

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge, et Mme Peris, assesseure
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 26bis RAI.

E n f a i t :

A. a) Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, a obtenu sa maturité gymnasiale B en 1989, puis un diplôme d'architecture intérieure en 1994 et un diplôme d'esthétique et de cosmétologie en 1996. Elle a travaillé quelques années en tant qu'esthéticienne indépendante. De décembre 2002 à décembre 2010, elle a été engagée par [...] SA en qualité de documentaliste itinérante. Son contrat a été résilié pour motifs économiques. L'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 21 juin 2010.

En septembre 2010, l'assureur perte de gain maladie a adressé pour l'assurée une demande de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Lors d'une première évaluation du 7 octobre 2010, l'assurée a indiqué qu'elle rendait visite à environ 250 clients, plusieurs fois par année, pour leur présenter les produits et les mises à jour. Elle percevait environ 50 fr. par client rencontré, ce qui représentait un revenu moyen de 40'000 fr. par an. Elle a fait part de sa volonté de se réorienter, dans le domaine du conseil ou de l'accompagnement à plein temps, dès qu'elle irait mieux. Une reprise pourrait être envisagée en fin d'année 2010 ou au début de l'année 2011. L'OAI a estimé que le dépôt d'une demande de prestations n'était pas indiqué.

b) Le 9 mars 2018, l'assurée a adressé à l'OAI une demande de prestations, invoquant souffrir d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et être incapable de travailler depuis le mois de juin 2010.

Dans un rapport du 18 juin 2018, le Centre [...] a posé les diagnostics non invalidants d'insomnie chronique et de trouble du rythme circadien (retard de phase). Il a rapporté une évolution favorable, avec un sevrage aux somnifères en cours.

Dans un rapport du 26 juin 2018, la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble du sommeil depuis 2016, de trouble mixte de la personnalité à traits dépendants et émotionnellement labile de type borderline et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique depuis 1999. Sans effet sur la capacité de travail, elle a retenu le diagnostic de dépendance aux somnifères depuis 2010. La psychiatre a indiqué qu'après une décompensation en 1999, l'assurée avait fait un burnout après son licenciement en 2010, puis une dépression qui s'était chronicisée, et avait développé des difficultés de sommeil donnant lieu à une médication qui l'avait rendue dépendante. La Dre L._____ a précisé que les traits de personnalité borderline se manifestaient par une fluctuation de l'humeur, des éclats de colère, un manque de contrôle de soi, une perturbation de l'image de soi, des objectifs et préférences personnelles. Elle a observé un vide chronique, une tendance à s'engager dans des relations instables conduisant à des crises émotionnelles et ruptures abruptes, une incapacité à développer des relations intimes, une peur de l'abandon et des efforts pour éviter les situations d'abandon. Les symptômes de la dépression se manifestaient par un sentiment de tristesse et de déprime, une perte d'intérêt et de plaisir pour le mode environnant, des difficultés de sommeil, un ralentissement psychomoteur, une agitation, une irritabilité, une perte de confiance, des idées de culpabilité et d'autoaccusation, des difficultés d'attention et de concentration, des idées noires de degré léger. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais une capacité de 30 % dans une activité adaptée pourrait être possible. Cette activité devrait tenir compte des douleurs chroniques, des problématiques de sommeil générant une grande fatigabilité, des difficultés dans la gestion des liens sociaux et des fluctuations émotionnelles diminuant sa capacité de gestion du stress et des contacts.

Dans un rapport du 30 août 2019, la Dre L._____ a confirmé les diagnostics précédemment posés et indiqué que, depuis son dernier rapport, l'évolution était lentement favorable, avec de nombreuses rechutes. L'assurée avait effectué un sevrage des somnifères sur plusieurs

mois, mais son sommeil restait fluctuant. Les troubles somatoformes s'étaient améliorés et les émotions étaient moins extrêmes et les crises plus espacées. L'assurée demeurait instable et le pronostic restait réservé. Une capacité de travail de maximum 30 % était possible dans une activité adaptée, mais cela était difficile à déterminer au vu de la longue incapacité de travail. Un réentraînement au rythme de travail était à prévoir.

Le 1^{er} novembre 2019, l'OAI s'est vu remettre une échographie de la hanche gauche et des radiographies du bassin des 26 avril 2019, ainsi qu'un rapport du 9 octobre 2019 du Dr [...], médecin praticien, retenant le diagnostic de brachialgies bilatérales avec déconditionnement physique et psychique et avec troubles statiques.

Le 7 janvier 2020, la Dre L._____ a répété que l'évolution était toujours lentement favorable avec des rechutes. Elle a en outre établi une anamnèse détaillée personnelle, familiale et professionnelle. Elle a précisé que la décompensation de 1999 était survenue alors que l'assurée travaillait comme indépendante, en collaboration avec sa sœur, et que l'événement déclencheur était des conflits et une rupture sentimentale. Le trouble de la personnalité borderline avait été diagnostiqué à cette période. Elle a précisé que l'assurée avait vécu un burnout en 2010, selon les termes utilisés par celle-ci. Depuis janvier 2017, la Dre L._____ avait observé une absence de symptôme de dépression, les fluctuations de l'humeur étant mieux expliquées par le trouble de la personnalité. Depuis le début de la prise en charge, elle avait constaté une diminution des somatisations, principalement des douleurs même si elles étaient encore présentes. A la demande de l'OAI, elle a fait part de ses constatations cliniques et décrit la journée type de l'assurée ainsi que ses ressources. L'assurée avait de la peine à réaliser son ménage, à gérer son administratif tout en refusant l'aide d'un curateur, à se faire à manger, avait coupé les ponts avec ses relations de longues dates mais s'épanouissait au sein d'un chœur et avait participé à la fête des vendanges. La Dre L._____ a estimé que l'assurée était incapable de travailler dans toutes activités.

Dans un avis du 20 janvier 2020, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique, afin d'éclaircir les ressources et les capacités de l'assurée, dès lors que les médecins considéraient qu'elle était en mesure de participer à des activités non professionnelles tout en étant inapte à travailler.

L'expertise a été confiée au Centre X._____, plus particulièrement aux Drs K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, spécialiste en rhumatologie.

Dans leur rapport du 10 février 2023, les experts ont retenu les diagnostics de status post discopathies dégénératives lombaires et discopathies dégénératives cervicodorsales, de status post épicondylite du coude gauche stabilisée, de status post gonarthrose stabilisée essentiellement fémoro-patellaire des deux genoux et de tunnel carpien bilatéral stable. Ils ont écarté tout diagnostic psychiatrique. Ils ont estimé que l'assurée était capable de travailler depuis toujours dans son activité habituelle, pleinement du point de vue psychiatrique et à 90 % du point de vue rhumatologique en raison des atteintes dégénératives. Pour ce motif, il faudrait tenir compte des limitations fonctionnelles préventives suivantes : éviter les stations debout prolongées, éviter de monter-descendre les échafaudages et les échelles, et éviter de surcharger le rachis dans sa totalité. Le Dr K._____ a retenu que l'assurée était sthénique, ne mentionnait pas d'inflexion thymique constante supérieure à deux semaines, maintenait une capacité hédonique résiduelle, s'adonnait à la lecture et à une activité de cinéma et de visionnage de films qu'elle collectionnait. Il écartait donc tout trouble thymique. S'agissant des troubles de la personnalité évoqués dans le dossier, il a constaté que l'assurée rapportait un milieu d'origine au sein duquel le développement et la scolarité s'étaient déroulés sans accroc jusqu'en première année d'université, et que l'intéressée avait correctement fonctionné jusqu'aux faits alors en cours. L'expert psychiatre a écarté tout trouble de la personnalité.

Le 23 février 2023, le SMR a estimé que le rapport d'expertise permettait d'admettre des limitations fonctionnelles pour un travail physiquement lourd, en raison de troubles dégénératifs. Une limitation fonctionnelle concernant le travail nocturne devait également être retenue, compte tenu des troubles du sommeil. La capacité de travail de 90 % dans l'activité habituelle pouvait être admise.

Dans un projet de décision du 16 mars 2023, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser de prester, au motif qu'elle était pleinement capable de travailler dans son activité habituelle de documentaliste ou toutes autres activités adaptées, sans station debout prolongée, sans montée d'échelles, sans surcharge du rachis et sans travail nocturne, avec une baisse de rendement de 10 %. Dès lors que le degré d'invalidité se confondait avec la baisse de rendement, et s'élevait à 10 %, il n'y avait pas de droit à une rente d'invalidité ou à des mesures.

Le 11 mai 2023, l'assurée a contesté ce projet de décision. Elle a tout d'abord précisé qu'elle n'était pas au bénéfice d'une formation de documentaliste, que sa précédente activité était propre à [...] et se situait entre la représentante, la conseillère et l'employée de bureau. Elle a ensuite contesté l'appréciation de l'expert psychiatre qui avait écarté le diagnostic de trouble de la personnalité borderline qui était posé de longue date. Retenir que son enfance s'était passée sans accroc était plus que déplacé, au vu des abus sexuels subis qui étaient à l'origine de ses comportements actuels, d'une part, et de l'absence de questions de l'expert sur le déroulement de sa scolarité et ses résultats, d'autre part. Elle a précisé que, contrairement à ce que l'expert avait retenu, les soins à sa personne et à son appartement n'étaient pas assurés et qu'elle avait dû faire appel à une association durant 8 ans pour l'aider à désengorger son petit appartement. Sur le plan rhumatologique, elle a précisé que sa gonarthrose n'était pas stabilisée et qu'elle n'avait pas testé tous les traitements. Elle a encore fait valoir qu'elle ne pouvait pas travailler à plein temps, compte tenu du décalage de plusieurs heures de son sommeil, que la psychiatre C. _____ estimait ne pas pouvoir corriger. Elle

a indiqué qu'un nouveau contrôle au centre du sommeil était prévu durant l'été 2023.

Le même jour, l'assurée, représentée par Procap, a fait part d'autres objections contre le volet psychiatrique de l'expertise. Elle a indiqué qu'un suivi auprès de la psychiatre B. _____ débuterait le mois suivant. Le 15 mai 2023, elle a adressé à l'OAI un rapport du 11 mai 2023 de la Dre C. _____ dans lequel elle constatait une péjoration de la situation somnologique depuis la dernière évaluation d'août 2020.

Dans un rapport du 6 octobre 2023, la Dre B. _____ a posé les diagnostics incapacitants de trouble sévère de la personnalité borderline depuis 1999, de troubles persistants du sommeil (dysomnie par trouble de la continuité du sommeil) et de syndrome d'apnée du sommeil moyen depuis 2019, ainsi que le diagnostic non incapacitant d'épisode dépressif léger depuis 2023. Elle a estimé que l'assurée était totalement incapable de travailler dans toutes activités, en raison de son trouble borderline. Décrivant les limitations fonctionnelles, elle a indiqué que l'assurée présentait une thymie labile qui pouvait changer brutalement plusieurs fois par jour en fonction d'événements anodins et un trouble du contrôle des impulsions lorsqu'elle se sentait désécurisée ou remise en question, qu'elle ne supportait pas la confrontation, se mettait en colère facilement, n'acceptait pas de se plier à l'autorité, présentait des crises de larmes face à des aspects banaux et des sentiments de dévalorisation et d'inutilité, oscillait entre colère et sentiment de vide, ce qui rendait le maintien d'une activité avec la clientèle ou l'humain difficile. Elle a précisé que la gravité du trouble n'était pas compatible avec une mesure de réinsertion.

Dans un rapport du 26 août 2023, la Dre C. _____ a indiqué ne pas avoir objectivé d'allongement du temps de sommeil, mais un syndrome d'apnée du sommeil de degré moyen avec un impact très modéré sur la saturation en oxygène, un index des mouvements périodiques supérieur à la norme mais sans impact notable sur la structure du sommeil, ainsi que des signes électrophysiologiques évocateurs d'une

dimension thymique de type dépressif avec un raccourcissement de la latence au sommeil paradoxal et une légère surreprésentation de celui-ci.

Dans un avis du 27 novembre 2023, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Il a estimé que le rapport de la nouvelle psychiatre ainsi que les contestations de l'assurée concernant son anamnèse et ses ressources contredisaient les conclusions de l'expert psychiatre, qui ne pouvaient donc être suivies.

L'OAI a confié cette expertise au Centre D.____ (ci-après : le Centre D.____), plus particulièrement aux Drs S.____, spécialiste en médecine interne générale, H.____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, R.____, spécialiste en pneumologie, et J.____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans leur rapport du 9 avril 2024, les experts ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité sensitive, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel en rémission, d'hyperréactivité bronchique avec tendance à la toux chronique, de rhinite chronique, de probable hypertension artérielle, de rosacée au niveau du visage, de status après saphénectomie gauche, de status après candidose intestinale, de status après excision de condylomes vaginaux, de status après excision d'une glande salivaire lithiasique à droite en 2014, de status après cautérisation d'un myome utérin, de syndrome d'apnées du sommeil de degré moyen, non appareillé, de douleurs polyarticulaires dans le contexte de polyarthrose avec notamment une spondylarthrose, des discopathies dégénératives cervico-dorsales et lombaires, une gonarthrose bilatérale traitée par des infiltrations antalgiques mais sans signe de rhizarthrose marquée avec des amplitudes articulaires des doigts et des pouces amples et avec une omalgie bilatérale sans signe de conflit sous acromial et avec une coiffe des rotateurs compétente des deux côtés.

Les experts ont estimé, dans leur évaluation consensuelle, que l'assurée était capable de travailler à 70 %, sans baisse de rendement, dans son activité habituelle et dans toutes activités adaptées, depuis juin

2010. L'activité habituelle respectait les limitations fonctionnelles. Sur le plan psychique, les limitations fonctionnelles étaient en rapport avec la désorganisation de la pensée et le trouble de personnalité sensitive, l'activité devait être plutôt solitaire, valorisante, sans nécessité d'organisation majeure, sans gestion d'émotions et de stress. Le trouble de personnalité entraînait les épisodes dépressifs par atteinte narcissique. Néanmoins, c'était le trouble de la personnalité qui était à l'origine des difficultés à pouvoir travailler, le trouble dépressif récurrent, quelle que soit son intensité, n'entraînait pas de limitation de la capacité de travail. Sur le plan somatique, l'activité devait éviter la position prolongée ou répétée en porte-à-faux sur le tronc, la position statique prolongée au-delà de 45 minutes de la tête avec la possibilité d'avoir un repose-tête sur la chaise, la position assise prolongée avec la possibilité de changer de position chaque 45 minutes ou de faire une pause de quelques secondes pour effectuer des étirements, les épaules au-delà de l'horizontale de façon prolongée ou répétée ou des mouvements répétitifs des membres supérieurs et la position prolongée ou répétée sur les genoux ou en position accroupie. Sur le plan pneumologique, les efforts physiques intenses ou prolongés ainsi que l'exposition aux poussières et aux irritants respiratoires étaient à éviter.

Dans un avis du 22 avril 2024, le SMR a estimé que l'expertise permettait d'admettre que la capacité de travail dans l'activité habituelle, qui était adaptée, était de 70 % depuis juin 2010, au vu des limitations fonctionnelles psychiatriques (responsables de la diminution de la capacité de travail), ostéoarticulaires et pneumologiques.

Dans un rapport final de réadaptation du 6 juin 2024, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé qu'au vu de la description de la dernière activité professionnelle contenue dans l'expertise, cette activité n'existait plus sur le premier marché de l'emploi. Il a estimé qu'au vu des limitations fonctionnelles retenues, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, celle-ci requérant un contact régulier avec la clientèle, une très bonne capacité d'organisation et avec de nombreux déplacements. Il a ajouté que l'assurée avait théoriquement

le droit à des mesures, mais qu'au vu de son profil, soit une formation non mise en valeur depuis longtemps, un parcours professionnel précaire et l'absence d'activité depuis 2010, aucune mesure ne serait susceptible de réduire le préjudice économique.

Dans un calcul du degré d'invalidité du même jour, l'OAI a retenu que l'assurée pourrait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement ou aide-administrative (réception, scannage et autres). L'OAI a procédé à deux calculs du degré d'invalidité, en 2018 et en 2024, dont il est ressorti un degré d'invalidité de respectivement 30 % et 37 %. L'OAI s'est fondé sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, plus précisément le salaire que peut réaliser une femme dans la production et les services.

Dans un nouveau projet de décision du 12 juin 2024, annulant et remplaçant le précédent, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser de prester. Il a retenu que, depuis le mois de juin 2010, sa capacité de travail était réduite pour raisons de santé et que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus considéré comme étant en adéquation avec son état de santé. Néanmoins, il ressortait du dossier que l'assurée présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 70 % depuis lors, et ce dans toutes activités adaptées aux limitations fonctionnelles. La capacité de travail pouvait être mise en valeur dans un emploi simple et répétitif. Après comparaison des revenus, en 2018, le degré d'invalidité était de 30 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le calcul du degré d'invalidité avait été adapté au 1^{er} janvier 2024, date à laquelle le règlement de l'assurance-invalidité prévoyait une déduction automatique de 10 % sur le revenu d'invalidité. Le degré d'invalidité de 37 % obtenu était toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Le 19 août 2024, toujours représentée par Procap, l'assurée a fait part de ses objections contre ce projet de décision. Elle a contesté la valeur probante des volets psychiatrique et pneumologique de l'expertise, se prévalant de l'appréciation motivée de la Dre B. _____ du 19 juillet 2024 et du fait que l'effet de ses apnées du sommeil avait été totalement éludé. Aussi, il paraissait impossible de travailler à 70 %, au vu de ses atteintes et limitations fonctionnelles, ce d'autant que les experts retenaient que l'activité devait s'exercer sans pression, ce qui paraissait difficile sur le premier marché de l'emploi. L'assurée a également contesté l'instruction économique, se prévalant du fait que son revenu sans invalidité devait être calculé avec la moyenne des salaires du niveau de compétences 2, pour tenir compte des circonstances personnelles et de ses connaissances professionnelles.

Dans un avis du 23 septembre 2024, le SMR a maintenu ses précédentes conclusions. Il a estimé que le rapport de la Dre B. _____ n'amenait pas d'éléments nouveaux et mettait au premier plan des difficultés en lien avec un trouble de la personnalité émotionnellement labile existant de longue date, totalement incapacitant, comme précédemment dans son rapport du 6 octobre 2023. Il s'agissait donc d'une appréciation différente d'un même état médical.

Par décision du 24 septembre 2024, l'OAI a refusé de prester, conformément à son projet de décision du 12 juin 2024. Dans un courrier du même jour, l'OAI a pris position sur les griefs de l'assurée. S'agissant des arguments médicaux, il s'est prévalu de l'avis du SMR selon lequel il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de revoir sa position. Sur le plan économique, il a relevé que l'assurée exerçait son activité de documentaliste itinérante sans être titulaire du diplôme correspondant et qu'elle n'avait pas mis en valeur ses diplômes avant 2002 ou après 2010. Il était donc justifié de tenir compte du salaire de référence pour les femmes exerçant un travail simple et répétitif dans le domaine de la production et des services pour la fixation du revenu sans et avec invalidité, ce qui correspondait à un emploi accessible sans formation.

B. Par acte du 24 octobre 2024, Z._____, toujours représentée par Procap, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant en substance à sa réforme en ce sens que les prestations lui soient accordées, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. La recourante a soutenu qu'il était contradictoire, de la part de l'expert psychiatre, d'avoir d'une part écarté les diagnostics retenus par la Dre B._____, en précisant d'autre part qu'il était d'accord avec la description clinique qu'elle faisait dans son rapport du 9 février 2024. La Dre B._____ contestait au demeurant de manière motivée l'expertise, dans son rapport du 19 juillet 2024, qu'il convenait de suivre. En outre, les limitations fonctionnelles retenues par la Dre C._____ n'avaient pas été discutées par les experts. La recourante a encore reproché à l'intimé de ne rien avoir entrepris entre septembre 2018 et la mise en œuvre de l'expertise en 2022. Afin de ne pas retarder davantage la procédure, il y avait lieu d'ordonner une expertise judiciaire, ce d'autant que les deux expertises mises en œuvre par l'OAI n'étaient pas probantes. La recourante a encore réitéré ses griefs concernant le calcul du revenu sans invalidité et requis qu'un abattement soit retenu sur le revenu avec invalidité.

Par décision du 12 novembre 2024, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires.

Par réponse du 29 novembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant aux différents avis du SMR qui avaient déjà répondu aux griefs de la recourante.

Le 16 décembre 2024, la recourante a indiqué n'avoir rien à ajouter.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'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, comme en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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).

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

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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En

ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

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

5. En l'espèce, l'OAI a mis en œuvre une première expertise bidisciplinaire auprès du Centre X._____ puis, constatant après les objections de l'assurée que le volet psychiatrique n'était pas probant et ne se fondait pas sur une anamnèse complète, a confié aux Drs S._____, H._____, R._____ et J._____ du Centre D._____ la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en médecine interne générale, en médecine physique et réadaptation, en pneumologie et en psychiatrie.

L'OAI a estimé, sur la base du rapport d'expertise du Centre D._____ du 9 avril 2024 ainsi que de l'avis du spécialiste en réinsertion

professionnelle du 6 juin 2024, que l'assurée n'était plus capable de travailler dans son activité habituelle de documentaliste itinérante. Cela étant, elle disposait d'une capacité de travail de 70 % depuis juin 2010, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiatriques, pneumologiques et somatiques.

La recourante conteste pour sa part l'appréciation qu'a fait l'expert psychiatre, estimant qu'elle est en contradiction avec celle de ses médecins traitants.

a) Le rapport d'expertise du Centre D._____ comprend un volet de médecine interne investigué par le Dr S._____.

Se fondant sur un dossier complet, après avoir rapporté les plaintes de l'assurée, le Dr S._____ a exclu tout diagnostic incapacitant et retenu que les diagnostics de probable hypertension artérielle, de rosacée au niveau du visage, de status après saphénectomie gauche, de status après candidose intestinale, de status après excision de condylomes vaginaux, de status après excision d'une glande salivaire lithiasique à droite en 2014 et de status après cautérisation d'un myome utérin n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Il a constaté que la recourante présentait une hypertension artérielle durant la consultation, probablement déjà présente depuis quelques mois. Elle n'avait toutefois pas souhaité de traitement et prenait des dragées à base d'aubépine. Il a préconisé un suivi et un traitement, relevant que la recourante n'accepterait probablement pas de traitement chimique. Sur le plan digestif et gynécologique, la recourante ne présentait pas de séquelles de ses opérations et n'avait pas de plainte particulière en lien avec celles-ci. L'expert S._____ a estimé que, du point de vue de la médecine interne, l'assurée était pleinement capable de travailler dans toutes activités, depuis toujours. Rien au dossier ne remet en cause les conclusions probantes du Dr S._____.

b) Le volet de médecine physique et réadaptation a été confié à la Dre H._____. Après avoir pris connaissance des rapports au dossier,

y compris de l'expertise rhumatologique du Dr F._____, recueilli les plaintes de l'assurée et établi son anamnèse, la Dre H._____ a retenu que la recourante présentait des douleurs polyarticulaires dans le contexte de polyarthrose avec notamment de la spondylarthrose, des discopathies dégénératives cervico-dorsales et lombaires, une gonarthrose bilatérale traitée par des infiltrations antalgiques, une omalgie bilatérale sans signe de conflit sous acromial avec une coiffe des rotateurs compétente des deux côtés, et une absence de signe de rhizarthrose marquée avec des amplitudes articulaires des doigts et des pouces amples. L'experte H._____ a constaté que le pronostic de la polyarthrose était bon, avec des amplitudes articulaires conservées, les douleurs affectant principalement la colonne cervicale étant connues et déjà bilantées. Il n'y avait ni signe clinique déficitaire ni signe irritatif neurologique, de sorte qu'une nouvelle imagerie n'était pas indiquée. L'experte n'a objectivé aucun signe de conflit sous acromial et la coiffe des rotateurs était indolore. Il n'y avait pas d'argument anamnestique ni clinique pour un rhumatisme inflammatoire. Les thérapies suivies étaient adaptées, soit une antalgie des genoux par infiltrations épisodiques et des thérapies physiques afin de conserver les amplitudes articulaires. L'experte a observé que les atteintes ostéoarticulaires engendraient des limitations fonctionnelles, mais que celles-ci n'étaient pas uniformes. L'assurée vivait seule, était autonome pour ses activités et ses déplacements, ne prenait qu'une antalgie simple, se déplaçait sans moyens auxiliaires, parvenait à monter ponctuellement les six étages menant à son appartement à pied, et ne présentait pas de douleurs insomniantes. L'experte a retenu que la capacité de travail, du point de vue de la médecine physique et réadaptation, était entière depuis toujours dans toutes activités adaptées, étant précisé que l'activité de documentaliste était adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de position prolongée ou répétée en porte-à-faux sur le tronc, pas de position statique prolongée au-delà de 45 minutes de la tête avec la possibilité d'avoir un repose-tête sur la chaise, pas de position assise prolongée avec la possibilité de changer de position chaque 45 minutes ou de faire une pause de quelques secondes pour effectuer des étirements, pas d'activité avec les épaules au-delà de l'horizontale de façon prolongée ou répétée

ou des mouvements répétitifs des membres supérieurs, pas de position prolongée ou répétée sur les genoux ou en position accroupie. Cette appréciation, congruente avec les différents rapports au dossier, peut se voir conférer une pleine valeur probante.

c) L'aspect pneumologique a été évalué par le Dr R. _____ qui a retenu les diagnostics de syndrome d'apnées du sommeil de degré moyen, non appareillé, d'hyperréactivité bronchique avec tendance à la toux chronique et de rhinite chronique. L'apnée du sommeil mesurée par l'expert s'était légèrement aggravée, passant de 9 par heure en 2019 à 16,7 en 2023. L'expert R. _____ a cependant constaté que le syndrome d'apnées du sommeil ne se manifestait par aucun des symptômes habituels, soit l'absence de troubles respiratoires nocturnes, l'absence de somnolence diurne et un score d'Epworth de 3/24. La recourante rapportait même qu'elle n'arrivait pas à dormir, ce qui n'était pas cohérent. L'expert a observé que la dyspnée à l'effort traduisait un déconditionnement physique et que ni elle ni le syndrome d'apnée du sommeil n'avaient d'effet sur les activités quotidiennes, hormis un horaire quotidien perturbé. Du point de vue respiratoire, l'expert R. _____ a retenu que l'assurée avait toujours été capable de travailler en tant que documentaliste, esthéticienne ou architecte d'intérieur, ainsi que dans toutes autres activités sans efforts physiques intenses ou prolongés et sans exposition aux poussières ou aux irritants respiratoires.

L'expert a pris en compte l'ensemble de la situation, y compris sa difficulté à dormir et son rythme décalé. Il a constaté qu'il était contradictoire de souffrir d'apnée du sommeil, d'une part, mais d'avoir des difficultés d'endormissement comme celles rapportées par l'assurée et que cette dernière ne présentait pas de somnolence diurne. Aussi, une pleine capacité de travail sur le plan pneumologique apparaît conforme aux constatations cliniques de l'expert R. _____. Le volet pneumologique de l'expertise peut se voir conférer une pleine valeur probante.

d) Le volet psychiatrique a été investigué par le Dr J. _____ qui a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité sensitive et de

trouble dépressif récurrent, épisode actuel en rémission. L'expert a discuté les différents diagnostics et expliqué les raisons qui l'ont amené à retenir un trouble de la personnalité sensitive, plutôt qu'un trouble borderline. Il a analysé les avis des psychiatres traitants et confirmé ses constats de manière motivée. Il a ainsi relevé que le rythme du sommeil décalé était la conséquence du trouble de la personnalité de l'assurée, qui engendrait une désorganisation chez celle-ci. La nuit apportait à l'assurée un mieux-être en l'absence de pression face aux exigences de la vie quotidienne. L'expert a évalué la capacité de travail de la recourante en application des critères dégagés à cette fin par la jurisprudence. Il a ainsi tenu compte de la gravité fonctionnelle du diagnostic incapacitant retenu, à savoir le trouble de la personnalité, en listant les limitations que celui-ci impliquait et en expliquant le lien d'interdépendance avec le trouble dépressif. Il a réalisé une évaluation circonstanciée des ressources et des difficultés, mettant en évidence une désorganisation de la pensée, des difficultés à s'adapter aux règles en raison d'un manque d'organisation, des difficultés à faire face aux changements qui étaient sources d'angoisse, un manque de persévérance en raison d'un ressenti de fatigue psychique engendré par les difficultés d'organisation, des contacts existants mais limités avec sa famille, ainsi que des capacités à prendre soin d'elle-même, à se déplacer, à s'affirmer, à donner son point de vue, parfois de manière agressive, et à faire des activités spontanées bien que parfois de manière anarchique. L'expert a encore relevé des incohérences cliniques entre la tristesse d'humeur majeure évoquée par l'assurée et sa capacité à rire, qui témoignait d'un symptôme de son trouble de la personnalité. Il a également observé l'absence d'uniformité entre les plaintes alléguées et les difficultés rencontrées par l'assurée qui était toutefois capable de maintenir des relations sociales et d'effectuer la plupart des tâches quotidiennes malgré la désorganisation de sa pensée. Sur le plan psychiatrique, il a considéré que l'activité habituelle était adaptée et que l'assurée était capable de travailler à 70 % depuis le mois de juin 2010.

La recourante conteste les conclusions de l'expertise en se référant à l'avis de sa psychiatre traitante, la Dre B._____. On rappellera qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat

thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait mettre en cause les conclusions d'une expertise médicale du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire, sauf si ceux-ci font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour mettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_80/2024 du 27 août 2024 consid. 5.1 ; 9C_459/2019 du 5 novembre 2019 consid. 4). Comme exposé ci-dessus, l'expert J._____ a pris en compte l'ensemble des éléments constatés par la psychiatre traitante mais en a fait une évaluation différente. La psychiatre traitante ne fait pas valoir d'élément objectif qui aurait été omis par l'expert ni d'élément nouveau qui modifierait les conclusions de celui-ci. Elle indique au contraire dans son rapport du 19 juillet 2024 que l'état psychique est stable et qu'il n'y a pas eu d'aggravation depuis le début du suivi, en 2023. Elle expose que l'assurée gère son trouble de la personnalité en se couchant aux aurores, comme l'expert l'a relevé. Elle retient également, comme l'expert J._____, que l'assurée a une intelligence élevée mais se montre très réactive dans le contact aux autres, qu'elle est impulsive et rencontre des difficultés dans les relations interpersonnelles qu'elle vit souvent comme arbitraires. Aussi, la Dre B._____ rejoint les constatations cliniques de l'expert J._____, procédant à une interprétation diagnostique différente de la situation. Or, dans le domaine de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais bien l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). En outre, l'expert J._____ a expliqué de manière circonstanciée les raisons l'amenant à rejeter le diagnostic posé par les psychiatres traitants et à retenir le diagnostic de trouble de la personnalité sensitive, se référant à la liste des diagnostics de la CIM-10. On rappellera encore que l'expertise du Centre D._____, dont le volet psychiatrique a été attribué au Dr J._____, a été réalisée après qu'une première expertise a été contestée et qu'il a fallu trancher entre l'avis de l'expert psychiatre K._____ du Centre X._____ et l'appréciation divergente de la psychiatre traitante. Il y a lieu de constater que la Dre B._____ continue à avoir un avis divergent sur les diagnostics et l'appréciation de la capacité de travail,

mais qu'elle n'apporte aucun élément nouveau ou qui aurait été omis par l'expert J._____. En outre, l'expert J._____ s'est livré à une appréciation détaillée des ressources et des difficultés de l'assurée, relevant la fatigue psychique qui engendre un manque de persévérance et le rythme de sommeil décalé qui s'explique par le trouble de la personnalité. L'expert a ensuite dûment motivé les limitations fonctionnelles qu'il a retenues, de sorte qu'on ne saurait lui reprocher de ne pas avoir discuté les limitations fonctionnelles retenues par la Dre C._____. L'expertise psychiatrique peut ainsi se voir conférer une pleine valeur probante.

e) Aussi, au terme de leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu que le trouble de la personnalité sensitive engendrait une incapacité de travail, mais que l'assurée était capable de travailler à 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis juin 2010. Ces limitations fonctionnelles concernaient les plans psychiatriques, pneumologiques et ostéoarticulaires. En tant qu'il se fonde sur un dossier complet, prend en compte les plaintes de l'assurée et se fonde sur des constatations cliniques, le rapport du Centre D._____ peut être suivi et une pleine valeur probante peut lui être conférée.

6. Le service de réadaptation de l'OAI a observé, dans son rapport final du 6 juin 2024, que l'activité habituelle de documentaliste n'existait plus sur le marché de l'emploi, compte tenu de la description de ce poste. Il a ainsi considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, ce d'autant que cet emploi nécessitait d'être en contact régulier avec la clientèle et d'avoir de bonnes capacités d'organisation, ce qui n'est pas contesté. Le service de réadaptation a également constaté que l'assurée avait théoriquement droit à des mesures, mais que dès lors qu'elle avait un parcours professionnel précaire, qu'elle n'avait pas mis en valeur ses formations professionnelles, qu'elle n'avait plus exercé d'activité depuis longtemps et compte tenu de son âge, aucune mesure ne serait susceptible de réduire son préjudice économique. Cette appréciation, au demeurant non contestée, peut être confirmée.

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

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique.

b) 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).

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 à l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de

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

aa) 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).

bb) Selon l'art. 26bis al. 3 RAI - dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023 -, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opéré sur la valeur statistique.

Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10). Il y a lieu, en ce

sens, de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75 consid. 5b/bb-cc), ce y compris l'éventuelle déduction de 10 % pour le travail à temps partiel (lettre circulaire AI n° 445 du 26 août 2024 de l'Office fédéral des assurances sociales).

cc) Selon l'art. 26bis al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

D'après le chiffre II des dispositions transitoires relatives à la modification du RAI du 18 octobre 2023, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70 % et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20 %, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification (al. 1). Aussi, si l'évaluation du degré d'invalidité sur la base des dispositions du RAI dans sa version valable à partir du 1^{er} janvier 2024 entraîne une modification du degré d'invalidité d'au moins 5 points de pourcentage, une modification du système de pension progressif aura lieu (let. b al. 1 des dispositions transitoires modifiant le RAI du 19 juin 2020 ; TF 9C_728/2023 du 4 mars 2024 consid. 5.5). Lorsque l'octroi d'une rente ou d'un reclassement a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 parce que le taux d'invalidité était

insuffisant, une nouvelle demande n'est examinée que s'il est établi de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26bis al. 3 RAI pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou au reclassement (al. 2).

c) Depuis la dixième édition de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), les emplois sont classés par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé. Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (TF 8C_444/2021 du 29 avril 2022 consid. 4.2.3 et les arrêts cités). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (TF 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.1 ; 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 ; 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). Selon la jurisprudence, l'application du niveau 2 se justifie uniquement si la

personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières (TF 8C_202/2022 du 9 novembre 2022 consid. 4.1 et les arrêts cités). Le Tribunal fédéral a ajouté que l'expérience professionnelle de plusieurs années dont peut se prévaloir un assuré – sans formation commerciale ni autre qualification particulière acquise pendant l'exercice de la profession – ne justifie pas à elle seule un classement supérieur au niveau de compétences 2, dès lors que dans la plupart des secteurs professionnels un diplôme ou du moins des formations et des perfectionnements (formalisés) sont exigés (TF 8C_294/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.1.2 ; 8C_444/2021 du 29 avril 2022 consid. 4.2.3).

8. En l'espèce, l'OAI a calculé le revenu sans invalidité de l'assurée en 2018 en se fondant sur les données statistiques de l'ESS, plus particulièrement le salaire de référence pour les femmes exerçant un travail simple et répétitif dans le domaine de la production et des services, soit 4'316 fr. par mois et 53'993 fr. 16 par an, compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures. Le revenu d'invalidité a été arrêté sur la base des mêmes données salariales statistiques, pour un emploi à 70 %, soit 37'795 fr. 21. Après comparaison des revenus, en 2018, le degré d'invalidité s'élevait à 30 %. L'OAI a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité en 2024, au vu de l'entrée en vigueur du nouvel art. 26bis al. 3 RAI prévoyant un abattement automatique de 10 %. Il s'est fondé sur les mêmes données statistiques de l'ESS 2022, indexées jusqu'en 2024. Le revenu sans invalidité s'élevait à 55'501 fr. 33 pour une activité à 100 %, et le revenu d'invalidité à 34'965 fr. 84 en tenant compte d'un taux d'occupation de 70 % et d'un abattement de 10 %. Le degré d'invalidité s'élevait à 37 %.

La recourante conteste le calcul du revenu sans invalidité, soutenant que celui-ci devait être arrêté en tenant compte du revenu pour un niveau de compétences 2, au vu de ses qualifications professionnelles. Sans contester les données salariales servant de base au calcul du revenu d'invalidité, elle fait également valoir qu'un abattement devait être appliqué dès 2018.

a) En l'occurrence, après une maturité gymnasiale B, la recourante a obtenu un diplôme d'esthéticienne puis un diplôme d'architecture intérieure. Après avoir travaillé en tant qu'esthéticienne puis avoir tenu son propre salon en tant qu'indépendante, elle a travaillé comme documentaliste, sans être au bénéfice du diplôme correspondant. Dans son activité de documentaliste, l'assurée était chargée du classement et de la mise à jour de la documentation dans les locaux de chaque abonné, du contrôle et du remplacement du matériel abîmé, du suivi de la clientèle en transmettant les changements d'adresses ou les réclamations, de l'information aux abonnés sur les sources d'informations dans le cadre de l'abonnement souscrit, de la présentation des nouveaux produits, de la fidélisation de la clientèle et de la recherche de nouveaux clients. L'assurée se rendait auprès des abonnés de Romandie et était payée à la tâche, 50 fr. pour chaque visite. En tant qu'esthéticienne, l'assurée a travaillé à plein temps dans un institut de beauté, a suivi diverses formations puis s'est associée à sa belle-sœur avant de fonder son propre institut en mars 2000 jusqu'à la liquidation et la fermeture de l'établissement à la fin de l'année 2003. Les précédentes activités, telles que décrites ci-avant, ne représentent pas des tâches manuelles simples comme celles qui sont classées dans le niveau de compétences 1. Elles se rapprochent en revanche de celles contenues dans le niveau de compétences 2, à savoir notamment la vente, les soins, le traitement des données et les tâches administratives. Compte tenu de ses diplômes et de ses anciennes activités, il est rendu vraisemblable que la recourante aurait pu évoluer dans un niveau de compétences 2 si elle avait pu poursuivre son activité professionnelle.

Vu ce qui précède, l'OAI aurait dû arrêter le revenu sans invalidité en se fondant sur le salaire de référence du niveau de compétences 2 réalisé par une femme, dans le secteur de la production et des services, tant en 2018 qu'en 2024.

Le revenu sans invalidité en 2018, pour une activité à 100 %, s'élève donc à 62'049 fr. 60 (4'960 fr. x 41,7 x 12 mois).

En 2024, en prenant en compte l'ESS 2022 indexé jusqu'en 2024, le revenu sans invalidité s'élève à 67'252 fr. 22, soit 5'147 fr. x 41,7 x 12 mois, indexé à 1.8 en 2023 et 2.6 en 2024 (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024 »).

b) Le revenu d'invalidité a été arrêté par l'OAI à 37'795 fr. 21 en 2018 et à 34'965 fr. 84 en 2024, en se fondant sur le salaire moyen réalisé par une femme dans une activité simple et répétitive (TA1, niveau de compétences 1), ce qui n'est pas contesté. La recourante conteste toutefois l'absence d'abattement sur le revenu d'invalidité et se réfère à un arrêt de la Cour de céans du 8 mars 2024 (AI 7/23 - 81/2024).

aa) Dans cet arrêt, la Cour de céans a admis qu'un abattement sur le revenu avec invalidité aurait été justifié, en raison de l'âge de l'assuré qui avait 58 ans au moment de la décision litigieuse. Elle a cependant constaté que la question de l'abattement pouvait demeurer indécise, dans la mesure où, quelle que soit l'étendue de l'abattement retenu, un droit à une rente de l'assurance-invalidité ne pourrait pas s'ouvrir, en l'absence d'un degré d'invalidité suffisant. La situation de cet assuré n'est toutefois pas similaire à celle de la recourante. D'une part, la recourante était plus jeune au moment où la décision litigieuse a été rendue et les tableaux cliniques et les incapacités de travail diffèrent.

Cela étant, on observera que la recourante avait 55 ans lorsque la décision a été rendue et qu'elle était sans activité depuis plus de 14 ans, ce qui est loin d'être négligeable. Elle présente en outre des limitations fonctionnelles importantes, affectant tant le plan psychique, pneumologique et somatique. Ces dernières affectent les épaules, le dos et les genoux, de sorte que l'assurée se trouve limitée à plusieurs niveaux. Au vu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, un abattement de 10 % se justifiait dès 2018, contrairement à ce que l'OAI a retenu.

Aussi, en 2018, le revenu d'invalidé s'élève à 34'015 fr. 69, pour une activité simple et répétitive réalisée par une femme, à 70 %, avec un abattement de 10 %.

Après comparaison des revenus sans invalidité (62'049 fr. 60) et avec invalidité (34'015 fr. 69), le degré d'invalidité s'élève à 45,18 %, arrondi à 45 %. Cela ouvre un droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2018, soit six mois après le dépôt de la demande, compte tenu de son dépôt tardif (art. 29 al. 1 LAI).

bb) Entre 2022 et 2023, le calcul du revenu d'invalidé demeure inchangé, dès lors que l'art. 26bis RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, ne trouve pas application pour l'assurée, celle-ci disposant d'une capacité de travail dans une activité adaptée supérieure à 50 % (cf. ATF 150 V 410 consid. 9 et 10 et lettre circulaire AI n° 445, cités au consid. 7b/bb ci-dessus).

cc) Dès le 1^{er} janvier 2024, l'OAI a appliqué l'abattement automatique de 10 % sur le revenu d'invalidé, conformément à l'art. 26bis al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis lors. Seul un abattement de 10 % se justifie, dès lors que la capacité fonctionnelle de l'assurée est supérieure à 50 %.

Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 35'948 fr. 12, soit le revenu réalisé à 70 % par une femme dans une activité simple et répétitive, avec un abattement de 10 % (ESS 2022, après indexation de 1.8 en 2023 et 2.6 en 2024 [tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024 »]).

Après comparaison des revenus sans invalidité (67'252 fr. 22) et avec invalidité (35'948 fr. 12), le degré d'invalidité s'élève à 46,55 %, arrondi à 47 %. Le degré d'invalidité ayant évolué de 2 % seulement, le droit à la rente de la courante ne sera pas révisé au 1^{er} janvier 2024 (cf. consid. 7b/cc ci-dessus).

9. Il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

10. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2018, fondé sur un degré d'invalidité de 45 %.

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

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). La liste des opérations déposée le 16 décembre 2024 par Me Stefano Vivaldo, avocat chez Procap, ne peut pas être suivie s'agissant du tarif horaire sur lequel elle se fonde et s'agissant notamment du temps consacré à la rédaction de la réplique, qui n'était qu'un simple courrier. Du reste, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'400 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 24 septembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'un quart de rente d'invalidité est alloué à Z._____, dès le 1^{er} septembre 2018, fondé sur un degré d'invalidité de 45 %.

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

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ la somme de 2'400 fr. (deux mille quatre cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour Z._____),
- 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 :