incapacité de travail sous l'angle psychiatrique en alléguant que l'impact des aspects somatiques et psychologiques sur le fonctionnement au quotidien de leur patiente aurait été minimisé, sans fournir la moindre précision à ce sujet. Ces rapports produits au stade du recours ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions du rapport d'expertise de FA. _____.

Dans la mesure où le Dr F. _____ a contesté la valeur probante des conclusions de l'expertise du fait du nombre et de la durée de l'évaluation par les experts, il sera précisé encore que la durée de l'examen clinique pratiqué par l'expert et le nombre d'entretiens nécessaires à une évaluation ne sont pas des critères permettant en soi de juger la valeur probante d'un rapport médical (voir en particulier TF 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 et les références citées ; TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TFA I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6).

En définitive, l'intimé pouvait se fonder sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de FA. _____ du 22 mars 2022, complété les 28 février, 13 mars et 28 mars 2023, et retenir que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30 %.

9. Il reste à examiner le calcul du taux d'invalidité de la recourante et le début du droit à la rente.

a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

aa) Pour un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution de ses possibilités de gain, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

bb) Pour un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'il en exerce une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure il est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour un assuré qui n'exerçait que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'il se consacrait en outre à ses travaux habituels au sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 27bis RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 ; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

dd) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées).

b) En l'espèce, lors de sa première demande de prestations, l'assurée a complété le 1^{er} juillet 2014 un formulaire de détermination de

son statut dans lequel elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80 % depuis décembre 2011 par intérêt personnel pour sa profession et par nécessité financière. Dans le formulaire de détermination du statut complété le 11 novembre 2019 à l'appui de sa deuxième demande de prestations, elle a expliqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100 % depuis 2013 dans sa profession habituelle par intérêt personnel et par nécessité financière. Il apparaît ainsi que les informations communiquées par l'assurée sont contradictoires. Dans la mesure où l'OAI a retenu un statut d'active à 100 %, lequel est favorable à la recourante et n'est d'ailleurs pas contesté, il n'y a pas lieu de revenir sur ce point. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a fait application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

c) Chez les assurés actifs à plein temps, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA ; cf. consid. a) aa) ci-dessus).

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) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des

exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

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, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

d) En l'espèce, l'intimé a fait usage de l'ESS pour la détermination des revenus avec et sans invalidité. Le recours aux données salariales statistiques n'est pas critiquable. Cela étant, comme l'a soulevé la recourante, l'intimé a fait application des revenus ressortant de l'ESS relative à l'année 2018, alors qu'il aurait dû utiliser l'ESS pour l'année 2020 qui était disponible à la date des décisions attaquées.

Pour le revenu sans invalidité, l'intimé s'est fondé sur le salaire de référence pour des femmes exerçant une activité de niveau de compétence 2 dans le domaine de la santé humaine et de l'action sociale (Tableau TA1_tirage_skill_level, ligne 86-88, femmes, niveau de compétence 2). Compte tenu de la formation de la recourante et de l'activité exercée avant la survenance de son incapacité de travail, la référence au niveau de compétence 2 de l'ESS relative au domaine de la santé et de l'action sociale ne peut pas être validée. En effet, la recourante n'a aucune formation professionnelle certifiante, hormis le certificat d'auxiliaire de santé délivré par la Croix-Rouge en 2012 alors qu'elle était déjà employée au sein de L._____, et ses tâches consistaient essentiellement dans les soins d'hygiène et d'accompagnement des pensionnaires. Le niveau de compétence 1 apparaît plus approprié et conduit à un revenu de 58'797 fr. sur la base de l'ESS 2020 (soit un salaire mensuel de 4'700 fr. pour 40 heures x 41,7 heures correspondant à l'horaire hebdomadaire moyen des entreprises en Suisse en 2020 x 12 mois) plus proche du salaire qu'elle percevait dans son ancienne activité selon les indications fournies par son employeur (salaire mensuel de 3'057 fr. pour un taux de 80 %, respectivement 3'821 fr. 25 pour un 100 %, soit un revenu annuel de 49'676 fr. 25 pour un 100 % en 2014, qui devrait être porté à 51'952 fr. 88 après indexation à 2020). C'est donc un revenu sans invalidité de 58'797 fr. qui doit être retenu en l'espèce.

S'agissant ensuite du revenu avec invalidité, l'intimé s'est référé au salaire moyen, tous domaines confondus, auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles

simples (Tableau TA1_tirage_skill_level, tous secteurs confondus, femmes, niveau de compétence 1), ce qui ne prête pas le flanc à la critique. Il y a toutefois lieu de faire application de l'ESS 2020, au lieu de l'ESS 2018, ce qui conduit à retenir un revenu de 53'492 fr. 76 (salaire mensuel de 4'276 fr. pour 40 heures x 41,7 heures correspondant à l'horaire hebdomadaire moyen des entreprises en Suisse en 2020 x 12 mois), respectivement de 37'444 fr. 93 pour un taux de 70 %, compte tenu de la diminution de rendement de 30 %.

L'intimé a indiqué qu'un abattement supplémentaire sur le revenu sans invalidité au titre de désavantage salarial ne se justifiait pas, mentionnant en particulier que les limitations fonctionnelles étaient déjà prises en considération dans la capacité de travail résiduelle de la recourante. En effet, les activités visées par le tableau TA1_skill_level de l'ESS sont des activités généralement compatibles avec des limitations fonctionnelles légères (cf. TF 9C_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 6.3 et les références citées ; 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3). Ainsi, seules les limitations fonctionnelles dépassant ce qui est compatible avec ces activités peuvent justifier un abattement supplémentaire. En l'occurrence, les limitations fonctionnelles retenues par les experts dans le cas d'espèce sont soutenues par la réduction de rendement, de sorte qu'il n'y a pas de désavantage à compenser.

Le critère du taux d'occupation réduit peut être pris en compte pour déterminer l'étendue de l'abattement à opérer sur le salaire statistique d'invalide lorsque le travail à temps partiel se révèle proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps. A cet égard, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence. Cela étant, le travail à temps partiel peut, selon les statistiques, être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs de sexe masculin (TF 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid.

6.1 et les références citées). Aucun abattement n'est ainsi justifié pour ce motif à l'égard de la recourante.

Pour le surplus, il ne ressort pas d'autre élément susceptible d'influer négativement sur les perspectives salariales de la recourante pour les activités adaptées existantes, qui ne requièrent pas de formation particulière.

e) La comparaison des revenus déterminés ci-dessus aboutit au degré d'invalidité de 36,31 % ($(58'797 \text{ fr.} - 37'444 \text{ fr. } 93) / 58'797 \text{ fr.} \times 100$), arrondi à 36 % (ATF 130 V 121), qui est inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente.

10. a) Il résulte de ce qui précède que la recourante ne peut pas prétendre au quart de rente que lui a alloué l'intimé à compter du 1^{er} mars 2020 dans les décisions attaquées. Cette issue aboutit par conséquent à un résultat qui est moins favorable pour la recourante.

b) Conformément à l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties ; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé ; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Toute *reformatio in pejus* implique par conséquent que la personne concernée soit expressément informée de cette possibilité afin d'évaluer les mesures à prendre en toute connaissance de cause (ATF 137 V 314 consid. 3.2).

Dans la mesure où l'art. 61 let d. LPGA a pour objectif de faire prévaloir, dans la procédure cantonale, une mise en œuvre correcte du droit matériel sur les intérêts juridiques de l'assuré, cette disposition doit être interprétée dans le respect du principe de la légalité et de l'égalité de traitement. Conformément à son objectif et à sa position systématique, cette disposition ne présuppose pas que la juridiction cantonale ne puisse réformer *in pejus* la décision attaquée que si celle-ci est indubitablement

erronée et que la correction revêt une importance considérable (ATF 144 V 153 consid. 4.2.4).

c) En l'occurrence, la recourante a expressément été rendue attentive à la possibilité d'une *reformatio in pejus* et à la possibilité de retirer, cas échéant, son recours, mais a expressément déclaré le maintenir. Or l'intérêt subjectif de la recourante à percevoir un quart de rente, alors que les conditions légales d'octroi d'une telle prestation ne sont pas réalisées, ne saurait l'emporter, dans le cas d'espèce, sur les principes de la légalité et de l'égalité de traitement au point qu'il faille renoncer à réformer les décisions attaquées.

11. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

12. a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et les décisions de l'intimé des 26 mai et 6 juin 2023 doivent être réformées en ce sens que la recourante n'a pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre 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).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Les décisions rendues les 26 mai 2023 et 6 juin 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées en ce sens que R. _____ n'a pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de R. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :