

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 janvier 2025

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

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ,7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28, 29 LAI ; 88a RAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, mère d'un enfant né en [...], sans formation, a travaillé dès août 2011 en qualité d'intendante dans une garderie gérée par le P._____. En arrêt de travail durant plusieurs périodes à des taux variables en 2019, puis à nouveau dès le 16 mars 2020 en raison d'une atteinte à la colonne vertébrale, elle a touché des indemnités journalières de perte de gains en cas de maladie d'O._____ SA.

L'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce le 6 juillet 2020 puis une demande de prestations le 19 août 2020, en signalant qu'elle bénéficiait également d'un suivi psychothérapeutique.

L'OAI a obtenu un extrait du compte individuel AVS de l'assurée le 25 août 2020. Le P._____ a, par ailleurs, remis le questionnaire pour l'employeur le 9 septembre 2020, signalant qu'une reprise du travail à 50 % avait été tentée en avril 2020 et qu'une nouvelle tentative était prévue dès le 15 septembre 2020. L'intéressée a en outre rempli le questionnaire de détermination du statut le 16 septembre 2020, en indiquant qu'elle travaillait à 100 % depuis 2015 par nécessité financière et qu'elle continuerait à ce taux sans l'atteinte à la santé.

Dans un rapport du 15 octobre 2020, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de cervico-brachialgie droite (discopathie C5-C6, C6-C7), possible conflit radiculaire C6-C7 gauche, lombosciatalgies droites non déficitaires (en L2-L3, L3-L4 et L4-L5) avec pincement discal postérieur à prédominance L4-L5, dépression, séquelles veino-lymphatiques du membre supérieur droit après curage ganglionnaire pour cancer du sein en janvier 2012, persistance de paresthésie après cure du canal carpien droit et migraines. Le médecin généraliste évaluait la capacité de travail à 50 % en signalant que, selon les psychiatres traitantes, la capacité de travail était nulle. Il a

joint notamment un récapitulatif des arrêts de travail délivrés depuis janvier 2014, dont il ressort qu'un arrêt de travail de 100 % a été attesté dès le 16 mars 2020 sous réserve d'une période de reprise du travail à 50 % du 27 avril au 13 juin 2020 ainsi que dès le 2 septembre 2020 avec la précision que le travail s'effectuait uniquement l'après-midi. Le Dr S. _____ a joint notamment les pièces médicales suivantes :

- Un rapport de consultation établi le 5 novembre 2019 par le Dr K. _____, spécialiste en neurologie, posant le diagnostic de discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien sans menace fonctionnelle.
- Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire du 27 mai 2020, signalant en L2-L3, L3-L4 et L4-L5 un pincement discal postérieur à prédominance L4-L5 avec une composante foraminale bilatérale plus à droite qu'à gauche et un possible contact du disque avec la racine L4 du côté droit, des signes d'arthrose interfacettaire postérieure L4-L5 et L5-S1 avec surcharge isthmique L4-L5 droite sans fracture visualisée, ainsi qu'une surcharge de l'isthme L5-S1 droit.
- Un rapport de consultation du Dr K. _____ du 24 juin 2020, décrivant les résultats d'un examen neurologique et d'une électromyographie (EMG). Qualifié de « plutôt rassurant », le bilan révélait quelques signes d'irritation radiculaire et éventuellement une péri-arthropathie de hanche, sans franc déficit radiculaire ni clair syndrome lombo-vertébral.
- Un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 12 août 2020, montrant en C5-C6 une uncarthrose minime bilatérale avec possible conflit avec la racine gauche au niveau des trous de conjugaison et en C6-C7 un débord discal médian avec une uncarthrose gauche, un petit débord au niveau foraminal et un conflit à ce niveau possible.

Répondant le 20 octobre 2020 à un questionnaire de l'OAI, les Dres D._____ et F._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont indiqué qu'elles suivaient l'assurée depuis novembre 2019. Elles ont attesté d'une incapacité de travail de 100 % dès le 21 janvier 2020 puis de 50 % dès mai 2020 dans l'activité habituelle, respectivement de 50 % dans une activité aménagée. Les diagnostics psychiatriques étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), une anxiété généralisée (F41.1), une insomnie non organique (F51.0), ainsi que des traits de la personnalité anankastique (F60.5).

Une expertise rhumatologique a été sollicitée par O._____ SA auprès du Dr H._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 16 novembre 2020, ce médecin a posé les diagnostics de fibromyalgie, tendinite du moyen fessier droit, état dépressif et obésité. L'examen rhumatologique avait montré la présence de tous les points douloureux à droite pour une fibromyalgie et une douleur élective au niveau de l'insertion du moyen fessier sur le grand trochanter, le reste de l'examen étant dans les limites de la norme. La fibromyalgie s'était probablement développée à la suite du cancer du sein, qui avait représenté un traumatisme psychologique majeur. L'expert préconisait de procéder à une infiltration pour la tendinite, qualifiée de sévère, ainsi que de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. En attendant ces mesures, il évaluait la capacité de travail à 50 % dans toutes les professions.

L'assurée s'est adressée au Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, pour procéder à l'infiltration évoquée par l'expert. Dans son rapport de consultation du 16 décembre 2020, ce spécialiste a relevé qu'il avait déjà conclu à un tableau de fibromyalgie lorsqu'il avait été consulté par l'assurée en 1999 pour des douleurs interscapulaires, des lombalgies et des gonalgies droites. Une IRM du bassin paraissait nécessaire pour établir l'existence d'une pathologie susceptible d'être améliorée par une infiltration localisée.

Un nouvel arrêt de travail à 100 % a été délivré par le Dr S._____ début janvier 2021 (cf. note d'entretien téléphonique du 20 janvier 2021), puis l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée (cf. note d'entretien téléphonique du 6 avril 2021).

Par décision du 11 février 2021, O._____ SA a retenu que l'assurée pouvait exercer son métier de base au taux d'activité de 50 % depuis le 22 février 2021, de sorte que l'indemnité journalière versée à compter du 22 février 2021 serait réduite au taux de 50 %.

Dans un rapport établi le 11 février 2021 à l'attention d'O._____ SA, le Dr S._____ a exposé que les douleurs de l'assurée s'étaient exacerbées et que son état psychique s'était péjoré. La capacité de travail était désormais nulle sur le plan somatique, étant relevé que l'intéressée avait travaillé à 50 % en 2020 contre l'avis de sa psychiatre.

L'assurée a été adressée à une consultation d'antalgie. La Dre J._____, spécialiste en anesthésiologie, a établi un rapport de consultation le 26 février 2021, dans lequel elle a fait état des résultats de différents tests d'évaluation de la douleur et constaté que l'état de santé de l'assurée était bas et compliqué par des troubles dépressifs surajoutés.

Le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport pour O._____ SA le 15 mars 2021. Il attestait une incapacité de travail de 100 % pour le mois de mars 2021, en raison d'un épisode dépressif sévère.

O._____ SA a mandaté la Dre E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour procéder à une expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 27 avril 2021, cette spécialiste a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, en rémission partielle (F32.11), et de fibromyalgie, dont le diagnostic avait été confirmé par le Dr H._____. Elle signalait par ailleurs, sans incidence sur la capacité de travail, des difficultés liées à de possibles sévices sexuels

infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat (Z61.4), des difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.6) et une acrophobie (F40.2). Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible était de 50 % dans toute activité du 16 avril 2021 au 30 avril 2021, puis de 100 % dès le 1^{er} mai 2021.

Par décision du 31 mai 2021, relevant que l'experte psychiatre évaluait sa capacité de travail à 100 % depuis le 1^{er} mai 2021, O. _____ SA a confirmé le versement d'indemnités journalières à hauteur de 50 % en raison de la maladie somatique actuelle.

Le 24 juin 2021, en réponse à des questions du mandataire de l'assurée, le Dr G. _____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de stress post-traumatique. Le psychiatre évaluait la capacité de travail à 50 % sur le plan psychique, mais entre 0 et 20 % en tenant compte des douleurs. A nouveau sollicité, le Dr G. _____ a indiqué le 9 septembre 2021 que l'avis de la Dre E. _____ ne pouvait pas être suivi. La capacité de travail était de l'ordre de 0 à 20 %. L'évolution actuelle était défavorable, tout comme le pronostic. L'état de santé de sa patiente s'était aggravé, avec clinophilie, repli social plus important, perte d'espoir, colère envahissante et ruminations incessantes.

Également en réponse aux questions du mandataire, le Dr S. _____ a notamment indiqué le 30 juin 2021 que, selon lui, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité en raison de l'état psychique. En lien avec l'état somatique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais pourrait être de 50 % dans une activité adaptée. La patiente avait cependant insisté pour maintenir une activité professionnelle à 50 %. Le Dr S. _____ a ensuite indiqué le 22 septembre 2021 que la situation s'était péjorée sur les plans somatique et psychique, entraînant de nombreuses limitations dans les activités de la vie quotidienne. La capacité de travail était nulle dans toute activité et l'expertise du Dr H. _____ ne pouvait pas être suivie.

Entretemps, l'assurée ayant fait part à l'OAI de son souhait de reprendre une activité adaptée à son état de santé (cf. note d'entretien téléphonique du 2 juin 2021), une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une réadaptation socio-professionnelle a été octroyée, à savoir un coaching par N._____ du 10 juin 2021 au 9 septembre 2021, prolongé jusqu'au 10 octobre 2021 (cf. communication du 16 juin 2021). A l'issue de cette mesure, la psychologue de N._____ a exposé qu'une activité professionnelle n'était pas indiquée pour l'instant, car l'assurée devait se concentrer sur les soins qui lui étaient proposés (cf. rapport de suivi du 26 octobre 2021). Le service de réadaptation a ainsi mis fin au suivi, exposant en particulier ce qui suit dans son bilan de mesure du 27 octobre 2021) :

« (...)

Ayant de la peine à accepter sa situation, nous avons mis en place un coaching dans le cadre de l'intervention précoce afin de l'aider à la gestion des douleurs et reprendre confiance en elle dans l'objectif d'une reprise de travail.

Cette mesure a mis en évidence les difficultés importantes dont fait face Mme X._____ (voir bilan du 26.10.21). Mme X._____ a pu exprimer son vécu douloureux, a expérimenté des outils de gestion des douleurs. Mais il n'a pas été possible de se pencher sur l'aspect professionnel en raison des douleurs importantes. Mme X._____ doit faire appel à une aide-ménagère, ne peut pas rester debout ou assise plus de dix minutes, les ruminations atteignent sa capacité à se concentrer. Le fait de ne pas se sentir reconnue dans sa maladie l'affecte beaucoup.

Une activité professionnelle n'est pas indiquée actuellement au vu des observations faites durant cette mesure, elle se concentre sur ses soins (physio, aquagym, psychothérapie).

(...) »

Le Dr G._____ a répondu le 22 novembre 2021 à un questionnaire de l'OAI. Précisant qu'il suivait l'assurée depuis février 2021 à raison de deux à trois séances par mois, il a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de pathologies ostéoarticulaires. La capacité de travail était nulle dans toute activité et la patiente était également très limitée dans l'accomplissement des tâches ménagères.

Le 18 février 2022, le Dr S._____ a informé l'OAI que l'assurée avait été hospitalisée au Service M._____ du Centre W._____

du 6 au 17 décembre 2021 et a remis le rapport établi le 5 janvier 2022 par le Prof. Q._____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr V._____, médecin assistant. Il en ressort que le motif du séjour était de procéder à un bilan étiologique multidisciplinaire et d'instaurer un traitement multimodal de la douleur après échec de la prise en charge. Les diagnostics retenus étaient un syndrome lombo-vertébral, un syndrome douloureux chronique, un déconditionnement global et un trouble anxio-dépressif. A l'issue du séjour, l'équipe multidisciplinaire évaluait la capacité de travail comme suit :

« Consensus de capacité de travail :

En raison de faibles ressources physiques, psychologiques, sociales et culturelles, nous avons évalué la capacité de travail de la patiente à l'heure actuelle comme étant nulle. Nos psychiatres soulignent les très limites ressources cogniti[ves] et comportementa[les] de la patiente, à ce qui est ajouté une importante alexithymie avec un TAS-20 [Tronto Alexythymia Scale] à 82. En plus, les troubles dégénératifs de [la] colonne ont un pronostic réservé, surtout avec la dépression, la kinésiophobie et le catastrophisme, qui empêchent un traitement physique optimisé. Enfin, il y a l'antécédent de cancer, la chirurgie de Bypass, qui n'a jamais été tolérée, et l'âge (55 ans) avec une plasticité limitée. »

Interrogé par l'OAI, le Dr C._____ a répondu le 21 février 2022 qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis la consultation du 16 décembre 2021 et renvoyait au rapport de consultation rédigé à cette occasion. Il a joint un rapport d'IRM du bassin et de la hanche droite du 17 décembre 2020, concluant à une discrète altération inflammatoire de l'insertion du petit fessier sur le grand trochanter à droite.

Également interrogée, la Dre J._____ a indiqué, le 23 février 2022, que l'assurée avait été vue à plusieurs reprises depuis le 25 février 2021 mais a renvoyé vers le médecin traitant pour tous renseignements.

Le 1^{er} mars 2022, le Dr G._____ a répondu à des questions complémentaires du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), portant sur la journée-type de l'assurée et les répercussions de l'atteinte psychique sur les domaines courants de la vie. Il a exposé que sa patiente n'avait aucune activité, restant couchée toute la journée sur son lit ou sur son canapé, qu'elle pouvait assurer les actes de la vie

quotidienne (AVQ), mais qu'elle ne faisait pratiquement plus aucune activité instrumentale de la vie quotidienne (AIVQ).

Suivant la suggestion exprimée par le SMR dans son avis du 8 mars 2022, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du centre d'expertise R._____. L'exécution a été confiée aux Drs B._____, spécialiste en médecine interne générale, Y._____, spécialiste en psychiatre et psychothérapie, et T._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie. Les experts ont rencontré l'assurée les 23 juin et 15 juillet 2022, puis ont rendu leur rapport le 20 septembre 2022. Celui-ci comportait une expertise pluridisciplinaire (ch. I), des expertises spécialisées en médecine interne (ch. II), psychiatrie (ch. III) et rhumatologie (ch. IV), ainsi qu'un résumé du dossier de la personne assurée (Annexe 1), les formulaires remplis par cette dernière (Annexes 2 à 4) et les rapports d'examens complémentaires (Annexe 5). Dans l'évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail de syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathies étagées de L2 à L5, cervico-brachialgies sur troubles dégénératifs étagés de C5 à C7, fibromyalgie (score de Wolfe à 31/31 associé à un score de Waddel à 5/5) et chondropathie fémoro-patellaire bilatérale. Sur le plan psychiatrique, l'expert retenait le diagnostic non incapacitant de dysthymie (F34.1). Le degré global d'atteinte à la santé était léger à moyen en respectant le profil d'effort. Les limitations fonctionnelles, uniquement d'ordre rhumatologique, étaient décrites comme suit : la personne assurée est capable d'effectuer un travail en alternant les positions assise et debout, en limitant le port de charges à 3 kg, en évitant le travail avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ou hors de l'axe du corps ou en hyperextension du rachis ; elle doit éviter toute activité qui demande une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles, ainsi que les activités qui demandent une posture non-ergonomique qui surcharge le rachis dans sa totalité ; les activités en flexion des genoux prolongée doivent aussi être évitées, comme la montée et la descente des escaliers. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'intendante dans une garderie d'enfants

depuis mars 2020 et les tentatives de reprise à 50 % en 2020 étaient contre-indiquées. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 80 % de mars à mai 2020, de 50 % de mai 2020 à fin avril 2021 puis à nouveau de 80 % depuis le 1^{er} mai 2021. Le taux de 80 % comprenait une baisse de rendement de 20 % en raison des pauses supplémentaires dues aux douleurs de la fibromyalgie.

Prenant connaissance de cette expertise, le SMR a prié l'expert psychiatre de se positionner sur les critères diagnostics des troubles somatoformes et d'apporter des précisions sur d'éventuels épisodes dépressifs (cf. avis du 11 octobre 2022). Le Dr Y. _____ a répondu le 21 novembre 2022 en exposant, s'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, que le contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux n'était pas retrouvé en l'absence de conflits conjugal ou familial. Quant aux troubles thymiques, ils avaient pu revêtir la forme d'un épisode dépressif moyen de mai 2020 à fin avril 2021 réduisant la capacité de travail de 50 %. Cet épisode était en rémission complète dès mai 2021 pour laisser place à un fonctionnement dysthymique non incapacitant.

Reprenant l'examen du dossier, le SMR a conclu le 6 décembre 2022 que l'expertise était convaincante car le dossier était pris en compte dans son intégralité, les status étaient complets et bien décrits, les plaintes de l'assurée étaient prises en compte et pondérées par les constatations objectives, l'impact sur les domaines comparables de la vie, l'évaluation des ressources et des facteurs de surcharge, les diagnostics au dossier étaient discutés et les conclusions étaient claires et argumentées.

Le 10 mars 2023, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité applicable en 2021. Pour le revenu sans invalidité, il s'est fondé sur une moyenne des revenus inscrits dans le compte individuel AVS pour les années 2015 à 2019, à savoir 72'181 francs. Pour le revenu avec invalidité, il s'est référé aux statistiques 2020, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, avec une réduction de 5 % pour tenir compte de

l'âge, à savoir 40'573 fr. 19 au taux de 80 % ou 25'358 fr 24 au taux d'activité de 50 %. Il en résultait un degré d'invalidité de 64,87 %, respectivement 43,79 %. Des exemples d'activités adaptées étaient décrits comme suit : travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement léger ou comme aide-administrative (réception, scannage et autre). Un rapport final a également été établi par le service de réadaptation de l'OAI, concluant que des mesures d'ordre professionnel ne seraient pas susceptibles de diminuer le préjudice économique au vu de l'ensemble de la situation et renonçant à proposer une aide au placement car l'assurée n'était pas subjectivement réadaptable.

Le même jour, un projet de décision a été adressé à l'assurée, prévoyant l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité du 1^{er} mars au 31 juillet 2021 (degré d'invalidité de 65 %) puis d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2021 (degré d'invalidité de 44 %).

Sous la plume de son conseil, Me Yero Diagne, l'assurée a fait part de ses objections à ce projet le 27 avril 2023. Elle contestait présenter une quelconque capacité de travail résiduelle, respectivement le caractère exigible d'un changement de profession en raison de son âge et de sa situation personnelle. Elle critiquait également le montant retenu comme revenu sans invalidité et estimait qu'un abattement d'au moins 20 % devait être appliqué sur le revenu statistique pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Elle niait la valeur probante de l'expertise de R._____ en relevant des inexactitudes et des contradictions. L'évaluation de sa capacité de travail aurait en outre dû faire l'objet d'un examen par des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelle avec des mesures concrètes. Elle requérait ainsi un complément d'instruction sur ce point. Elle a joint diverses pièces relatives à ses arrêts de travail et aux prestations versées par O._____ SA, en particulier un courrier de cet assureur du 11 février 2022 l'informant que son médecin-conseil admettait la survenue d'une péjoration de son état de

santé dès le 6 décembre 2021 et qu'elle percevrait en conséquence des indemnités journalières complètes.

L'OAI a soumis les objections de l'assurée à son service de réadaptation ainsi qu'au SMR. Le service de réadaptation a exposé dans une communication interne du 2 mai 2023 que son calcul du degré d'invalidité était correct (revenu sans invalidité fondé sur une moyenne des revenus annuels inscrits au compte individuel AVS et abattement sur les statistiques limité à 5 % pour tenir compte de l'âge). Quant au SMR, il a conclu dans un avis du 12 mai 2023 que l'intéressée ne faisait que donner son avis en reprochant aux experts de ne pas avoir suivi les médecins traitants. Ceux-ci avaient donné une évaluation différente d'une même situation médicale. L'assurée n'avait ainsi amené aucun élément médical nouveau ou qui n'aurait pas été pris en compte par les experts.

Dans une prise de position adressée à l'assurée le 12 mai 2023, l'OAI a rejeté les griefs relatifs à la capacité de travail résiduelle en se référant à l'avis SMR précité. S'agissant du revenu sans invalidité, il a relevé que la moyenne des revenus sur cinq ans était plus représentative dès lors que l'assurée avait exercé des activités accessoires et obtenu des revenus fluctuants. En outre, il ne se justifiait pas d'appliquer un abattement plus important sur le revenu statistique, car les limitations fonctionnelles avaient été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail tandis qu'un taux d'activité partiel n'entraînait pas de désavantage salarial pour une femme. Le projet était par conséquent entièrement confirmé.

Le 22 mai 2023, l'assurée a réitéré ses objections au projet de décision en produisant les réponses données le 15 mai 2023 par le Dr S. _____ à des questions de son mandataire. S'il admettait les diagnostics retenus par les experts sur le plan somatique, ce médecin contestait en revanche l'évaluation psychiatrique. Sa patiente présentait des symptômes dépressifs nécessitant un suivi. Les répercussions du trouble somatoforme étaient en outre sous-estimées. Un trouble du sommeil lié aux douleurs et aux ruminations avait été objectivé lors de son

hospitalisation au Centre W._____. La non-reconnaissance de son incapacité de travail, puis la non-reconnaissance de sa pathologie avaient fragilisé l'intéressée, qui n'allait pas mieux malgré tout ce qui avait été mis en place. Les douleurs et l'état psychique étant liés, le Dr S. _____ ne pensait pas que sa patiente fût capable de travailler dans une activité adaptée, ne voyant du reste pas quel type d'activité serait possible. Elle avait mal partout et évitait tout port de charge, reportant toutes les tâches ménagères sur son mari dès lors qu'elle ne pouvait plus se permettre de faire venir une aide-ménagère.

Le 31 mai 2023, l'assurée a encore produit les réponses données le 25 mai 2023 par le Dr G. _____ aux questions de son mandataire, demandant l'annulation du prononcé notifié entre-temps en rappelant que l'OAI ne s'était pas positionné sur la question de l'exigibilité d'exploiter la capacité de travail résiduelle. Dans son rapport, le psychiatre traitant faisait part de son désaccord sur le diagnostic retenu par l'expert psychiatre. Il maintenait que sa patiente présentait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, avec une tendance à l'aggravation au fil des mois. L'intéressée remplissait les critères diagnostics de la CIM 10 et la sévérité était démontrée par les échelles psychométriques de dépression. Elle souhaitait reprendre une activité professionnelle, mais il n'y avait pas d'activité adaptée en raison de l'interaction entre l'épisode dépressif et les douleurs somatiques. Il n'existait donc aucune capacité de travail exigible.

Après avoir annulé un prononcé du 23 mai 2023 fixant le montant du quart de rente octroyé à compter du 1^{er} juin 2023, l'OAI a soumis les deux rapports précités au SMR. Celui-ci a rendu un nouvel avis le 29 juin 2023, par lequel il déclarait maintenir ses conclusions du 6 décembre 2022. L'avis du médecin généraliste sur l'expertise psychiatrique sortait de son domaine de compétence. La présence de symptômes dépressifs n'était pas incompatible avec le diagnostic retenu par l'expert, seule l'évaluation de leur impact étant différente. L'expertise pluridisciplinaire incluait une évaluation consensuelle après une évaluation selon les indicateurs jurisprudentiels de gravité. L'expert psychiatre avait

par ailleurs expliqué de manière convaincante les motifs pour lesquels il s'était écarté des conclusions du psychiatre traitant. Les échelles utilisées par le Dr G. _____ n'étaient pas des outils diagnostiques et les résultats n'étaient ni datés ni détaillés. Ces échelles se basaient surtout sur les plaintes et les données de l'anamnèse produites par l'assurée, alors que le Dr Y. _____ avait clairement relevé une discrédance entre les plaintes subjectives et les observations objectives, comme l'avait également mentionné la Dre E. _____ précédemment.

Dans une nouvelle prise de position du 30 juin 2023, se fondant sur l'avis SMR du 29 juin 2023, l'OAI a confirmé son projet en exposant que la contestation n'avait pas apporté d'élément susceptible de le mettre en doute.

Par décision du 4 juillet 2023, l'OAI a octroyé un quart de rente d'invalidité d'un montant de 481 fr. dès le 1^{er} août 2023 en précisant qu'une décision relative à la période du 1^{er} mars 2021 au 31 juillet 2023 serait notifiée ultérieurement.

L'OAI a rendu une seconde décision le 2 novembre 2023 octroyant trois-quarts de rente d'un montant de 1'406 fr. du 1^{er} mars au 31 juillet 2021, un quart de rente d'un montant de 469 fr. du 1^{er} août 2021 au 31 décembre 2022 et un quart de rente d'un montant de 481 fr. du 1^{er} janvier au 31 juillet 2023.

B. Toujours représentée par Me Yero Diagne, X. _____ a recouru contre la décision du 4 juillet 2023 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 4 septembre 2023, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée dès le 1^{er} mars 2021 sans interruption, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Reprenant et développant les griefs présentés à l'encontre du projet de décision, elle a requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'un complément ou d'une nouvelle expertise comprenant des mesures complètes

d'examen des capacités fonctionnelles pouvant être mises économiquement à profit de l'avis de spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelle. La cause a été ouverte sous la référence AI 246/23.

L'intimé a répondu le 4 décembre 2023, proposant le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée. La valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire de R. _____ avait été examinée et confirmée par le SMR. En l'absence d'élément médical objectif, il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Le montant retenu comme revenu sans invalidité était correct, compte tenu des fluctuations des revenus réalisés par la recourante avant ses problèmes de santé. Certes, l'intéressée était âgée de plus de 55 ans, mais la mesure d'intervention précoce proposée en juin 2021 avait montré chez la recourante une difficulté de projection en milieu professionnel et une focalisation sur les douleurs ressenties, tandis que l'expertise décrivait une personne essentiellement centrée sur ses plaintes et ne se projetant pas dans une activité professionnelle, ainsi que des éléments d'autolimitation. Il n'y avait donc pas d'aptitude subjective à la réadaptation.

C. X. _____ a également déféré la décision du 2 novembre 2023 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 29 novembre 2023, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée dès le 1^{er} mars 2021 sans interruption, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Elle a requis la jonction de la cause avec celle ouverte sous référence AI 246/23, ainsi que la mise en œuvre d'un complément ou d'une nouvelle expertise comprenant des mesures complètes d'examen des capacités fonctionnelles pouvant être mises économiquement à profit de l'avis de spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelle. La cause a été ouverte sous la référence AI 354/23.

Dans sa réponse du 24 janvier 2024, se ralliant à la requête de jonction des causes et se référant à son écriture du 4 décembre 2023,

l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée.

D. Les causes AI 246/23 et AI 354/23 ont été jointes sous la référence AI 246/23 pour faire l'objet d'une instruction et d'un jugement communs par ordonnance du 29 janvier 2024.

La recourante a répliqué le 12 février 2024. Elle a maintenu en particulier que l'expertise de R. _____ était privée de valeur probante car entachée d'incohérences et d'approximations. En outre, l'intimé ne pouvait pas renoncer à l'examen des possibilités de réadaptation compte tenu de son âge, car les mesures mises en place en 2021 s'étaient soldées par un échec en raison de son inaptitude objective à la réadaptation tandis qu'elle souhaitait essayer de retravailler, ayant même insisté auprès de ses médecins pour conserver ou reprendre son travail à taux réduit. Elle réitérait pour le surplus ses griefs sur le calcul du degré d'invalidité.

Par courrier du 14 mars 2024, l'intimé a renoncé à dupliquer en renvoyant à son écriture du 4 décembre 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, déposés 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), les recours sont recevables.

2. a) Le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle et le calcul des montants retenus par l'intimé à titre de revenus avec et sans invalidité.

b) 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.

Tel est le cas en l'espèce. La demande ayant été déposée en août 2020 en relation avec une incapacité de travail débutée en mars 2020, le droit à la rente pouvait prendre naissance le 1^{er} mars 2021 comme l'a retenu l'intimé dans les décisions litigieuses.

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

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre

2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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

b) 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).

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

d) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, 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 ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient 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 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 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).

5. a) 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les symptômes décrits et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le

comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle, mais qu'elle conservait une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % entre mars et avril 2021, puis de 80 % dès mai 2021. Ce constat s'appuyait sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 septembre 2022.

Pour poser leurs conclusions, les experts de R._____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. synthèse du dossier, annexe 1 du rapport d'expertise), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné la recourante depuis mars 2020, ainsi que les pièces médicales antérieures fournies par le Dr S._____. Les experts ont chacun examiné l'intéressée et établi un rapport portant sur leur spécialité respective (ch. II à IV du rapport d'expertise). Les trois rapports comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec la recourante, incluant ses déclarations spontanées, des anamnèses familiale, sociale, scolaire et professionnelle, les antécédents médicaux ainsi qu'une description de sa journée-type (ch. 3 des expertises spécialisées) et, d'autre part, les observations (ch. 4 des expertises spécialisées), les diagnostics (ch. 6 des expertises spécialisées), une évaluation médicale et médico-assurantielle (ch. 7 des expertises spécialisées) et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises

par l'intimé (ch. 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle (ch. I du rapport d'expertise) propose une synthèse étayée de la situation médicale de la recourante. Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en matière de valeur probante.

b) Contestant la valeur probante de l'expertise consensuelle, la recourante a relevé dans un premier grief que les experts avaient retenu, à tort, qu'elle était depuis février 2021 « à 40 % à l'assurance (d'indemnités journalières) » (ch. 1.1 du mémoire de recours). Par cette indication, les experts n'ont pas retenu que les médecins traitants attestaient d'une incapacité de travail de 40 %, mais ont uniquement constaté que l'assurance perte de gain versait des indemnités journalières correspondant à un taux de 40 %. Cette information était conforme aux pièces figurant dans le dossier remis aux experts, puisque l'assurance perte de gain a versé des prestations correspondant à 80 % du salaire assuré pour un taux d'incapacité de travail de 50 % dès le 22 février 2021. Le rapport établi par les rhumatologues du Centre W._____ le 5 janvier 2022 mentionne également, dans l'anamnèse sociale, que la recourante est « à 40 % de l'assurance » depuis février 2021. La décision de l'assurance perte de gain du 11 février 2022, admettant le versement d'indemnités journalières complètes avec effet au 6 décembre 2021 en lien avec son hospitalisation, n'a été communiquée à l'OAI qu'avec l'écriture de la recourante du 27 avril 2023. Cela étant, l'intéressée n'explique pas en quoi la mention d'un taux de 40 % en page 5 du rapport serait de nature à fausser le résultat de l'expertise du 20 septembre 2022. Les experts de R._____ n'ont pas calqué leur évaluation de la capacité de travail sur les décisions de l'assurance perte de gains, bien au contraire. Alors que celle-ci a retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle entre février et décembre 2021, les experts de R._____ ont constaté que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle était définitivement nulle depuis mars 2020 en raison de ses atteintes rhumatologiques. Ce grief doit par conséquent être écarté.

En deuxième lieu, la recourante a reproché des contradictions dans le fait que les experts de R. _____ ont reconnu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en 2020 puis de 80 % dès mai 2021, tout en déclarant que les tentatives de l'assurée pour reprendre son travail à 50 % en 2020 étaient contre-indiquées (ch. 1.2 du mémoire de recours). La contradiction résiderait dans le fait que ces reprises se sont faites avec des conditions de travail aménagées spécialement pour elle. Les aménagements dont elle se prévaut ne sont cependant pas documentés et l'intéressée n'en a pas fait part aux différents experts mandatés par l'assurance perte de gains ou par l'intimé. Les pièces auxquelles elle s'est référée dans son mémoire de recours ne décrivent pas d'éventuels aménagements des conditions de travail lors des tentatives de reprise. Dans le questionnaire rempli en septembre 2020, l'employeur a exposé que le poste occupé par la recourante concernait le nettoyage de sols, de surfaces et de WC, la mise en place des salles, des chaises et de la vaisselle, la réception et l'acheminement de la nourriture. Il a précisé qu'il fallait porter des charges, tels des bacs de nourriture, des thermoports et du matériel de nettoyage des sols, dans une structure avec deux étages et un sous-sol nécessitant beaucoup de montées et descentes d'escaliers. Seules les Dres D. _____ et F. _____ ont noté, dans leur rapport du 20 octobre 2020, que la recourante avait décrit une simplification du travail depuis la dotation de la garderie avec un lave-vaisselle et un réfrigérateur, mais qu'elle peinait à monter les trois étages plusieurs fois par jour. L'intéressée a par ailleurs indiqué à l'expert en médecine interne de R. _____ qu'elle était limitée dans son emploi en raison des escaliers à monter ou descendre, de l'utilisation de l'aspirateur et des produits de nettoyage, ainsi que de la nécessité de porter beaucoup de vaisselle (ch. II.3.b.7, p. 18 du rapport d'expertise). Il est ainsi manifeste que les quelques améliorations des conditions de travail mises en place lors de la tentative de reprise de l'emploi habituel de la recourante à l'automne 2020 n'étaient pas suffisantes pour qu'il puisse être qualifié d'adapté à l'état de santé de la recourante. Il n'existe ainsi pas de contradiction dans les conclusions de l'évaluation consensuelle entre la capacité de travail dans une activité adaptée retenue en 2020 et l'échec des tentatives de reprise de l'activité habituelle.

Troisièmement, la recourante s'est référée à l'échec de la mesure d'ordre professionnel mise en place entre juin et octobre 2021 (ch. 1.3, 1.4 et 1.6 du mémoire de recours). Les constatations faites alors par N._____ et le service de réadaptation de l'intimé contrediraient la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée retenue par les experts de R._____. Ce faisant, la recourante perd de vue que l'invalidité doit être appréciée sur la base de renseignements médicaux (cf. consid. 4a et les références citées) et que d'éventuelles informations recueillies au cours d'un stage d'observation professionnelle, même s'il a été mis en œuvre en vertu de l'art. 59 al. 3 LAI auprès d'un centre d'observation professionnelle de l'AI (COPAI), ne sauraient en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celle-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger d'elle (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées). L'échec de la mesure, qui n'était du reste pas un stage d'observation mais un simple coaching, ne permet ainsi pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire. Par ailleurs, contrairement à ce que semble soutenir la recourante, le service de réadaptation de l'intimé n'a pas constaté qu'elle présentait une incapacité de travail dans toute activité dans son rapport de clôture du 27 octobre 2021, mais s'est limité à résumer le passage du rapport de l'organisme de coaching faisant état des difficultés mises en avant par la recourante au cours du suivi, et a proposé la poursuite de l'instruction médicale.

Enfin, la recourante a opposé à l'évaluation consensuelle de R._____, le rapport rendu le 5 janvier 2022 par les rhumatologues du Centre W._____, où elle a été hospitalisée du 6 au 17 décembre 2021 pour une prise en charge multimodale de la douleur, lequel aurait amené l'assurance perte de gain à revoir sa position et admettre une prise en charge complète jusqu'à l'épuisement du droit (ch. 1.7, 1.12 et 1.13 du mémoire de recours). Contrairement à ce que semble soutenir la

recourante, les experts de R._____ ont eu connaissance de l'hospitalisation de la recourante et du rapport établi à cette occasion. Ces éléments sont mentionnés en page 16 de l'annexe 1 et résumés au chiffre I.1.d.1 du rapport d'expertise. Contrairement à l'expertise de R._____, le rapport du Centre W._____ ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels permettant de lui attribuer la valeur probante d'une expertise. Il repose en effet sur une anamnèse lacunaire et un status clinique minimaliste. Si les plaintes de la recourante sont relayées de manière relativement détaillées, il n'est en revanche fait aucune mention du déroulement de sa journée-type ou de ses ressources. En définitive, les conclusions semblent reposer quasi-exclusivement sur des questionnaires d'auto-évaluation. Subjectifs par définition, ces instruments peuvent être utiles au médecin traitant pour orienter la prise en charge de l'atteinte, en montrant par exemple son évolution, l'efficacité de la médication antalgique ou la nécessité de mettre en œuvre d'autres mesures médicales, mais ne sauraient suffire pour évaluer la capacité de travail. Il importe en effet de tenir compte également d'éventuelles autolimitations ou incohérences, ainsi que des capacités, difficultés et ressources de l'assuré. Enfin, les rhumatologues du Centre W._____ ont justifié l'absence de capacité de travail non seulement par les atteintes somatiques, mais également en évoquant de faibles ressources psychologiques, sociales et culturelles, éléments qui ne sont pas décrits et qui sortent de leur champ de compétence, étant rappelé que les effets de la fibromyalgie sur la capacité de travail doivent être appréciés par un psychiatre selon les indicateurs applicables aux troubles psychiatriques (cf. TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2). Le rapport du Centre W._____ du 5 janvier 2022 ne suffit donc pas à remettre en cause l'évaluation interdisciplinaire de R._____.

c) S'agissant plus particulièrement des volets de médecine interne et de rhumatologie, la recourante ne conteste pas les diagnostics retenus par les Drs B._____ et T._____, auxquels son médecin généraliste traitant, le Dr S._____, a déclaré se rallier le 15 mai 2023. Elle estime cependant que l'expert en rhumatologie ne disposait d'aucun

élément objectif pour conclure à une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % puis 80 %.

La recourante oppose essentiellement aux conclusions du Dr T._____, celles des rhumatologues du Centre W._____ et du Dr S._____ (ch. 1.7, 1.9, 1.11 et 1.14 du mémoire de recours). Comme déjà relevé, les spécialistes du Centre W._____ ont évalué la capacité de travail en se fondant essentiellement sur les résultats de questionnaires d'auto-évaluation, qu'ils n'ont pas confronté aux éléments objectifs. Le Dr T._____ a expliqué les motifs pour lesquels il retenait que la capacité de travail dans une activité adaptée avait toujours été de 80 % et a relevé qu'une tendinite sévère du moyen fessier avait temporairement diminué cette capacité de travail à 50 % entre mai 2020 et fin avril 2021 en se référant aux pièces du dossier objectivant cette atteinte. Il s'est positionné par rapport à l'évaluation des spécialistes consultés par la recourante. Il a ainsi relevé que le Prof. Q._____ avait conclu à une capacité de travail nulle non seulement en raison des troubles dégénératifs lombaires et cervicaux, mais également en raison de facteurs autres que rhumatologiques, en l'occurrence divers facteurs psychosomatiques (ch. IV.6.a.4 du rapport d'expertise). S'agissant de la période où il a conclu à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, l'expert ne s'est pas seulement référé aux conclusions du Dr H._____, mais aussi et surtout au status posé par ce premier expert. Durant cette période, les médecins traitants de la recourante ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Cependant, le Dr S._____ attestait dans son rapport du 15 octobre 2020 d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle sur le plan somatique en signalant que la patiente était désireuse de reprendre le travail, quand bien même ses psychiatres traitantes étaient d'avis que sa capacité de travail était nulle du point de vue de leur spécialité. Ce n'est qu'à partir de janvier 2021 que le Dr S._____ a attesté d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. Il s'est alors référé principalement à l'avis de la psychiatre traitante, tout en mentionnant une augmentation des douleurs et une péjoration de l'état psychique (cf. rapport du 11 février 2021). En juin 2021, ce médecin exposait que la capacité de travail était nulle dans toute

activité en raison de l'état psychique, mais qu'il subsistait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée sur le plan somatique (cf. rapport du 30 juin 2021). Puis, en septembre 2021, évoquant une situation péjorée sur les plans somatique et psychique, ce médecin a attesté à nouveau d'une incapacité de travail totale en se référant essentiellement aux plaintes de la patiente, sans décrire le status (cf. rapport du 22 septembre 2021). Enfin, le rapport établi par le Dr S._____ le 15 mai 2023 en appui aux objections de la recourante développe principalement les problématiques psychiatriques, mettant en lien l'augmentation des douleurs avec la péjoration de l'état psychique. Il apparaît ainsi que le Dr S._____ n'a pas procédé à une appréciation de la capacité de travail sur la base de ses propres constatations et qu'il s'est fondé essentiellement sur des éléments non somatiques, sortant de son domaine de compétence, de sorte que ses rapports ne mettent pas sérieusement en doute les conclusions du Dr T._____.

d) Sur le volet psychiatrique, la recourante a opposé à l'expertise du Dr Y._____, les rapports de ses médecins traitants, en particulier ceux établis les 9 septembre, 22 novembre 2021 et 25 mai 2023 par le Dr G._____, ainsi que le 15 mai 2023 par le Dr S._____ (ch. 1.5, 1.8, 1.10, 1.15 et 1.16 du mémoire de recours). Cela étant, il n'y a pas lieu de revenir sur les rapports du Dr S._____, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie et qui a essentiellement relayé les plaintes de sa patiente ainsi que les conclusions des psychiatres traitants et des rhumatologues du Centre W._____.

Comme déjà relevé, le rapport établi à l'issue de l'hospitalisation au Centre W._____ est lacunaire, tout particulièrement sur le plan psychique. Pour sa part, le Dr G._____ a retenu principalement le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques présent depuis 2019. Dans son expertise, le Dr Y._____ a pris note tant des rapports établis par les psychiatres traitants successifs, que de l'expertise de la Dre E._____. Il a exposé de manière circonstanciée les motifs pour lesquels il posait le diagnostic non incapacitant de dysthymie et écartait celui d'épisode dépressif. Il s'est

appuyé sur les constatations émises en temps réels par les psychiatres qui ont examiné la recourante depuis 2020, ainsi que sur les déclarations de celle-ci. Il a relevé que le traitement médical et le suivi psychiatrique mis en place ne correspondaient pas à un tel diagnostic. Il a également noté que la recourante ne rapportait pas de limitation fonctionnelle significative en rapport avec son trouble psychiatrique, mais uniquement des limitations dictées par ses difficultés somatiques et ses douleurs (ch. III.6.a.4, p. 38 s. du rapport d'expertise). Dans son rapport du 25 mai 2023, se positionnant sur l'expertise, le Dr G._____ a simplement répété les motifs qui l'amenaient à retenir un épisode dépressif sévère, sans revenir sur la discussion du diagnostic donnée par l'expert.

Concernant l'impact du diagnostic psychique et de la fibromyalgie sur la capacité de travail, l'expert psychiatre de R._____ a procédé à l'analyse de l'ensemble des critères jurisprudentiels, contrairement aux psychiatres traitants. Ceux-ci ont essentiellement relayé les plaintes de leur patiente, sans proposer d'évaluation étayée de la capacité de travail. Ainsi, l'expert a relevé que la recourante présentait une tendance à l'amplification de la maladie et une adhésion partielle au traitement en l'absence de traces de benzodiazépine dans ses analyses sanguines. Il y avait une divergence entre les plaintes et le comportement en situation d'examen, ainsi que des éléments d'autolimitation. Il n'y avait aucune limitation d'ordre psychique ni trouble de la personnalité, tandis que le parcours professionnel de la recourante révélait des capacités d'adaptation non négligeables. En outre, l'intéressée pouvait se déplacer seule en transports publics ou en conduisant une voiture, se rendre régulièrement en vacances au [...], avoir des contacts réguliers avec les membres de sa famille et bénéficier d'un réseau de soins. L'expert n'a ainsi identifié aucun critère jurisprudentiel de gravité. Ces constatations ne sont pas sérieusement remises en doute par les rapports des médecins traitants.

e) En conséquence, l'intimé pouvait légitimement se fonder sur le rapport d'expertise de R._____ pour rendre sa décision et retenir que la recourante ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans son

activité habituelle, mais qu'elle présentait, dans une activité adaptée, une capacité de travail de 50 % entre mars et avril 2021, puis de 80 % dès mai 2021.

7. La recourante a ensuite fait valoir qu'en cas de réduction ou de suppression de la rente d'un assuré âgé de plus de 55 ans, il y avait lieu de mettre en œuvre des mesures de réadaptation, principe également applicable en cas de procédure portant sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente.

a) Il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si celui-ci a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Les organes de l'assurance-invalidité doivent se fonder sur le moment du prononcé de la décision de l'office AI pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint (ATF 148 V 321 consid. 7.3).

Selon la jurisprudence, en l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation, c'est-à-dire lorsque la volonté de se réadapter n'existe pas pour des raisons étrangères à l'invalidité, la rente peut être réduite ou supprimée sans examen préalable de mesures de réinsertion (TF 8C_19/2016 du 4 avril 2016 consid. 5.2.3, in SVR 2016 IV n° 27 p. 80 ;

9C_442/2017 du 8 juin 2018 consid. 3.2.3 et les nombreuses références). L'absence de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à la réadaptation ne doit être présumée que si elle est établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 138 V 218 consid. 6 et les références ; TF 9C_368/2012 du 28 décembre 2012 consid. 3.1). Pour établir cette volonté, il faut notamment tenir compte des déclarations faites à l'administration et aux experts médicaux concernant la conviction d'être malade ou la motivation au travail. Les explications et les demandes formulées dans la procédure de préavis et devant le tribunal cantonal des assurances peuvent également être pertinentes (TF 9C_231/2015 du 7 septembre 2015 consid. 4.2 et les références citées).

b) En l'occurrence, l'intimé a renoncé en mars 2023 à mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel, sur le constat que la recourante ne présentait pas d'aptitude subjective à la réadaptation. La recourante conteste cette appréciation en se prévalant du fait qu'elle était désireuse de reprendre le travail en 2020, avec deux tentatives infructueuses, puis qu'elle avait sollicité des mesures d'ordre professionnel en 2021. Cette argumentation ne peut être suivie. Il convient de relever, d'une part, que les tentatives de reprise du travail en 2020 concernaient exclusivement son activité habituelle, non adaptée à ses limitations fonctionnelles. D'autre part, il ressort en effet du dossier que la recourante a eu divers contacts téléphoniques avec l'intimé dans les premiers mois de l'année 2021 et qu'elle a fait part à cette occasion de son souhait de retrouver une activité professionnelle. Il faut cependant admettre avec l'intimé que l'intéressée n'a pas adhéré ensuite aux mesures visant l'intégration d'une activité conforme à ses limitations fonctionnelles.

Dans son rapport d'expertise du 27 avril 2021, la Dre E. _____ a constaté que le diagnostic de fibromyalgie n'empêchait actuellement pas l'expertisée « d'avoir une vie de famille normale, d'assumer les activités de la vie quotidienne, aidée par son mari, de se déplacer en voiture et de passer ses vacances avec plaisir au [...] ». Cette spécialiste a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail

entière dès le 1^{er} mai 2021 sur le plan psychiatrique, ce que l'expert psychiatre de R._____ a ensuite confirmé. Sur le plan rhumatologique, évaluant la situation en fin d'année 2020, le Dr H._____ avait conclu que la capacité de travail était provisoirement limitée à 50 % dans toutes professions dès lors que des douleurs liées à une tendinite pouvaient être améliorées par des infiltrations et qu'une évaluation psychiatrique était nécessaire en lien avec la fibromyalgie. C'est dans ce contexte que l'intimé, avec l'accord de la recourante, lui a octroyé un coaching professionnel en juin 2021. Cette mesure préalable n'a cependant pas pu déboucher sur d'autres mesures visant plus concrètement la réadaptation. Dans son rapport du 26 octobre 2021, la psychologue de l'organisme mandaté pour prodiguer le coaching a indiqué qu'en l'état, la recourante considérait qu'elle ne pouvait pas travailler en raison de ses douleurs, qualifiées d'ingérables, et d'une incapacité à rester dans la position debout ou assise durant plus de 10 minutes. Elle a ainsi estimé que la recourante devait se concentrer sur la réalisation des soins qui lui étaient proposés. Ainsi, à l'issue de cette première mesure, la recourante se considérait comme totalement incapable de travailler, ne se voyait pas exercer une activité lucrative et n'en avait ni la volonté, ni la motivation. L'intimé a par conséquent poursuivi l'instruction médicale et l'expertise pluridisciplinaire de R._____ a conclu qu'il existait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée depuis mai 2021. Procédant à une nouvelle évaluation de l'opportunité de mettre en place de nouvelles mesures professionnelles, le service de réadaptation de l'intimé a relevé que l'expertise montrait que la recourante disposait de ressources utiles, mais qu'il existait des éléments d'autolimitations entre les plaintes et le comportement en situation d'examen et que l'intéressée ne se projetait pas dans une activité professionnelle, restant essentiellement centrée sur ses plaintes. Il en a inféré que l'intéressée n'était subjectivement pas réadaptable (cf. rapport final de réadaptation du 10 mars 2023). Cette analyse est bien fondée et peut donc être confirmée, étant rappelé que l'intimé a laissé ouverte la possibilité d'octroyer une aide au placement à l'assurée si celle-ci venait à entrer dans une démarche de réinsertion et déposait une demande écrite et motivée dans ce sens.

En d'autres termes, l'intimé pouvait légitimement renoncer à mettre en œuvre de nouvelles mesures d'ordre professionnel avant de réduire la rente d'invalidité de la recourante.

8. La recourante a contesté le caractère exigible d'un changement d'activité compte tenu de son âge, respectivement l'existence d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire

impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références citées).

Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, compte tenu de la capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à l'état de santé qui est reconnue à la recourante alors que son ancienne activité n'est plus exigible, un changement de profession est justifié.

Les experts de R. _____ ont rendu leur rapport en septembre 2022, date à laquelle la recourante était âgée de 56 ans. Son âge ne constitue donc pas en soi un obstacle à toute réinsertion. Il a par ailleurs été constaté que ses ressources psychiques sont préservées, tandis que les limitations fonctionnelles retenues, d'ordre purement rhumatologique, peuvent être qualifiées de modérées, en ce qu'elles permettent l'accomplissement de toutes sortes de travaux légers. Dans sa fiche de calcul du 10 mars 2023, l'intimé a mentionné les possibilités existant dans le domaine industriel léger, tels que montage ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ainsi qu'ouvrière dans le conditionnement léger ou comme aide-administrative (réception, scannage et autre). Comme l'a rappelé le Tribunal fédéral en maintes occasions (cf. notamment TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les nombreuses références citées), il en existe encore bien d'autres, qui concernent de nombreux domaines. Au surplus, de telles activités ne requièrent pas de formation particulière et sont donc accessibles à une personne qui, comme la recourante, a déjà exercé dans différents domaines d'activité.

Ainsi, il apparaît que l'on peut exiger de la recourante qu'elle opte pour une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

9. Un changement d'activité étant exigible, il convient encore d'examiner si la recourante subit un préjudice économique.

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

approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Lorsque le revenu est soumis à de fortes fluctuations, le revenu sans invalidité peut être établi sur la base du revenu moyen réalisé pendant une assez longue période (TF 9C_341/2022 du 08.11.2022 ; cf. ch. 3301 CIRAI [Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité éditée par l'Office fédéral des assurances sociales] ; jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 3024 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité]).

On ne tiendra compte d'une hypothétique évolution salariale en raison d'un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances telles qu'une éventuelle promotion ou d'un changement d'emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d'intention de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6 ; TF 9C_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 18 ad art. 16 LPG).

Les revenus obtenus par l'exercice d'une ou de plusieurs activités accessoires sont pris en considération dans la fixation du revenu sans invalidité, lorsque la personne assurée réalisait déjà de tels gains accessoires avant l'atteinte à la santé et si l'on peut admettre qu'elle aurait, selon toute vraisemblance, continué à les percevoir si elle était

restée en bonne santé. Est décisif le fait que la personne assurée obtenait un revenu qu'elle continuerait à percevoir si elle n'était pas devenue invalide (parmi d'autres, TF 8C_765/2016 du 13 septembre 2017 consid. 4.5 et TF 9C_699/2008 du 26 janvier 2009 consid. 3.3).

c) 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).

aa) 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).

bb) 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).

cc) 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).

10. En l'espèce, l'intimé a retenu que le droit à la rente pouvait prendre naissance le 1^{er} mars 2021 et a établi un premier calcul du degré d'invalidité applicable à cette date, puis un second pour tenir compte d'une amélioration de la capacité de travail pouvant prendre effet sur le droit à la rente à compter du 1^{er} août 2021.

a) Pour le revenu sans invalidité, l'intimé a retenu un montant de 72'181 fr., obtenu en procédant à une moyenne des revenus inscrits au compte individuel AVS de la recourante pour les années 2015 à 2019, indexée à 2021, au motif que les revenus avaient fluctué d'une année sur l'autre. La recourante a requis l'utilisation du total des revenus soumis à cotisation pour la seule année 2019.

En l'occurrence, il ressort du questionnaire rempli par l'employeur en septembre 2020 que la recourante a perçu un revenu annuel de 70'495 fr. en 2017, 70'955 fr. 95 en 2018, 71'416 fr. 80 en 2019 et 71'752 fr. 20 en 2020. L'extrait du compte individuel AVS versé au dossier le 25 août 2020 fait état de revenus soumis à cotisation de 71'425 fr en 2015, 75'032 fr. en 2016, 68'826 fr. en 2017, 69'909 fr. en 2018 et 75'686 fr. 60 en 2019. Si l'on se réfère au détail des montants

portés en compte, les fluctuations concernent le montant soumis à cotisation du revenu principal (66'986 fr. en 2015, 71'034 fr. en 2016, 64'925 fr. en 2017, 66'008 fr. en 2018 et 71'687 fr. en 2019), alors que les revenus accessoires sont restés relativement stables (866 fr. et 3'600 fr. en 2015, 489 fr. et 3'419 fr. en 2016, 391 fr. et 3'600 fr. en 2017, 391 fr. et 3'510 fr. en 2018, 489 fr. et 3'510 fr. en 2019). Dans la mesure où l'employeur principal a déclaré verser un salaire contractuel augmentant chaque année, les variations du revenu principal ressortant du compte individuel AVS sont vraisemblablement en lien avec la perception d'indemnités journalières perte de gain maladie ou accident non soumises à cotisation. En conséquence, il n'y a pas lieu de procéder, comme l'a fait l'intimé, à une moyenne de revenus soumis à cotisation des cinq années précédant la longue maladie. Il convient de s'en tenir, comme l'a requis la recourante, aux revenus soumis à cotisation perçus en 2019, à savoir (71'687 + 489 + 3510 =) 75'686 francs. Ce montant doit être indexé de 0,9 % pour 2020 et de 0,6 % pour 2021, de sorte que le revenu sans invalidité s'élève à 76'825 fr. 38.

b) Pour le revenu avec invalidité, l'intimé a recouru à l'ESS 2020, TA1_skill_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, pour une femme, à savoir 4'276 fr. par mois, annualisé en tenant compte de la durée usuelle du temps de travail en 2020 (41,7 heures) et indexé à 2021. Non contestées par la recourante, ces données peuvent être validées sous réserve du taux d'indexation erroné dès lors que l'intimé a appliqué le taux de variation annuel total (-0,2 %) au lieu du taux concernant les femmes (0,6 %). Après cette correction, le revenu annuel est de 26'906 fr. 86 au taux d'activité de 50 %, respectivement de 43'050 fr. 97 au taux d'activité de 80 %.

c) L'intimé a appliqué un abattement supplémentaire de 5 % sur le revenu statistique, afin de tenir compte de l'âge de la recourante. Celle-ci a fait valoir que l'abattement devait être porté à 20 % pour compenser son âge et ses limitations fonctionnelles.

S'agissant des limitations fonctionnelles, la jurisprudence considère que lorsque la personne concernée est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en compte dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'en principe, il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.2 et les références citées). Il faut également rappeler que les activités visées par le tableau TA1_skill_level de l'ESS sont 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. Or, les experts ont retenu des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis classiques et relativement modérées. Ils ont retenu une capacité de travail entière dans une activité respectant ces limitations, avec une diminution de rendement de 20 % pour tenir compte des douleurs de la fibromyalgie. Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, il a été suffisamment tenu compte des limitations fonctionnelles dans l'établissement de la capacité de travail. Aucun élément au dossier ne justifie d'accorder un abattement supplémentaire à ce titre.

Quant à l'âge, ce seul élément ne saurait justifier un abattement supérieur aux 5 % déjà appliqués par l'intimé. En effet, l'âge n'a en principe pas d'incidence sur le revenu en cas d'application du niveau de compétence 1 de l'ESS (TF 9C_284/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2.3).

d) La recourante s'est encore prévaluée de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024, prévoyant qu'une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique, voire de 20 % si la capacité fonctionnelle est de 50 % ou moins.

Cette nouvelle teneur de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, introduite par ordonnance fédérale du 18 octobre 2023, est un correctif de la

modification intervenue dans le cadre du « développement continu de l'AI » avec effet au 1^{er} janvier 2022. Aucune de ces deux versions ne peut toutefois être utilisée dans le cas d'espèce, compte tenu des principes généraux applicables en matière de droit transitoire (cf. consid. 2b, ci-dessus). Du reste, l'al. 1 des dispositions transitoires accompagnant la modification du 18 octobre 2023 prévoit expressément qu'une révision automatique sera engagée pour les rentes partielles en vigueur au 1^{er} janvier 2024, ce qui exclut clairement toute rétroactivité.

e) Ainsi, il convient de confirmer l'abattement de 5 % appliqué par l'intimé sur le revenu avec invalidité, portant celui-ci à 25'561 fr. 52 pour un taux d'activité de 50 %, respectivement à 40'898 fr. 42 au taux d'activité de 80 %.

Après comparaison avec le revenu sans invalidité déterminé ci-dessus, il en résulte un degré d'invalidité de 67 % ouvrant le droit à trois quarts de rente, respectivement de 47 % donnant droit à un quart de rente (chiffres arrondis ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). Le correctif du salaire sans invalidité n'a ainsi pas d'incidence sur le droit à la rente reconnu par l'intimé.

11. Le dossier est complet et permet à la Cour des assurances sociales 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'un complément ou d'une nouvelle expertise comprenant des mesures concrètes d'examen des capacités fonctionnelles pouvant être mises économiquement à profit.

Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V

157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur 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 la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Les recours sont rejetés.
- II.** Les décisions rendues les 4 juillet et 2 novembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de X._____.
- 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 Yero Diagne (pour X. _____),
- 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 :