

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mai 2025

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Matthey

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 LAI ; 26^{bis} al. 3 RAI.

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante [...], sans formation, mère de huit enfants, a déposé le 12 décembre 2022 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'un diabète de type II sous insuline, d'une hypercholestérolémie et d'une anémie existant depuis 2015.

Aux termes d'un rapport adressé le 12 janvier 2023 à l'OAI, le médecin traitant de l'assurée, le Dr Y._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de diabète de type II insulino-dépendant et de LDL (lipoprotéine de basse densité). Il a expliqué que les limitations fonctionnelles étaient d'ordre linguistique, physique, psychique, et devaient être évaluées par un spécialiste. Le médecin a souligné que l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail.

Répondant le 23 janvier 2023 au questionnaire de détermination du statut soumis par l'OAI, l'assurée a noté que, sans l'atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 100 % dans le domaine du nettoyage ou de la garde d'enfants, par intérêt personnel et par nécessité financière.

Par rapport du 28 juin 2023 à l'OAI, le Dr Y._____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était dégradé depuis son dernier rapport. Il a posé les diagnostics de diabète, d'arthrose, de faiblesse musculaire, d'anémie ferriprive et d'AVC en 2020. L'assurée souffrait d'un épuisement physique et psychique ainsi que de douleurs musculaires. Les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés au niveau de la langue et de la communication. Le pronostic était mauvais et des mesures de réadaptation inenvisageables.

Le médecin traitant a joint à son envoi plusieurs rapports de l'endocrinologue traitant, ainsi que des rapports de l'Hôpital S._____ relatifs à des consultations aux urgences le 12 avril 2021 pour un malaise

vagal post-extraction dentaire, le 23 novembre 2021 pour une dyspnée, le 27 mai 2022 pour des céphalées hémicrâniennes gauches associées à une paresthésie/hypoesthésie et un manque de force au niveau facio-brachio-crural gauche ayant nécessité une consultation de neurologie le 13 septembre 2022, le 17 octobre 2022 pour des douleurs à la jambe et le 21 décembre 2022 pour une douleur abdominale.

Le 23 octobre 2023, le Dr Y._____, questionné par l'OAI s'agissant des limitations fonctionnelles de sa patiente, a répondu que la communication avec celle-ci était difficile car elle ne parlait pas français et qu'elle parlait arabe avec difficulté. Il a joint à son courrier un rapport du 30 janvier 2023 relatif à une échographie abdominale réalisée le 30 janvier 2023, qui concluait à une hépatopathie de surcharge sans lésion focale.

Répondant aux questions de l'OAI le 23 octobre 2023, le Dr K._____, chef de clinique de l'Unité de neurologie de l'Hôpital S._____, a indiqué avoir vu l'assurée à deux reprises et ne pas la suivre régulièrement. Il ne pouvait donc pas se prononcer sur sa capacité de travail mais relevait que d'un point de vue strictement neurologique, le motif de la dernière consultation ne justifiait pas une incapacité de travail prolongée.

Par avis du 8 novembre 2023, la médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en neurologie, rhumatologie, psychiatrie et médecine interne, au vu des informations médicales insuffisantes au dossier et afin de pouvoir cerner les diagnostics et les limitations fonctionnelles.

L'OAI a conséquemment confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire à W.____ SA.

L'assurée a ainsi été examinée les 17, 26 et 30 janvier et 7 février 2024 par le Dr [...], spécialiste en endocrinologie-diabétologie, le

Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le Dr [...], spécialiste en neurologie, le Dr X._____, spécialiste en rhumatologie, le Dr [...], spécialiste en gastroentérologie, et la Dre [...], spécialiste en médecine interne générale. Aux termes d'une évaluation consensuelle ressortant de leur rapport du 12 mars 2024, les experts de W.____ SA ont posé les diagnostics suivants :

- « - Incontinence urinaire non spécifiée, R32
- Œdème des membres inférieurs d'origine indéterminée, R60.0
- Syndrome métabolique, 5A44
 - Diabète de type 2 insulino-requérant, sans complications connues actuellement, 5A11 et 5A24
 - Obésité de grade 1, E66.0
 - Dyslipidémie, E78.9
 - Hypertension artérielle, I10
 - MAFLD (Metabolic-Associated Fatty Liver Disease soit une stéatose hépatique métabolique), K76.0
- Thalassémie sans précision, D56.9
- Suspicion de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS),

G47.31

- Gastrite à Helicobacter pylori (2019-2022), K29.7
- Hernie hiatale, K44.9
- Fibromyalgie, M79.7
- Douleurs cervicales secondaires à une uncarthrose C5-C6 M54-2
- Possible polyneuropathie, 8C03.0
- Troubles sensitifs de l'hémicorps gauche intermittents, non expliqués par une lésion structurelle à l'IRM cérébrale : possible aura migraineuse, 8A80.1
- Leucoencéphalopathie Fazekas 2, état lacunaire sous-cortical, 8E47
- Accentuation de certains traits de personnalité, personnalité dépendante, Z73.1
- Episode dépressif léger, sans syndrome somatique, F32.00 ».

Ils ont indiqué que les limitations fonctionnelles de l'expertisée consistaient en une limitation du port de charges de plus de cinq kilos et des mouvements de nature à augmenter la pression intra-abdominale, avec accessibilité de toilettes, en raison de l'incontinence urinaire, ainsi qu'une limitation à l'effort de soulèvement à partir du sol ou du port de charges supérieures à dix kilos en raison des atteintes à la santé rhumatologiques. L'assurée ne pouvait pas non plus rester en position debout immobile pendant plus de trente minutes d'affilée et si elle travaillait en position assise, il était nécessaire qu'elle puisse se lever et faire quelques pas toutes les trente minutes. Selon les experts, la seule

atteinte à la santé avec une influence sur la capacité de travail était le diabète de type 2 déséquilibré, sans hypoglycémies enregistrées dans l'appareil d'autocontrôle. D'après eux, aucune complication du diabète ne limitait la capacité de travail actuellement, mais l'instabilité importante des glycémies pouvait contribuer à une fatigue, des troubles visuels, des céphalées ainsi que des troubles de la concentration, et entraîner une baisse de rendement de 30 % depuis la découverte du diabète en 2016. Les experts retenaient ainsi consensuellement une capacité de travail de 70 % depuis 2016 (soit un taux horaire de 100 % avec une baisse de rendement de 30 %).

Les experts ont ajouté qu'un avis gynéco-urologique permettrait de préciser l'étiologie et d'évaluer les possibilités de prise en charge de l'incontinence urinaire, ce qui, à terme, permettrait l'élimination des limitations fonctionnelles en lien avec ce diagnostic, tout comme un avis angiologique s'agissant des œdèmes des membres inférieurs. Par ailleurs, une bonne compréhension du diabète et un suivi régulier des traitements devraient permettre de retrouver une capacité de travail complète dans une activité régulière avec des horaires réguliers, ne demandant ni activité physique importante, ni gestion de tâches exigeant de la concentration. Les experts ont estimé que, dans des conditions normales, cet état pouvait être atteint en trois mois, le temps d'affiner le traitement. Ils relevaient toutefois qu'une bonne gestion du diabète serait probablement impossible à obtenir en raison de la mauvaise compréhension de la maladie par l'expertisée.

Par avis du 19 mars 2024, la médecin du SMR a émis l'appréciation suivante :

« **Conclusion SMR** : Je retiens que l'expertise pluridisciplinaire du 12.03.2024 en médecine interne, endocrinologie/diabétologie, gastroentérologie, neurologie, psychiatrie et rhumatologie, W. _____ [...] est concluante grâce à une discussion convaincante, afin que nous puissions retenir ses conclusions concernant la CT [capacité de travail] et les LF [limitations fonctionnelles]. En particulier, je note que l'anamnèse est complète, que les experts ont repris l'ensemble du dossier que l'examen clinique est objectif, ce qui permet de comprendre les diagnostics retenus. La discussion

tient compte du cadre de l'AI. A noter que, concernant la CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle], l'assuré n'a jamais eu une AH.

Donc, sur le plan consensuel, la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] a été de 100 % (sans baisse de rendement) depuis toujours jusqu'en 2016, et est de 70 % (donc de 100 % avec une diminution de rendement de 30 %) depuis 2016 pour raisons diabétologiques/endocrinologiques, en respectant les LF d'ordre internistique et rhumatologique.

A noter qu'il n'y a en particulier aucune atteinte jugée durablement incapacitante au plan psychiatrique, neurologique, rhumatologique et gastroentérologique. »

Par projet de décision du 19 juin 2024, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. En substance, il a retenu qu'il ressortait de l'instruction médicale que sa situation de santé restait compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 % et qu'une baisse de rendement de 30 % était néanmoins admise en raison de ces dernières. Sur le plan économique, l'office a indiqué que le revenu sans invalidité de l'assurée, sans activité professionnelle depuis son arrivée en Suisse, devait être évalué en tenant compte des données salariales de l'Office fédéral de la statistique ; en l'occurrence, le salaire que pouvait percevoir une femme en bonne santé dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services était de 54'649 fr. 36 à 100 % en 2023. S'agissant du revenu avec invalidité, étant donné que l'assurée n'avait pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoyait de se référer à ces mêmes données statistiques. Les perspectives de gain avec atteinte à la santé étaient identiques à celles qui prévalaient avant l'atteinte à la santé, sous réserve de la prise en compte de la baisse de rendement de 30 %. Le revenu d'invalidité s'élevait ainsi à 38'254 fr. 56 et le degré d'invalidité à 30 %. Celui-ci, inférieur à 40 %, ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. L'OAI a ajouté que, depuis le 1^{er} janvier 2024, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoyait l'application automatique d'une déduction de 10 % sur le revenu avec invalidité dès lors que ce dernier était fixé sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique. Les revenus déterminés

devaient ainsi être indexés pour l'année 2024 et le revenu avec invalidité diminué de 10 %, de telle sorte qu'il était ramené à 34'704 fr. 53 et que le degré d'invalidité s'élevait désormais à 37 %, n'ouvrant toujours pas le droit à une rente d'invalidité. L'OAI a en outre indiqué que le droit aux mesures professionnelles existait au vu du manque à gagner durable de plus de 20 % ; cependant, après examen de la situation par le service de réadaptation, il apparaissait qu'aucune mesure simple et adéquate n'était susceptible de réduire le degré d'invalidité. Une mesure d'aide au placement pour soutenir l'intéressée dans la recherche d'un poste adapté à sa situation de santé pouvait en revanche lui être octroyée sur demande écrite et motivée.

Le 21 août 2024, l'assurée, désormais représentée par Procap Suisse, a formulé ses objections à l'encontre du projet de décision susmentionné. Pour l'essentiel, elle a soutenu avoir droit à une rente d'invalidité, étant donné qu'un abattement d'au moins 20 %, lié aux difficultés qu'elle éprouverait à rester compétitive dans le monde du travail, devait s'appliquer à son revenu d'invalidité, ce qui engendrerait un degré d'invalidité supérieur à 40 %.

Avec son envoi, l'assurée a produit un rapport établi le 30 avril 2024, par lequel le Dr B._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a posé les diagnostics de diabète de type 2 insulino-requérant, connu depuis sept ans, de dyslipidémie non traitée avec LDL-c 3.23mmol/l et d'obésité de classe I selon l'OMS. Le médecin précité a indiqué que sa patiente présentait un diabète décompensé depuis environ six mois ou plus avec de « multiples consultations aux urgences [...] sur hyperglycémies sur mauvaise compliance médicamenteuse ». Celle-ci rapportait des vertiges, un manque d'énergie, une polydipsie et une urge-incontinence. Les difficultés de contrôle du diabète étaient dues à différents facteurs, dont les erreurs alimentaires, le manque de notion de gestion du diabète, la barrière de la langue et le manque de soutien vu sa fragilité. Le Dr B._____ a réadapté le traitement de l'assurée et prévu de la revoir dans deux mois.

Par avis du 23 septembre 2024, la médecin du SMR a indiqué ce qui suit :

« **Conclusion SMR** : Je rappelle que cette instabilité voire ce déséquilibre important du diabète de type 2 insulino-requérant (avec présence d'hyperglycémies) sur mauvaise gestion du tt [traitement] par insuline par l'assurée est connue de longue date et a été déjà pris en considération par les experts et largement discuté lors de l'expertise pluridisciplinaire du 12.03.2024 en médecine interne, endocrinologie/diabétologie, gastroentérologie, neurologie, psychiatrie et rhumatologie, W. _____ [...]. Cette expertise a été jugée tout à fait convaincante et concluante par le SMR.

A noter, que cette assurée, dans le cadre de sa mauvaise gestion du tt antidiabétique, n'a jamais présenté, jusqu'à ce jour, des décompensations diabétiques dangereuses ou menaçantes sur le plan vital. Donc, il n'y avait jamais des hypoglycémies exogènes dangereuses avec perte de connaissance voire choc hypoglycémique (suite p. ex. à l'application d'insuline en trop, de manière erronée). Je ne note actuellement aucun coma diabétique récent sur décompensation hyperglycémique significative non plus (laquelle pourrait s'installer p. ex. suite à une compliance inexistante concernant le tt par insuline, laquelle n'est pas appliquée du tout).

Je note qu'à l'heure actuelle (03.2024), le HbA1c (un marqueur biologique indiquant l'équilibre diabétique à long terme) est resté de la même façon mauvais (10.1%) que lors de l'expertise (9.7%), qu'il n'y a toujours pas d'hypoglycémie exogène et que le glucose sanguin (probablement mesuré à jeun) démontrait en 03.2024 seulement une très discrète hyperglycémie (5.7 mmol/l, norme : 3.9-5.6), cliniquement toujours non-significative, donc loin d'une décompensation hyperglycémique. A noter qu'en 03.2024, l'assurée a été cliniquement stable ; le status clinique restait donc sans particularité.

Donc, la pièce médicale versée depuis notre rapport SMR du 19.03.2024 [...] respectivement depuis le projet de décision AI du 19.06.2024 ne fournit aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif et aucunes nouvelles LF objectives d'ordre diabétologique-endocrinologique ou autrement médical, qui n'auraient déjà été décrits dans l'expertise et largement discutés lors de l'expertise pluridisciplinaire du 12.03.2024 en médecine interne, endocrinologie/diabétologie, gastroentérologie, neurologie, psychiatrie et rhumatologie, W. _____ [...].

Donc, nous n'avons à l'heure actuelle aucun nouvel élément médical objectif qui justifierait objectivement une aggravation significative, notable et durable de l'état de santé de l'assurée depuis notre rapport SMR du 19.03.2024 (GED) respectivement depuis le projet de décision AI du 19.06.2024 ou qui mettrait en doute les

conclusions convaincantes de l'expertise pluridisciplinaire du 12.03.2024 [...].

Donc, la CTAA (100%, avec une diminution de rendement de 30% pour raisons diabétologiques, donc, CTAA totale de 70%), reste inchangée, en respectant les LF connues d'ordre internistique et rhumatologique. »

Par décision du 27 septembre 2024, l'OAI a entièrement confirmé son projet de décision du 19 juin 2024. Par courrier du même jour faisant partie intégrante de cette décision, il a expliqué à l'assurée que les pièces médicales reçues ne fournissaient aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif ni aucune nouvelle limitation fonctionnelle objective qui n'aurait déjà été décrit dans l'expertise du 12 mars 2024. L'OAI a également indiqué que des abattements supplémentaires n'étaient pas justifiés dans la situation de l'assurée, les limitations fonctionnelles ayant été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail. S'agissant de l'âge, des années de service, de la nationalité et du permis de séjour, il a relevé que s'il fallait en tenir compte dans le cadre de son revenu d'invalidité, il faudrait également les prendre en considération dans le revenu sans invalidité, avec comme effet un préjudice nul.

B. Par acte du 1^{er} novembre 2024, U._____, toujours représentée par Procap Suisse, a interjeté un recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que des prestations AI lui soient octroyées, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante a requis à titre préliminaire le bénéfice de l'assistance judiciaire limité aux frais de justice. En substance, elle soutient que l'expert rhumatologue n'a pas procédé à un examen complet et cohérent des indicateurs jurisprudentiels en lien avec le diagnostic de fibromyalgie. Ce diagnostic et celui de dépression légère seraient en réalité invalidants au regard des indicateurs jurisprudentiels et justifieraient une capacité de travail inférieure à 70 %. De plus, la recourante allègue que les diagnostics de fibromyalgie et d'épisode

dépressif devraient quoi qu'il en soit pouvoir justifier un abattement, tout comme les limitations fonctionnelles admises par l'intimé, qui restreignent les possibilités d'emploi dans une activité légère, simple et répétitive. L'intimé aurait à son avis également dû admettre un abattement en raison des absences imprévisibles et difficilement quantifiables de son poste de travail liées à l'importante instabilité de ses glycémies. En définitive, elle estime qu'un abattement de 15 % est justifié, celui-ci pouvant être cumulé avec la déduction forfaitaire de 10 % prévue par le nouvel art. 26bis RAI.

Pour étayer ses dires, la recourante a produit un rapport établi le 27 juin 2024, par lequel le Dr J._____, spécialiste en neurologie, a expliqué avoir reçu sa patiente dans un contexte typique de « paralysie faciale périphérique à frigore à droite, touchant plutôt la partie supérieure du visage, mais déjà en nette amélioration, depuis le début-fin mai 2024 ». Le médecin a indiqué que l'intéressée avait ressenti une douleur initiale à l'intérieur de l'oreille, une impression de modification de l'audition, sans changement de goût, anamnestiquement. Il a noté que sa patiente développait une bonne récupération avec une réinnervation qui se manifestait par quelques biochimies sous palpébral inférieures à droite, le tableau ne nécessitant pas d'autre traitement que des exercices répétés pour lesquels il avait prescrit trois séances de physiothérapie, étant précisé que cette dernière avait loué un neurostimulateur. Le Dr J._____ a encore relevé une discrète polyneuropathie touchant les modalités profondes et superficielles, sans grande ataxie au status.

Par décision du 4 novembre 2024, la juge instructrice alors en charge du dossier a octroyé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 1^{er} novembre 2024 et l'a exonérée des frais judiciaires et de leur avance, ainsi que de toute franchise mensuelle.

Par réponse du 21 novembre 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il a en particulier relevé que le statut retenu dans la décision querellée (personne entièrement active si en bonne santé) et partant, la méthode d'évaluation de l'invalidité appliquée (méthode générale de comparaison des revenus)

n'allaient pas de soi sachant que l'intéressée, sans formation, analphabète et ne parlant pas français, n'avait jamais exercé d'activité lucrative, y compris avant son entrée en Suisse. La question pouvait cependant rester ouverte, l'atteinte à la santé telle que retenue par les experts précités ne devant pas être à l'origine d'empêchements significatifs dans l'accomplissement des tâches ménagères compte tenu de l'obligation faite à l'assurée de diminuer le dommage.

Avec son écriture, l'intimé a produit un avis du 19 novembre 2024, dans lequel la médecin du SMR a expliqué que la nouvelle atteinte mentionnée par le neurologue en juin 2024, à savoir une paralysie faciale périphérique à frigore, idiopathique, sans cause identifiée, était une atteinte temporaire du nerf facial, souvent sur probable réactivation virale, dont la récupération était accomplie après quelques semaines, sans séquelles. La médecin du SMR a relevé que, dans le cas de la recourante, même sans traitement initial de Cortisone, l'évolution en juin 2024 était excellente avec récupération et réinnervation ; il ne s'agissait donc pas d'une atteinte durablement incapacitante. Quant à la discrète polyneuropathie diabétique, sans grande ataxie au status, elle avait déjà été retenue par l'expert neurologue lors de l'expertise du 12 mars 2024 et jugée non-incapacitante. Le rapport du Dr J. _____ ne fournissait ainsi aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif ni aucune nouvelle limitation fonctionnelle objective qui n'auraient déjà été décrits dans l'expertise et qui permettraient de jeter un doute sérieux sur la décision attaquée.

Par réplique du 6 janvier 2025, la recourante, par son mandataire, a relevé que son statut de 100 % active était conforme à la loi et à la jurisprudence. Il était en effet évident que toute personne en bonne santé, relativement jeune, sans revenu et ayant deux enfants mineurs à charge, aurait consacré son temps à une activité lucrative dès que le dernier enfant aurait été pris en charge à l'école ; dans le cas d'une personne sans formation, un statut de 100 % active correspondait aux besoins de sa famille.

Par duplique du 27 janvier 2025, l'intimé a maintenu sa position.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité ensuite de sa demande de prestations du 12 décembre 2022.

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (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) L'art. 25 RAI concrétise les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA. D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Selon l'art. 25 al. 2 RAI, les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées

sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. D'après l'art. 25 al. 4 RAI, les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux.

Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1).

aa) Le revenu sans invalidité (art. 16 LPGGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité (art. 26 al. 1, première phrase, RAI). Le revenu sans invalidité doit être adapté 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 8C_659/2022 & 8C_707/2022 du 2 mai 2023 consid. 4.2.1 et les références).

Si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (art. 26 al. 4 RAI).

bb) Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26bis al. 1 et 2 RAI).

d) Selon l'art. 26^{bis} 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. 1^{bis} 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).

D'après la jurisprudence antérieure à la modification de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 4.5 ; TF 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 consid. 7.7 ; TF 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3). Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial (TF 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 6.2.1 ; TF 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3).

Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

e) Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI 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. 1^{bis} 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). 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).

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).

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).

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).

aa) 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).

bb) 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).

5. a) Il sied de relever en premier lieu que l'intimé a reconnu à la recourante le statut d'active à 100 % dans sa décision du 27 septembre 2024, ce que celle-ci ne conteste pas dans son acte de recours. Il n'y a donc pas lieu de revenir sur ce point, malgré les remarques émises à ce sujet par l'OAI dans le cadre de sa réponse.

b) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire rendue le 12 mars 2024 par W. _____ SA, a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 % depuis 2016.

De son côté, la recourante remet en cause le bien-fondé de cette appréciation, en particulier la valeur probante de l'expertise sur le plan rhumatologique et psychiatrique. Elle allègue que les répercussions sur la capacité de travail des diagnostics de fibromyalgie et de dépression légère n'ont pas été convenablement évaluées par les experts, ceux-ci devant être considérés comme invalidants.

c) A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'un examen circonstancié par les experts spécialistes ; l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier, les experts ayant synthétisé les documents médicaux depuis 2018, et se fonde sur des examens cliniques menés par

chaque expert dans son domaine (consultations et examens de laboratoire notamment). Elle prend par ailleurs en compte les plaintes de l'expertisée. Les différents avis médicaux ont été discutés par les experts, ces derniers ayant en outre examiné les ressources, la gravité des troubles retenus ainsi que la cohérence. Tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions médicales sont le fruit d'une analyse pluridisciplinaire consensuelle et sont bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

d) La recourante n'a pas remis en cause l'appréciation des experts en médecine interne et en neurologie qui concluent à une capacité de travail de 100 % depuis toujours, ni celle de l'expert endocrinologue qui conclut à une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 30 % liée à l'instabilité importante des glycémies pouvant contribuer à une fatigue, des troubles visuels, des céphalées et des troubles de la concentration, et ce depuis la découverte du diabète en 2016. Celles-ci sont motivées et convaincantes. Elles ne sont du reste pas mises en doute par les éléments médicaux au dossier.

On relèvera à cet égard que le rapport du Dr B._____ du 30 avril 2024 expose en substance que la recourante souffre d'un diabète décompensé depuis plusieurs mois et qu'elle présente des hyperglycémies sur mauvaise compliance médicamenteuse avec des vertiges, un manque d'énergie, des polydipsies et une urge-incontinence. Or cette atteinte et toutes ces conséquences ont dûment été prises en compte par les experts de W._____ SA, qui ont estimé que celles-ci entraînaient une baisse de rendement durable au vu de la mauvaise compréhension de sa maladie par l'assurée.

De même, le rapport établi le 27 juin 2024 par le Dr J._____ produit par l'assurée à l'appui de son recours ne permet pas d'invalider les conclusions de l'expertise. Le neurologue atteste une paralysie faciale périphérique à frigore touchant plutôt la partie supérieure du visage depuis le début du mois de mai 2024. Comme le relève le SMR dans son

avis du 19 novembre 2024, cette atteinte n'est que temporaire. Le Dr J. _____ a en outre fait état d'une nette amélioration, ainsi que d'une bonne récupération avec une réinnervation, le tableau ne nécessitant pas d'autre traitement que des exercices répétés pour lesquels il avait prescrit des séances de physiothérapie. Il ne s'agit donc pas d'une atteinte invalidante. Par ailleurs, la discrète polyneuropathie diabétique rapportée par le neurologue traitant a dûment été prise en compte par l'expert neurologue de W. _____ SA, qui a estimé que cette atteinte n'était pas incapacitante.

Les appréciations des experts en médecine interne, en neurologie et en endocrinologie peuvent donc être suivies.

e) En ce qui concerne le volet rhumatologique de l'expertise de W. _____ SA, la recourante fait valoir que le caractère invalidant de la fibromyalgie dont elle souffre n'a pas été analysé conformément aux indicateurs jurisprudentiels. Elle soutient que cette atteinte serait invalidante et qu'associée à sa dépression légère, elle entraînerait une incapacité de travail supérieure à 30 %. Selon elle, l'évaluation des indicateurs jurisprudentiels telle qu'effectuée par le Dr T. _____ devait conduire à reconnaître une certaine gravité de ses troubles.

S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifiait sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles. Ainsi, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement

partiellement être exigible de sa part. La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques (cf. TF 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et les références citées).

En l'occurrence, le Dr X._____ a notamment posé le diagnostic de fibromyalgie avec la présence de 19 points WPI sur 19. Il a fait état de douleurs extrêmement diffuses, plutôt vagues, non systématisées, associées à une asthénie et des troubles mnésiques. L'expert a relevé que les mobilités articulaires étaient parfaitement normales, sans aucun signe inflammatoire, ni clinique, ni biologique. Il a en outre constaté que la fibromyalgie avait un retentissement faible sur la vie quotidienne de la recourante (6/12) en s'appuyant sur l'échelle de sévérité (Severity Scale, désigné par l'expert sous les dénominations de tests SSA et SSB), outil reconnu d'évaluation de la sévérité de la fibromyalgie (cf. Dre Liliana Belgrand et Prof. Alexander So, Critères de diagnostic de la fibromyalgie, in Revue médicale Suisse 2011, p. 604ss).

Conformément aux exigences jurisprudentielles, l'expert rhumatologue a bénéficié du concours d'un expert psychiatre, qui a estimé que la recourante ne souffrait pas d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (expertise W._____ SA, p. 38) et s'est rallié à l'avis de ce dernier selon lequel la fibromyalgie n'était pas incapacitante, au vu de l'évaluation consensuelle de l'ensemble des experts. Le diagnostic a donc été posé dans les règles de l'art.

aa) Au moment d'évaluer la cohérence et la plausibilité de cette atteinte à la santé, l'expert X._____ a relevé qu'il existait une certaine incohérence entre le déroulement de la vie quotidienne de l'expertisée, les plaintes et les constatations objectives cliniques, car celles-ci ne montraient strictement aucune atteinte rhumatologique. L'expertisée ne bénéficiait d'aucun suivi rhumatologique. En outre, les

limitations ne semblaient pas uniformes dans tous les domaines de la vie, l'assurée étant autonome et capable de sortir, allant consulter son médecin seule et faire les courses et ayant pu prendre l'avion pour aller visiter sa fille en [...] en 2023. Le niveau de sa douleur ne correspondait du reste pas aux diagnostics rhumatologiques constatés ni au traitement antalgique consommé.

Durant l'expertise, l'assurée a notamment déclaré que la position assise, qui provoquait des œdèmes dans les pieds, lui était insupportable, qu'elle restait couchée une grande partie de la journée, qu'elle ressentait des piqûres dans tout le corps avec des sensations de brûlure sous les pieds et que les douleurs cervicales, les céphalées et les douleurs dans les épaules étaient toujours présentes, irradiant dans son dos avec des brûlures dans les deux membres supérieurs (*idem*, p. 42 et 43). L'expert a toutefois relevé que l'assurée était volubile, ne montrait aucun stigmatе douloureux, pouvait bouger, rester assise et se lever sans difficulté ; elle s'était levée après une heure en position assise pour l'examen clinique, sans aucun problème (*idem*, p. 46). Il ressort effectivement des constatations du rhumatologue que l'expertisée s'était levée sans difficulté du siège de la salle d'attente pour aller dans la salle d'examen, sans boiter, puis s'était déshabillée en position debout, en appui monopodal alterné, sans difficulté ; il a noté que la totalité de l'interrogatoire s'était passé sans que l'expertisée montre un quelconque stigmatе douloureux, qu'elle était restée assise, avait été extrêmement volubile et souriante et avait fait des gestes explicatifs, sans difficulté (*idem*, p. 44).

Il est également pertinent de relever que les experts ont unanimement constaté une « impression de démonstrativité », les experts psychiatre et interniste ayant en outre noté une exagération des symptômes, ce qui a été mis en avant dans la partie consensuelle de l'expertise (*idem*, p. 4).

Au vu de ces éléments, la question se pose de savoir si les résultats médicaux pourraient conduire à un motif d'exclusion et, ainsi, à

l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance (cf. consid. 4b aa *supra*). Cette question peut toutefois demeurer ouverte, puisque les indicateurs jurisprudentiels ont, quoi qu'il en soit, été correctement appliqués par les experts de W. _____ SA.

bb) Sous l'angle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, l'expert rhumatologue a retenu une faible gravité du diagnostic de fibromyalgie au vu des résultats au test SSA et SSB, comme indiqué ci-dessus, estimant que la fibromyalgie n'exerçait aucune influence sur la vie quotidienne de l'expertisée (expertise W. _____ SA, p. 47). S'agissant du traitement, il a indiqué une absence de suivi rhumatologique et un traitement antalgique ne correspondant pas aux douleurs alléguées, ce qui corrobore l'absence de gravité de l'atteinte. On constate également qu'un traitement reste envisageable, l'expert ayant proposé un traitement antidouleurs du type antidépresseur tricyclique, ainsi que le stimulateur électrique transcutané (TENS) ou la physiothérapie en piscine. En regard des comorbidités, les experts ont estimé qu'il n'existait pas d'interaction entre les diagnostics (*idem*, p. 4).

Le Dr T. _____ a, quant à lui, procédé à l'analyse de la personnalité de l'assurée. Il a retenu un trait de personnalité dépendante, celle-ci étant très dépendante de ses enfants et se laissant « porter par son entourage ». L'expert a relevé qu'elle n'avait que peu de compétences et persévérance, s'estimant incapable de faire la plupart des actes de la vie quotidienne. Il ne ressort toutefois pas du dossier que la recourante présenterait une structure de la personnalité, respectivement un trouble de la personnalité rigide et chronique pouvant entraîner des limitations significatives. L'expert a en effet indiqué que l'expertisée pouvait s'adapter aux règles et aux routines et était respectueuse, qu'elle était capable de jugement, ainsi que de dire non, qu'elle pouvait travailler avec les autres et ne cherchait pas le conflit (*idem*, p. 39).

S'agissant du contexte social, les experts ont indiqué que les ressources externes étaient bien présentes ; l'entourage familial apportait à l'intéressée une assistance étendue et quotidienne, le service social

l'aidait dans ses démarches administratives et financières ainsi que pour l'accès au logement et aux soins médicaux.

Sur le plan de la cohérence, comme indiqué ci-dessus, le Dr X._____ a relevé une certaine incohérence entre le déroulement de la vie quotidienne de l'expertisée, les plaintes et les constatations objectives cliniques, car celles-ci ne montraient strictement aucune atteinte rhumatologique et que l'intéressée ne bénéficiait d'aucun suivi rhumatologique. L'assurée n'avait en outre montré aucun stigmate douloureux durant tout l'entretien et les limitations ne semblaient pas uniformes dans tous les domaines de la vie.

cc) Sur la base de l'examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels, l'entière capacité de travail dans l'activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement à partir du sol ou de port de charges supérieures à dix kilos ; p. 47 du rapport d'expertise) retenue par le Dr X._____, à laquelle s'est rallié l'expert psychiatre, apparaît donc convaincante. On ajoutera que la recourante n'a produit aucun élément médical susceptible de mettre en doute l'avis de l'expert rhumatologue.

f) Sur le plan psychiatrique, la recourante invoque qu'assimilé à la fibromyalgie, son état dépressif léger serait invalidant.

aa) Comme relevé ci-avant, les experts ont dûment indiqué qu'il n'existait pas d'interaction entre les diagnostics retenus. Il n'y a par ailleurs pas lieu de revenir sur le caractère invalidant de la fibromyalgie, tel qu'examiné ci-dessus.

bb) La recourante ne critique pas les diagnostics d'accentuation de certains traits de personnalité (personnalité dépendante ; Z73.1) et d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) posés par l'expert.

Les diagnostics ont été posés en référence à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), à la lumière des éléments cliniques constatés. Ceux-ci sont, du reste, dûment motivés, l'expert ayant en particulier relevé que l'état dépressif d'intensité légère évoluait depuis la séparation d'avec son mari et se traduisait par une baisse d'intérêt, une perte de l'élan vital, une humeur triste, des troubles de la concentration et du sommeil, sans idées suicidaires ; l'assurée avait certes évoqué des idées suicidaires, avec des menaces de passage à l'acte, mais ces éléments étaient très impulsifs, sans scénarisation de mort et élément psychotique associé. L'expert a surtout retenu qu'il n'y avait aucun signe en faveur d'un ralentissement psychomoteur. S'agissant du trait de personnalité dépendante, il a indiqué que l'expertisée n'avait que peu de capacités (analphabète, sans activité professionnelle) et qu'elle était ainsi très dépendante de ses enfants, ce qui s'était accentué après le départ de son mari. Il a du reste soigneusement étayé pourquoi il avait exclu tout autre diagnostic psychiatrique. Compte tenu de ce qui précède, il sied de retenir que les diagnostics précités ont été posés par le psychiatre dans les règles de l'art, ses conclusions étant bien motivées.

cc) S'agissant des indicateurs jurisprudentiels, la recourante remarque que l'expert T._____ a fait état d'une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, d'une personnalité dépendante et de ressources limitées. Elle estime que ces éléments permettent de retenir une atteinte invalidante.

Ce faisant, la recourante effectue une analyse partielle de la situation et omet de nombreux éléments. Le Dr T._____ a en effet retenu que les constatations cliniques objectives permettaient d'aboutir à des diagnostics sans influence sur la capacité de travail. Il a exposé que les plaintes étaient un peu démonstratives et évasives. Pour sa part, il a uniquement constaté une humeur triste, sans ralentissement psychomoteur, a noté que l'expertisée n'était pas suivie psychologiquement et qu'elle n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Un traitement antidépressif était indiqué pour lui permettre

de lutter contre l'épisode dépressif actuel (expertise W._____ SA, pp. 38ss). Comme relevé ci-dessus, l'examen de la personnalité de la recourante ne permettait pas de retenir une structure de la personnalité rigide et chronique pouvant entraîner des limitations significatives. A cela s'ajoutait que les ressources externes, essentiellement familiales, étaient bonnes. Sur le plan de la cohérence, l'expert psychiatre a constaté quelques incohérences, notamment une volonté d'exagération de la symptomatologie probablement en rapport avec l'accentuation des traits de personnalité dépendante (*idem*, p. 38). Dans ces circonstances, et malgré le fait que l'expert a constaté une uniformité entre les plaintes alléguées et les difficultés rencontrées dans tous les domaines de la vie, l'évaluation du Dr T._____, qui conclut à une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique, sans limitation fonctionnelle, est convaincante et peut être suivie.

g) Compte tenu des éléments qui précèdent, il convient de s'en tenir aux conclusions du rapport d'expertise de W._____ SA, lesquelles sont claires et dûment motivées et ne sont remises en cause par aucun élément médical au dossier. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que la recourante était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30 %.

6. a) S'agissant du calcul de son degré d'invalidité, la recourante fait valoir qu'un abattement de 15 % devrait être appliqué à son revenu d'invalidité afin qu'il soit tenu compte de ses limitations fonctionnelles, qui restreignent les possibilités d'emploi dans une activité légère simple et répétitive, ainsi que des absences imprévisibles et difficilement quantifiables liées à son importante instabilité glycémique. L'assurée allègue que le rapport du 27 juin 2024 du Dr J._____ illustrerait les conséquences d'une poussée de sa maladie principale.

b) La recourante ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, à savoir 54'649 fr. 36. Celui-ci peut être confirmé. Dans la mesure où la recourante n'a jamais exercé d'activité lucrative avant son

atteinte à la santé, il était effectivement justifié de recourir aux données salariales statistiques pour déterminer le revenu de valide.

c) C'est à juste titre que l'OAI a déterminé le revenu d'invalidé en ayant également recours aux données de l'ESS, étant donné que la recourante n'a pas exercé d'activité lucrative après la survenance de son atteinte à la santé.

En l'occurrence, les experts ont tenu compte d'une baisse de rendement de 30 % pour prendre en considération l'importante instabilité des glycémies, qui pouvait contribuer à une fatigue, des troubles visuels, des céphalées et des troubles de la concentration. La jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération 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 décembre 2019 consid. 4.3.1.2 et les arrêts cités ; cf. également ATF 146 V 16 consid. 4.1). S'agissant des autres limitations fonctionnelles – pas de port de charges de plus de cinq kilos, pas de mouvements de nature à augmenter la pression intra-abdominale, accessibilité de toilettes, pas d'effort de soulèvement à partir du sol, pas de position debout immobile pendant plus de trente minutes d'affilée et, si travail en position assise, possibilité de se lever et de faire quelques pas toutes les trente minutes – il sied de constater qu'elles ont été prises en compte par l'intimé lors du choix de postes de travail raisonnablement exigibles (domaine industriel léger), dont l'éventail apparaît suffisamment large, et qu'elles ne justifient donc pas un abattement supplémentaire.

Par ailleurs, aucun élément au dossier ne permet de conclure que le diabète dont souffre l'assurée entraînera de fréquentes ou longues incapacités de travail susceptibles de justifier un désavantage salarial. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, la paralysie faciale périphérique à frigore diagnostiquée par le Dr J._____ dans son rapport du 27 juin 2024 n'est vraisemblablement pas liée au diabète. Selon le SMR

en effet, cette atteinte temporaire du nerf facial est idiopathique, c'est-à-dire qu'elle n'a pas de cause identifiée.

Il n'y a en outre pas lieu de procéder à un abattement en raison de l'âge, des connaissances limitées en français de la recourante, ni de son niveau de formation ou de son absence du marché du travail. Non seulement, si un tel abattement devait être retenu, il conviendrait d'en tenir également compte dans le calcul du revenu de valide (cf. consid. 3d *supra*), mais il n'apparaît de toute manière pas que celles-ci puissent constituer un désavantage dans le cadre d'activités simples et légères comme celles préconisées par l'OAI, qui ne requièrent aucun niveau de connaissance linguistique, aucune formation, ni aucune expérience préalable (TF 8C_112/2020 du 13 mai 2020 consid. 7.3 ; TF 8C_314/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.2 et les références citées).

Partant, le revenu d'invalidé tel que retenu par l'OAI de 38'254 fr. 56 jusqu'au 31 décembre 2023 peut être confirmé, tout comme le revenu d'invalidé de 34'704 fr. 53 retenu à compter du 1^{er} janvier 2024, étant donné la modification de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI et l'abattement automatique de 10 % en présence d'un revenu déterminé sur la base de données statistiques. Les degrés d'invalidité ainsi calculés de 30 % et 37 %, inférieurs à 40 %, ne donnent pas droit à une rente d'invalidité.

d) Il résulte de ce qui précède que l'OAI était légitimé à refuser à la recourante le droit à une rente d'invalidité ensuite de sa demande de prestations du 12 décembre 2022.

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors que celle-ci a été mise au bénéfice de l'assistance

judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais judiciaires dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 septembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.
- V.** 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 :

- Procap Suisse (pour U. _____),
- 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 :