COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 janvier 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseure
Greffière : Mme Jeanneret

*****

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourante, représentée par Me Aliénor Winiger, avocate à Genève,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI ; 25, 26 et 26bis RAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, mère de deux enfants nés en [...] et [...], a travaillé en tant que styliste ongulaire indépendante dès 2009. Elle a par ailleurs exercé des activités accessoires de concierge et d'animatrice de formation en onglerie. En arrêt de travail à 100 % dès le 10 mai 2021, elle a perçu des indemnités de perte de gains en cas de maladie de N._____.

L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 14 septembre 2021, en signalant qu'elle souffrait de douleurs à l'épaule, à la main droite et au niveau cervical.

L'OAI a versé au dossier un extrait du compte individuel AVS de l'assurée le 22 septembre 2021 et a obtenu des copies du dossier de l'assurance perte de gains, lequel contenait en particulier des décomptes des indemnités versées, les certificats médicaux d'arrêt de travail délivrés par le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, et les pièces médicales suivantes :

- Des rapports de radiographie de la colonne cervicale et d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite du 2 juin 2021.

- Un rapport d'infiltration sous-acromiale de l'épaule du 7 juillet 2021.

- Un rapport intermédiaire établi le 21 juillet 2021 par le Dr G._____ posant les diagnostics de bursite acromio-claviculaire et tendinite du supra-épineux, tunnel carpien et état dépressif moyen. L'incapacité de travail était totale depuis le 17 mai 2021.

- Un rapport de consultation établi le 13 juillet 2021 par la Dre B._____, spécialiste en neurologie, posant le diagnostic de tunnel carpien droit sensitivo-moteur. Les symptômes, présents depuis

plusieurs années, s'étaient aggravés depuis quelques mois. Les douleurs avaient diminué depuis l'introduction d'un traitement antalgique pour des omalgies droites.

- Un rapport d'IRM cervicale du 19 septembre 2021.

Le 3 novembre 2021, l'assurée a remis des pièces comptables relatives à son activité d'onglerie portant sur les années 2016 à 2020 (bilans et documents fiscaux), ainsi que les attestations de formation de soins cosmétiques délivrés en [...] par M._____. Elle a joint le questionnaire de détermination du statut en indiquant que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % en tant que styliste ongulaire, par nécessité financière. Elle a par ailleurs indiqué qu'elle ne souhaitait pas bénéficier d'une mesure d'intervention précoce car elle entendait reprendre son activité indépendante dès que son état de santé le permettrait.

Dans un rapport établi le 17 novembre 2021 à l'attention de l'assurance perte de gains, le Dr G._____ a posé les diagnostics avec impact sur l'incapacité de travail de tunnel carpien, conflit acromio-claviculaire, cervico-brachialgies sur troubles dégénératifs et état dépressif moyen. L'incapacité de travail était toujours de 100 % et le pronostic réservé, une évolution vers un syndrome douloureux chronique étant à craindre.

Répondant le 12 février 2022 à un questionnaire médical de l'OAI, le Dr G._____ a posé les diagnostics de tunnel carpien droit, troubles dégénératifs cervicaux, tendinite de la clavicule droite, état dépressif moyen et syndrome douloureux chronique, apparus en mai 2021. Il en résultait une fatigabilité, de vives douleurs et une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit. A la question « Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle (sur un 100 %) ? Depuis quand ? », le médecin a répondu « 100 % depuis le 17.5.21 ». Le médecin ne se prononçait pas quant à une capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Il a par ailleurs indiqué qu'il avait attesté d'une

incapacité de travail de 100 % depuis le 17 mai 2021, toujours actuelle, et signalé qu'une évaluation avait été faite au Service V._____ du Centre hospitalier W._____.

Dans un rapport adressé le 9 juin 2022 à l'assurance perte de gains, les Dre Q._____, spécialiste en rhumatologie, et P._____, médecin assistante au Service V._____ du Centre hospitalier W._____, ont posé les diagnostics avec impact sur l'incapacité de travail de cervicalgies et omalgies droites d'origine tendineuse et musculosquelettique, sans argument pour un rhumatisme inflammatoire. Les limitations fonctionnelles étaient le port de poids lourds et les mouvements répétitifs avec les bras. Les médecins ont joint des certificats établis par leur service attestant d'une incapacité de travail de 100 % pour la période du 1er juin au 31 juillet 2022, ainsi que leur rapport de consultation du 7 juin 2022, dans lequel étaient résumées les consultations des 28 décembre 2021, 28 février et 2 mai 2022, les plaintes de la patiente, les résultats des examens biologiques et radiologiques obtenus, ainsi que les traitements prescrits.

Le 13 juin 2022, un collaborateur de N._____ s'est rendu au domicile de l'assurée pour établir un bilan de sa situation. Il ressort en particulier du rapport établi à cette occasion que l'intéressée devait encore être vue par d'autres spécialistes en raison de la persistance de douleurs à la nuque, à l'épaule droite et au coude droit, ainsi que de la perte de sensibilité aux deux mains. L'absence d'amélioration provoquait une certaine anxiété, mais il n'y avait pas de suivi psychiatrique en cours. S'agissant de son entreprise, l'assurée a expliqué qu'elle était colocataire d'une arcade au centre de [...] avec une [...]. Elle travaillait seule, proposant des prestations de manucure, pédicure, maquillage permanent et épilation. Elle n'avait plus de clientèle mais conservait sa colocation en raison des difficultés à retrouver un local. Elle avait tenté de suivre des cours de formation continue, sans pouvoir les terminer car les travaux pratiques étaient irréalisables.

Le 2 août 2022, l'OAI a obtenu une nouvelle copie du dossier de N._____, comprenant notamment les décomptes d'indemnités versées et les rapports mentionnés ci-avant, et a établi un projet de décision prévoyant de rejeter la demande de prestations, au motif qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, débuté en mai 2021, sa capacité de travail était entière dans toutes activités.

L'assurée a contesté le projet de décision le 29 août 2022, en exposant qu'elle était en arrêt de travail depuis mai 2021. Elle a produit divers certificats médicaux établis successivement les 12 mai 2021 par la Dre U._____, spécialiste en médecine interne générale, 9 juin 2022 par le Service V._____ du Centre hospitalier W._____ et 29 août 2022 par le Dr G._____, attestant d'une incapacité de travail totale du 10 mai 2021 au 30 septembre 2022.

Dans un rapport de consultation du 21 septembre 2022, le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de conflit sous-acromial droit, douleurs diffuses d'origine neuropathique possible, diagnostics différentiels de fibromyalgie et polyarthrite microcristalline, trouble anxio-dépressif et kinésiophobie. Il a exposé en particulier ce qui suit :

> « Discussion et propositions
> Il s'agit d'un tableau algique complexe et invalidant avec présence d'une omalgie droite avec impotence fonctionnelle sur tendinose du supra-épineux, bursite acromio-coracoïdienne, possible conflit sous-acromial, hypersensibilisation à la douleur. Une composante neuropathique semble être présente au vu du questionnaire PainDetect évalué à 30/38 (seuil de détection >19/38).
> Un trouble anxio-dépressif moyen à sévère complète le tableau.
> Les troubles du sommeil, la situation psychosociale précaire actuellement, certain degré de kinésiophobie semble participer à la chronicisation du tableau algique.
> […]
> Une prise en charge psychothérapeutique me semble absolument nécessaire tenant compte d'un trouble anxio-dépressif clinique selon les scores du questionnaire HADs que je vous laisse le soin d'organiser.
> […] »

Dans un questionnaire médical de l'OAI rempli le 30 novembre 2022, le Dr T._____ a posé les diagnostics ayant une incidence sur la

capacité de travail de syndrome douloureux chronique multiétagé, trouble dépressif ainsi que cervicalgies et omalgies droites chroniques. La patiente présentait une incapacité de travail totale depuis le 5 mai 2021 et une reprise du travail n'était pas envisageable. Le médecin ne pouvait en outre pas se prononcer sur une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée, en raison des importantes difficultés rencontrées par l'intéressée même dans les activités quotidiennes et qui l'avaient amenée à faire appel à une aide-ménagère.

Également interrogé par l'OAI, le Dr K._____, spécialiste en neurologie, a répondu le 13 janvier 2023. Se référant à une unique consultation du 8 avril 2022, il a fait état des diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de probable syndrome du défilé thoracique, épicondylite du coude droit et céphalées tensionnelles. Les limitations fonctionnelles étaient le syndrome douloureux chronique et la fatigue. La capacité de travail était de 4 à 6 heures par jour dans l'activité habituelle, respectivement de 6 heures par jour dans une activité tenant compte de l'atteinte à la santé. Le pronostic était mauvais tant pour la capacité de travail que pour le potentiel de réadaptation, en raison des douleurs récidivantes et de difficultés d'adaptation. La patiente était également limitée dans l'accomplissement des tâches ménagères. Le spécialiste a joint le rapport de consultation du 8 avril 2022, concluant comme suit :

> « Conclusion :
> La situation neurologique de Madame X._____ est celle d'un syndrome douloureux chronique d'origine tensionnelle avec au premier plan un syndrome du défilé thoracique bilatéral à prédominance droit, qui doit absolument être pris en charge par un traitement de physiothérapie (relaxation musculaire), ostéopathique ou médecine manuelle (travail des facias, amélioration du bruxisme par une détente les manipulations buccales), et suivi psychologique de la douleur chronique (autohypnose, sophrologie) pour l'aspect de diminution du stress chronique de la patiente. J'ai recommandé la prise de Sirdalud 2mg le soir au coucher si la patiente devait prendre quelque chose pour aider à dormir et diminuer la douleur, je déconseille les benzodiazépines les opiacés chez une patiente chez qui la douleur est en train de se chronifier. Il n'y a pas d'argument pour un syndrome du tunnel carpien à l'heure actuelle, pas de l'enclavement du nerf ulnaire au passage du coude, mais il s'agit bien d'une épicondylite en raison de la compensation musculaire du coude lors du port de l'attelle à droite. Je n'ai pas d'argument pour un syndrome radiculaire, mais l'inflammation tendineuse au niveau de l'épaule droite est toujours présente, et mériterait peut-être une

> infiltration par un abord deltoïdien. Je n'ai pas non plus d'argument pour une pathologie rhumatologique, au vu du soulagement de la patiente lors de la palpation des muscles et des articulations. Je n'ai pas prévu [de revoir] la patiente à ma consultation, mais reste à disposition pour tout complément d'information. »

Répondant le 2 février 2023 à un questionnaire médical de l'OAI, la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'elle avait vu l'assurée à deux reprises, les 23 janvier et 1er février 2023, en vue d'une délégation pour un suivi psychologique. La patiente présentait un probable trouble de l'adaptation d'évolution chronique dans le contexte de douleurs physiques depuis deux ans. Le pronostic était favorable et il n'y avait pas d'incapacité de travail au niveau psychiatrique.

Suivant l'avis émis le 21 février 2023 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire auprès du centre d'expertises J._____ par mandat du 15 mai 2023. Le centre en a confié l'exécution aux Drs F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L._____, spécialiste en rhumatologie. Les experts ont rencontré l'assurée le 14 juin 2023 puis ont déposé leur rapport le 9 août 2023. Ce rapport comprenait une synthèse commune du dossier (ch. 2), l'évaluation consensuelle des experts (ch. 3) et les informations sur l'obtention du consensus et les signatures (ch. 4), les rapports de chaque expert dans sa spécialité (ch. 5 et 6), puis des annexes (ch. 7) comprenant les résultats d'examens effectués au cours de l'expertise et les résumés des pièces fournies aux experts par l'OAI. Les experts ont ainsi retenu les diagnostics somatiques incapacitants suivants : douleurs cervicales sans irradiation dans les membres supérieurs sur discopathie (M54.2), douleurs de l'épaule droite secondaire à une tendinopathie du supra-épineux avec bursite et acromion de type 2 (M75.0), canal carpien droit sensitif et moteur (G56.0), fibromyalgie (M79.7) ainsi qu'hyperuricémie sans crise de goutte (E79.0). Ces atteintes entraînaient une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle depuis mai 2021, respectivement de 80 % depuis mai 2021 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-

faux du rachis cervical, port de charges proche du corps limité à 5 kg, pas d'effort du membre supérieur droit au-delà de la ligne des épaules, en abduction et en antépulsion. Sur le plan psychique, la recourante présentait, depuis juillet 2021 au moins, les diagnostics incapacitants d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), induisant une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle depuis mai 2021, respectivement de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : grande vulnérabilité au stress, intolérance à la pression, perturbation des capacités cognitives (concentration, mémorisation, capacités intellectuelles), tristesse, manque de confiance en soi et tendance à s'autodévaloriser. Sur le plan consensuel, les experts ont déterminé que la capacité de travail était de 0 % depuis mai 2021 dans l'activité habituelle, respectivement de 75 % depuis la même date dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Le SMR a pris connaissance de ce rapport d'expertise et a conclu comme suit dans son avis du 17 août 2023 :

> « Conclusion
> Nous n'avons pas de raison de nous écarter des conclusions de cette expertise qui fait l'analyse des ressources mobilisables. Concernant l'exigibilité thérapeutique, notre assurée a déjà un traitement psychotrope avec plusieurs changements et un suivi psychiatrique à la quinzaine. La [capacité de travail dans l'activité habituelle] est nulle d'un point de vue rhumatologique avec une [capacité de travail dans l'activité habituelle] de 80 %, de ce fait d'un point de vue consensuel la [capacité de travail dans l'activité habituelle] ne pourra pas passer de 75 % à 100 % même si on suivait l'exigibilité. »

L'OAI a ensuite examiné l'opportunité de procéder à une évaluation économique pour indépendants. Dans une note interne du 21 août 2023, il a été déterminé que les revenus obtenus par l'assurée avec son activité indépendante et ses activités accessoires ont connu d'importantes variations. Dans la mesure où les activités accessoires n'avaient pas été évaluées du point de vue de la capacité de travail, il paraissait plus favorable de se référer aux statistiques, en l'occurrence le ch. 96 relatif aux « autres services personnels », niveau de qualification 1. Par ailleurs, compte tenu d'une capacité de travail exigible de 75 % dans

une activité adaptée, de la capacité de travail reconnue comme nulle dans l'activité habituelle et de l'âge de l'assurée, un changement d'activité était exigible.

Sur cette base, l'OAI a établi le 23 août 2023 un calcul du degré d'invalidité pour l'année 2022, en se référant à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2020, indexée à 2022. Le revenu sans invalidité (TA1, branche économique 94-96, niveau de compétence 1, pour une femme) s'élevait à 49'702 fr. 31 au taux d'activité de 100 %. Le revenu avec invalidité (TA1, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, pour une femme) était de 40'661 fr. 73 au taux d'activité de 75 % sans abattement supplémentaire. Il en résultait un préjudice économique de 9'040 fr. 58, soit un degré d'invalidité de 18,19 %. Des exemples d'activités adaptées étaient décrits comme suit : « Notre assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement ».

Dans son rapport final du 23 août 2023, le service de réadaptation de l'OAI a conclu que le préjudice économique n'était pas suffisamment important pour l'ouverture du droit aux mesures professionnelles et qu'au demeurant, aucune mesure n'aurait permis de réduire le préjudice économique en raison des limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique.

Un nouvel extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier le 25 août 2023.

Le 30 août 2023, l'OAI a établi un projet de décision, annulant et remplaçant celui du 2 août 2022, prévoyant de rejeter la demande de prestations. Il a retenu que le 10 mai 2022, échéance du délai d'attente d'une année, le degré d'invalidité était de 18,19 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles.

L’assurée a écrit pour s’opposer à ce projet le 21 septembre 2023 puis a présenté ses griefs par courriers de son conseil des 27 septembre et 30 octobre 2023. Concluant à l’octroi d’une rente d’invalidité fondée sur une incapacité de travail de 100 %, elle a contesté la valeur probante de l’expertise bi-disciplinaire sur laquelle l’OAI s’est fondé. Dans le volet psychiatrique, l’expert psychiatre n’avait pas retranscrit leur entretien de manière conforme, citant plusieurs lacunes en se référant à l’enregistrement sonore, ainsi que des erreurs dans l’anamnèse. L’anamnèse du volet rhumatologique contenait également des erreurs et l’expert avait omis de tenir compte de l’impact des cervicalgies, de la fibromyalgie et des douleurs de l’épaule droite. Elle s’est référée à cet égard aux réponses données le 24 octobre 2023 par le Dr T._____ aux questions de sa mandataire, jointes à son écriture. Dans ce rapport, le spécialiste traitant posait les diagnostics d’ordre somatique ayant un impact sur la capacité de travail suivants : fibromyalgie, omalgies droites invalidantes (avec infiltration réalisée le 7 juillet 2021 dans un contexte de conflit sous-acromial, tendinose du sus-épineux, ténosynovite long biceps) avec possible évolution sur un syndrome douloureux complexe de type 1, cervicalgies chroniques et lombalgies chroniques. L’évolution était stationnaire depuis septembre 2022, voire aggravée dernièrement. Les limitations fonctionnelles étaient des capacités très réduites pour le port de charges (maximum 2-3 kg), la station assise ou debout plus de 15 à 30 minutes, les mouvements répétitifs du bras droit et du rachis et, pour le travail en porte-à-faux, le rendement du mouvement du bras droit et des activités nécessitant l’utilisation de la colonne cervicale et lombaire semblait diminué de minimum 75 %. Le Dr T._____ s’est par ailleurs positionné sur le volet rhumatologique de l’expertise, critiquant en particulier la non-prise en compte de l’impact fonctionnel des douleurs et l’absence d’évaluation au moyen des instruments validés internationalement (questionnaire Neck Disability Index, auto-questionnaire Oswestry, questionnaire DASH), dont il s’était servi et qui montraient un impact fonctionnel sévère tant pour les activités de la vie quotidienne (78 %) que pour les activités professionnelles (100 %).

L'OAI a soumis le rapport du Dr T._____ précité au SMR. Celui-ci a conclu, le 30 novembre 2023, que ce rapport n'apportait aucun fait médical nouveau. Les éléments soulevés figuraient déjà dans les précédents rapports et avaient été prise en compte par les experts.

Par décision du 30 novembre 2023, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de la décision, se référant à l'avis SMR du 30 novembre 2023, l'OAI a indiqué que la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Représentée par Me Aliénor Winiger, X._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 22 janvier 2024, concluant principalement à la réforme de la décision en ce sens qu'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100 % lui est octroyée dès le 10 mai 2022. Elle a requis l'audition en tant que témoins des Drs T._____, G._____, H._____, K._____,et Z._____, cas échéant en organisant une confrontation avec les Drs L._____ et F._____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire avec des volets de psychiatrie, rhumatologie et neurologie. Reprenant l'argumentation développée dans sa contestation du projet de décision, elle déniait toute valeur probante à l'expertise bi-disciplinaire en se référant aux rapports de ses médecins traitants, en particulier celui du Dr T._____ du 24 octobre 2023. Elle faisait également état d'une violation du droit d'être entendu, faute pour l'intimé d'avoir exposé dans sa décision les motifs pour lesquels il avait écarté les griefs opposés au projet de décision.

Dans sa réponse du 26 février 2024, l'intimé a préconisé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse. L'expertise bi-disciplinaire était exempte de reproches et il n'y avait aucune incohérence dans le fait de ne pas avoir repris telles quelles les données subjectives ressortant de l'anamnèse pour déterminer les limitations fonctionnelles

objectives et la capacité de travail exigible après avoir procédé à l'analyse des documents à disposition et à un examen clinique approfondi. Il s'est pour le surplus référé aux avis de SMR des 17 août et 30 novembre 2023.

La recourante a répliqué le 6 mai 2024, en rappelant qu'elle ne faisait pas grief aux experts d'avoir écarté des plaintes, mais plutôt de ne pas les avoir examinées dès lors qu'elles ne figuraient pas dans le rapport. Maintenant ses réquisitions, elle a produit un rapport établi le 28 décembre 2023 par la Dre Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui avait pris la suite de la Dre H._____ depuis novembre 2023. La Dre Z._____ posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen avec un syndrome somatique (douleurs invalidantes généralisées) et relevait que la patiente était très investie dans sa prise en charge thérapeutique.

Par duplique du 6 juin 2024, l'intimé a maintenu ses conclusions. La retranscription d'éléments anamnestiques dans un rapport comportait forcément une part de subjectivité, ce qui n'entachait en rien la qualité de l'appréciation de la situation par l'expert ni la valeur probante de l'expertise. Le rapport de la Dre Z._____ avait été soumis une nouvelle fois au SMR. Celui-ci avait conclu à une évaluation médicale différente d'une même situation dans son avis du 23 mai 2024, joint à l'écriture de l'intimé.

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 compte tenu des féries de fin d’année (art. 38 al. 4 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. **a)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l’assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

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 1er 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 postérieure au 1er janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1er janvier 2022.

En l’espèce, la recourante a déposé sa demande de prestations le 14 septembre 2021, en lien avec des problèmes de santé ayant motivé un arrêt de travail dès le 10 mai 2021. Conformément aux délais fixés aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, non modifiés par la réforme, l’éventuel droit à la rente peut débuter au plus tôt le 10 mai 2022, date admise par l’intéressée. Par conséquent, le droit en vigueur depuis le 1er janvier 2022 est applicable.

3. Dans un grief de nature formelle qu’il convient d’examiner en premier lieu, la recourante s’est plainte d’une violation de son droit d’être

entendu, au motif que l’intimé n’aurait pas suffisamment motivé le rejet des arguments qu’elle a opposés au projet de décision du 30 août 2023.

a) Un tel grief doit être examiné en priorité, s’agissant d’une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l’annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1).

Aux termes de l’art. 49 al. 3 LPGA, l’assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d’être entendu, garanti par l’art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s’il y a lieu et que l’instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d’exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l’autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l’ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de telle manière que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l’attaquer en connaissance de cause. Elle n’a toutefois pas l’obligation d’exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l’examen des questions décisives pour l’issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités).

b) En l’occurrence, le moyen soulevé par la recourante se confond avec celui d’appréciation arbitraire des preuves et doit être examiné avec le fond du litige. Au demeurant, la recourante a pu faire valoir ses moyens dans le cadre d’un double échange d’écritures devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui dispose d’un plein pouvoir d’examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Ainsi, une hypothétique violation de son droit d’être entendu devrait en tous les cas être considérée comme réparée.

4. **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) 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).

c) 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).

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 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

c) La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le

juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

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

6. **a)** En l'espèce, l'intimé a retenu que les atteintes à la santé dont souffre la recourante entraînaient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais qu'il existait une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis mai 2021. L'intimé s'est fondé en particulier sur l'avis SMR du 17 août 2023, lequel se ralliait aux conclusions de l'expertise bi-disciplinaire de J._____.

Pour poser leurs conclusions, les Drs F._____ et L._____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. ch. 7.2, p. 43 du rapport d'expertise), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné la recourante depuis le début de son incapacité de travail,

en mai 2021. Les experts ont chacun examiné l'intéressée et établi un rapport portant sur leur spécialité respective (rhumatologie ch. 5 et psychiatrie ch. 6 du rapport d'expertise). Ces deux rapports comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec la recourante au cours d'un entretien libre puis d'un entretien dirigé ciblé sur les anamnèses familiale, médicale, scolaire, professionnelle, sociale et thérapeutique, incluant une description du déroulement d'une journée type, de l'organisation des loisirs et des aides nécessaires pour le ménage et la vie quotidienne (ch. 5.1, respectivement 6.1). D'autre part, les experts ont décrit leurs constatations (ch. 5.2, respectivement 6.2), leurs diagnostics (ch. 5.5, respectivement 6.4), leur évaluation médicale et médico-assurantielle (ch. 5.6, respectivement 6.5 [limitations fonctionnelles, capacité de travail, réadaptation], 6.6 [recommandations thérapeutiques et pronostic] et 6.7 [évaluation médicale et médico-assurantielle du point de vue psychiatrique]) et enfin les réponses aux questions soumises par l'intimé (ch. 5.7, respectivement 6.8). L'évaluation consensuelle (ch. 3 du rapport d'expertise) propose une synthèse de la situation médicale de la recourante établie après une discussion consensuelle des deux experts (cf. ch. 4 du rapport d'expertise).

Cette expertise paraît ainsi remplir l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

b) Dans un premier moyen, la recourante a reproché aux experts de ne pas disposer d'un titre FMH dans leur spécialité.

Ce grief tombe à faux, dès lors que la valeur probante d'une expertise médicale n'est pas liée à la détention du titre de spécialiste FMH de son auteur (cf. supra consid. 5c). En l'occurrence, il ressort du Registre fédéral des professions médicales que le Dr L._____ dispose d'un diplôme de médecin et d'un titre de spécialiste en rhumatologie délivrés en […] en […] et reconnus en Suisse en 2016. Ce médecin est par ailleurs autorisé à exercer dans les cantons de Vaud et de […]. Pour sa part, le Dr F._____ est titulaire d'un diplôme de médecin et d'un titre de

spécialiste en psychiatrie et psychothérapies délivrés en [...] en [...] et reconnus en Suisse la même année. Il est autorisé à exercer dans les cantons de Vaud et de [...]. Ces deux médecins disposent ainsi de spécialisations reconnues en Suisse, où ils sont autorisés à pratiquer, de sorte que l'absence de titre FMH n'est pas de nature à remettre en question la valeur probante de leurs conclusions.

c) En second lieu, la recourante a critiqué l'absence d'expertise neurologique.

La recourante n'a cependant pas précisé pour quels motifs il aurait été nécessaire d'inclure une telle expertise, évoquant uniquement le fait que le Dr K._____ avait posé des diagnostics d'ordre neurologique. A ce propos, il convient de relever que l'intéressée a consulté une première neurologue en juillet 2021, laquelle a procédé à un examen neurologique, ainsi qu'à un ENMG (électro-neuro-myographie). La Dre B._____ a posé le diagnostic de tunnel carpien droit sensitivo-moteur, mais n'a pas proposé de traitement chirurgical dès lors que la symptomatologie s'était partiellement améliorée, proposant seulement l'utilisation d'une attelle durant la nuit. La recourante a ensuite vu un second neurologue en avril 2022. Le Dr K._____ a conclu à un syndrome douloureux chronique d'origine tensionnelle avec au premier plan un syndrome du défilé thoracique bilatéral à prédominance droite, pour lequel il a prescrit de la physiothérapie, ainsi qu'une épicondylite du coude droit chronique. Pour le surplus, l'examen était dans la norme et il n'y avait en particulier pas d'argument pour un syndrome du tunnel carpien tandis que le port de l'attelle avait entraîné une épicondylite en raison de la compensation musculaire du coude.

Le SMR a eu connaissance de ces rapports avant de rendre son avis du 21 février 2023, au terme duquel il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire avec volets de rhumatologie et de psychiatrie. Cette recommandation se fondait sur le constat que la recourante présentait un syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit avec une possible fibromyalgie, sans élément pour un

rhumatisme inflammatoire, associé à une symptomatologie anxiodépressive sans suivi psychiatrique ni traitement antidépresseur. A cela s'ajoute que les experts ont disposé des conclusions des Drs B._____ et K._____, qui sont résumées dans l'annexe du rapport (pp. 43, 44 et 46). Le Dr L._____ a procédé à un examen neurologique, dont il a décrit les résultats dans son rapport d'expertise (p. 16 du rapport). Dans son évaluation médicale et médico-assurantielle, il a mentionné les conclusions des neurologues consultés en 2021 et 2022, en expliquant qu'il retenait le diagnostic de canal carpien droit mais qu'il n'avait pas retrouvé d'épicondylite, ni de signe du canal carpien « conformément d'ailleurs à la dernière consultation en neurologie » (p. 19 du rapport). Par ailleurs, les experts pouvaient, s'ils l'estimaient nécessaire, s'adjoindre les compétences d'un autre spécialiste (cf. ch. 1.3 de la structure de l'expertise jointe au mandat adressé le 15 mai 2023 à J._____). Ils ne l'ont pas fait et il faut constater que le Dr T._____, spécialement interrogé à ce sujet par le mandataire de la recourante, a indiqué dans son écrit du 24 octobre 2023 qu'il n'y avait pas d'élément permettant de faire penser à une atteinte neurologique. Il faut ainsi rejeter le grief de la recourante tiré de l'absence d'expertise neurologique, une telle mesure d'instruction n'étant pas pertinente pour statuer sur la demande de prestations de la recourante.

7. Concernant plus particulièrement le volet psychiatrique de l'expertise, la recourante a mis en exergue des différences entre les propos qu'elle a tenus devant l'expert et leur retranscription dans l'anamnèse. Elle a en outre fait valoir que les facteurs psychosociaux n'ont été traités que superficiellement par l'expert. Enfin, elle s'est prévalue des appréciations de ses psychiatres traitantes, à savoir les rapports établis en février 2023 par la Dre H._____ et en décembre 2023 par la Dre Z._____.

a) L'éventuelle absence de certaines déclarations dans le rapport écrit ne suffit pas pour nier toute valeur probante à l'expertise. Il faut bien plutôt que les éléments omis aient une incidence déterminante sur les conclusions des experts. La recourante a donné, au ch. 26, pp. 5 et

6 de son recours, une liste exemplative d'éléments non pris en compte et qui tendraient à démontrer que l'analyse du Dr F._____ est fondée sur une anamnèse lacunaire, notamment parce qu'elle ne tient pas compte de l'ensemble de ses plaintes.

aa) Besoin de l'aide de tiers pour acheter des bouteilles d'eau

S'il n'a pas cité expressément la problématique de l'achat de bouteilles d'eau, l'expert a néanmoins relevé que la recourante pouvait faire seule de petites courses, mais qu'elle les faisait parfois accompagnée de sa sœur ou qu'elle demandait à ses enfants de porter les sacs (ch. 26 du rapport d'expertise). Ces remarques englobent certainement le fait qu'elle ne peut pas porter des bouteilles d'eau. La recourante a mis cet élément en relation avec la remarque de l'expert selon laquelle elle semblait garder une certaine autonomie. On ne voit cependant pas en quoi le besoin d'aide pour acheter de l'eau serait contradictoire avec la préservation d'une certaine autonomie au quotidien. En effet, l'expert a relevé par ailleurs, notamment, que la recourante pouvait se préparer à manger des mets simples, qu'elle s'occupait de sa lessive et qu'elle gérait l'administratif. Ces éléments, non remis en cause par la recourante, sont révélateurs d'une certaine autonomie au quotidien. Quoi qu'il en soit, le fait que la recourante ne puisse pas porter des charges n'est pas déterminant dans le cadre de l'évaluation psychiatrique. Or, l'expert rhumatologue a tenu compte de limitations fonctionnelles en relation avec le port de charges et a noté qu'elle bénéficiait de l'aide de sa famille pour certains achats, notamment pour l'eau minérale (p. 13 du rapport d'expertise).

bb) Besoin de faire venir une coiffeuse à domicile une fois par semaine en raison d'une mobilité restreinte de ses bras

L'expert psychiatre a noté que la recourante avait recours à une coiffeuse une fois par semaine (p. 25 de l'expertise), certes sans préciser la plainte relative à la mobilité des bras. Il a néanmoins noté en début d'anamnèse qu'elle signalait des douleurs à l'épaule droite, un

manque de force, des difficultés pour se faire à manger, pour prendre sa douche et pour monter les escaliers (p. 22 du rapport d'expertise). Des difficultés d'ordre somatique pour effectuer certains gestes, comme le lavage des cheveux, ne signifient pas que la recourante n'est pas en mesure, sur le plan psychique, de prendre soins d'elle. Le recours à une coiffeuse pour laver ses cheveux tend même à confirmer que la recourante n'a pas renoncé à son hygiène corporelle en raison d'une atteinte psychique. Il n'en demeure pas moins que les plaintes de la recourante concernant son membre supérieur droit ont été prises en compte par l'expert rhumatologue, qui a retenu une limitation fonctionnelle en lien avec le membre supérieur droit tout en constatant que la recourante pouvait s'habiller ou se déshabiller seule (cf. p. 17 du rapport d'expertise).

cc) Sentiment de culpabilité

La recourante a confronté l'absence de retranscription dans l'anamnèse d'une déclaration faite au cours de l'examen, selon laquelle elle ressentait de la culpabilité vis-à-vis de son état de santé, et la remarque de l'expert constatant l'absence de culpabilité irrationnelle exprimée (p. 29 du rapport d'expertise). S'il n'a pas écrit la phrase exacte prononcée par la recourante, l'expert a noté en revanche qu'elle évitait les rencontres pour ne pas être questionnée sur sa situation (p. 23 du rapport). Le sentiment de culpabilité est ainsi abordé par ses manifestations, de sorte qu'il n'y a pas de lacune dans l'anamnèse à ce propos. L'expert n'a ainsi pas nié l'existence de tout sentiment de culpabilité chez la recourante, mais uniquement le caractère irrationnel du sentiment de culpabilité exprimé.

dd) Plaintes résumées par l'indication « elle multiplie les plaintes »

Ce grief est particulièrement mal fondé. Cette remarque de l'expert s'insère en effet au terme du résumé des déclarations faites par la recourante sur ses limitations d'ordre somatique. Avant cela, l'expert a

pris note de manière relativement détaillée du récit de la recourante sur l'apparition et l'évolution de ses troubles depuis 2021. Il a ensuite relevé la manière dont l'intéressée a compris les diagnostics posés par ses médecins puis sa description des répercussions de ses troubles sur sa vie professionnelle et sociale (p. 21 et 22 du rapport d'expertise). La recourante ne relève pas de sujet particulier que l'expert aurait passé sous silence et il n'apparaît pas non plus qu'il a minimé les propos tenus par la recourante. Un rapport écrit ne pouvant pas reprendre la totalité des propos tenus durant une entrevue de plus de deux heures pour rester accessible au lecteur, d'éventuelles répétitions peuvent être supprimées ou résumées succinctement sans que cela ne nuise à l'ensemble. Au demeurant, les termes choisis par l'expert sont dépourvus de connotation péjorative.

ee) Fluidité idéique

La recourante fait valoir que l'expert a retenu à tort qu'elle présentait une fluidité idéique normale, au motif qu'elle avait, durant l'entretien, passé d'un sujet à l'autre sans transition à de nombreuses occasions et que l'expert l'avait interrompue pour reprendre le fil de la discussion. Il s'agit cependant, comme pour la notion de culpabilité (cf. supra, consid. 7a/cc), des constatations objectives de l'expert au regard d'éventuels symptômes révélateurs d'une atteinte psychique. La recourante se trouvait en entretien avec un expert psychiatre, situation stressante au cours de laquelle elle devait faire appel à ses souvenirs afin de répondre à des questions portant sur de nombreux sujets. Si l'intéressée a pu avoir l'impression que le fil de sa pensée n'était pas fluide, celui-ci n'était cependant pas, de l'avis de l'expert, caractéristique d'un symptôme. Tel était également l'avis de la Dre H._____, qui a noté dans son rapport du 2 février 2023 que le discours de la recourante était « cohérent, structuré, prolixe, sans élément délirant ».

b) La recourante a également reproché à l'expert d'avoir ignoré dans son analyse des éléments figurant dans l'anamnèse, avec une

liste d’exemples devant amener à nier la valeur probante de ce volet de l’expertise (ch. 29 à 33 du recours).

aa) Sortie quotidienne avec le chien

La recourante a fait grief à l’expert psychiatre d’avoir retenu de manière erronée, dans la discussion du diagnostic, qu’elle pouvait s’occuper de son chien alors qu’elle lui avait signalé qu’elle avait dû le confier à sa sœur.

Il faut relever que les déclarations de la recourante à propos de son chien n’ont pas été constantes durant l’établissement de l’anamnèse psychiatrique. S’agissant de l’évolution de ses troubles, l’expert a noté que l’intéressée avait d’abord pris l’habitude de ne sortir avec son chien que la nuit par peur de rencontrer des gens, puis qu’elle avait fini par le confier à sa sœur parce que la marche était rapidement douloureuse (p. 22 du rapport d’expertise). Toutefois, dans la description de sa journée-type, la recourante a mentionné que, durant la journée, elle laissait son chien aller sur la terrasse puis qu’elle essayait, le soir, de sortir avec lui pendant 10 minutes pour faire le tour de la maison (p. 26 du rapport d’expertise). La recourante a également indiqué à l’expert rhumatologue qu’elle vivait seule avec son chien (p. 13 du rapport d’expertise) et, en parlant de l’évolution de ses troubles, qu’elle laissait le chien dans le jardin le matin et qu’elle le sortait ensuite deux à trois fois par jour, en précisant que son périmètre de marche était de 10 minutes (p. 12 du rapport d’expertise). Dans la description de la journée-type, le rhumatologue a encore noté que la recourante laissait sortir le chien dans le jardin le matin, puis qu’elle sortait avec lui pendant 10 minutes après son dîner en essayant de ne rencontrer personne (p. 14 du rapport d’expertise). Enfin, il faut rappeler que le collaborateur de N._____ qui a rendu visite à la recourante le 13 juin 2022 a également noté dans son rapport que la recourante vivait avec son petit chien et qu’elle pouvait le promener.

Cela étant, la question de savoir si la recourante a effectivement confié son chien à sa sœur ou si elle l'a gardé auprès d'elle n'a pas besoin d'être tranchée. La recourante a en effet clairement indiqué qu'elle éprouvait des difficultés pour emmener son chien en promenade en raison de ses douleurs, non parce que son état psychique ne lui permettait plus d'assumer l'entretien du chien. C'est donc à juste titre que l'expert psychiatre a retenu qu'elle était capable de s'occuper de son chien, car elle pouvait identifier les besoins de son chien et agir en conséquence.

bb) Traitement médicamenteux antalgique

La recourante a relevé que l'expert avait écarté le diagnostic de trouble somatoforme sur le constat erroné qu'elle ne prenait que très ponctuellement les médicaments antalgiques. Dans l'anamnèse, l'expert psychiatre a noté que la recourante déclarait prendre ses traitements « quand ça ne va pas » et recourir à l'homéopathie pour dormir (p. 22 du rapport d'expertise). Il a ensuite établi la liste des médicaments prescrits à la recourante, ainsi que le dosage effectif, notant en particulier (p. 28 du rapport d'expertise) qu'elle prenait quotidiennement de la Fluoxétine (antidépresseur) et qu'elle avait utilisé un anti-inflammatoire non stéroïdien trois jours auparavant (Irfen 600) ainsi qu'un analgésique opioïde deux jours auparavant (Tramadol). A l'expert en rhumatologie, elle a indiqué que son traitement antalgique médicamenteux était constitué principalement de la Fluoxétine et qu'elle recourait au Tramadol ou à l'Irfen en cas d'augmentation des douleurs. Elle a également indiqué qu'elle avait arrêté le Mydocalm et le Sarotène (p. 11 du rapport d'expertise). Cependant, selon le registre des médicaments de l'institut suisse des médicaments (Swissmédic), Fluoxétine fait partie des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et son indication principale est le traitement de la dépression et de la boulimie. Il ne s'agit donc pas d'un traitement à visée antalgique, ce que l'expert psychiatre a du reste rappelé (p. 35 du rapport). Les constatations de l'expert psychiatre quant au suivi du traitement médicamenteux sont confirmées par les analyses de laboratoire (p. 31s. du rapport d'expertise),

qui ont trouvé des dosages sanguins compatibles avec une prise régulière des traitements antidépresseur (Fluoxétine) et hypnotiques (Imovane), respectivement un recours ponctuel aux analgésiques (Tramadol et Ibuprofène). La recourante n'a pas contesté ces divers éléments et n'a pas précisé quel autre médicament à visée analgésique, auquel elle aurait recours quotidiennement, a été omis par l'expert. Il n'y a donc pas d'erreur sur ce point, étant au surplus relevé que le recours seulement ponctuel aux antalgiques n'est pas le seul élément qui a amené l'expert à écarter le diagnostic de trouble somatoforme.

cc) Capacité à cuisiner

La recourante estime que l'expert ne pouvait pas retenir, pour poser ses diagnostics, qu'elle était capable de cuisiner, alors qu'elle lui avait signalé qu'elle éprouvait des difficultés à cuisiner. Ces deux éléments ne sont cependant pas contradictoires. Durant l'examen psychiatrique, la recourante a exposé qu'elle avait arrêté la cuisine, en précisant qu'elle avait auparavant l'habitude de recevoir des invités autour de repas festifs (p. 22 du rapport d'expertise). Elle a cependant indiqué, dans la description de sa journée type, qu'elle mangeait un seul repas par jour, le soir, et qu'elle pouvait se préparer de la salade, de la viande ou du poisson (p. 26 du rapport d'expertise). Elle a par ailleurs indiqué à l'expert rhumatologue qu'elle cuisinait, de la « cuisine facile » (p. 13 du rapport d'expertise), exposant ensuite que son dîner était « modeste », un fruit et un yaourt, parce qu'elle n'avait pas très faim, mais qu'elle prenait un souper « un peu plus riche que le dîner ». Ces éléments montrent quoi qu'il en soit que la recourante peut se préparer des repas simples au quotidien.

dd) Lien familial stable et contexte psychosocial favorable

La recourante s'est étonnée que l'expert retienne l'existence d'un lien familial stable et d'un contexte psychosocial favorable, alors qu'elle a déclaré ne plus voir ses frères et sœurs et refuser les invitations. Sur le sujet de ses relations avec sa famille, la recourante a tenu des

déclarations quelque peu variables. En début d'anamnèse, elle a dit qu'elle n'avait pas de soutien de son entourage, qu'elle ne demandait rien à personne et qu'elle avait toujours été le soutien des autres. Elle a également dit qu'elle restait seule à la maison, qu'elle ne répondait pas aux sollicitations des amis, qu'elle refusait les invitations sous réserve d'une cousine qui la « forçait » à venir manger chez elle et qu'elle évitait de voir du monde, attendant même la nuit pour sortir de peur de rencontrer des voisins ou des anciennes clientes (p. 22 du rapport d'expertise). Cependant, interrogée plus précisément par l'expert dans l'entretien approfondi, la recourante a indiqué qu'elle s'entendait bien avec son père, l'appelant tous les jours au téléphone, qu'elle gérait les difficultés de ses parents, âgés et malades, qu'elle voyait une fois par mois son frère habitant à [...], que sa sœur établie à [...] lui rendait visite une fois par mois et qu'elle voyait sa sœur domiciliée à [...] une fois par semaine au moins car elles étaient très proches ; cette sœur l'avait d'ailleurs accompagnée à l'expertise. La recourante a également indiqué que ses enfants lui rendaient visite une fois par semaine (p. 23 du rapport d'expertise). Dans la description de sa journée type, la recourante a expliqué qu'elle faisait parfois ses courses avec sa sœur, que celle-ci repassait ses draps et que ses enfants l'aidaient aussi pour porter les sacs de courses (p. 26 du rapport d'expertise). Elle a également signalé qu'elle s'était rendue chez ses parents, près de [...], en janvier 2023 (p. 27 du rapport d'expertise). La recourante a indiqué à l'expert en rhumatologie qu'elle s'entendait très bien avec son frère et ses sœurs, les voyant une fois par mois (p. 11 du rapport d'expertise), qu'elle pouvait demander de l'aide à sa fille, à sa sœur ou à un voisin pour certaines tâches ménagères, à son fils pour mettre de l'essence dans sa voiture, à sa famille et parfois même à son ex-mari avec qui l'entente était bonne pour porter les courses lourdes. Elle a aussi évoqué avec cet expert des appels téléphoniques quotidiens avec ses parents, très fréquents avec ses sœurs et ses enfants, plus rarement avec son frère (p. 13 du rapport d'expertise). Il ressortait déjà du rapport établi lors de la visite du 13 juin 2022 d'un collaborateur de N._____ que la recourante vivait avec son petit chien et que son environnement social était constitué de ses deux enfants, qui passaient parfois la nuit chez elle et l'aidaient pour quelques courses et un peu

d’entretien de la maison, ainsi que de deux sœurs et d’un frère. Les constats de l’expert psychiatre sur le contexte familial de la recourante sont ainsi fondés et corroborés par d’autres éléments du dossier.

c) La recourante a en outre fait valoir que les facteurs psychosociaux n’avaient été traités que superficiellement par les experts. Le Dr T._____ a également formulé une remarque sur ce sujet dans son rapport du 24 octobre 2023.

Ces reproches ne sont pas de nature à remettre en question la valeur probante du volet psychiatrique de l’expertise. Il convient en effet de rappeler que si la médecine moderne repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie, où la maladie n'est pas considérée comme un phénomène purement biologique ou physique, mais comme le résultat d'une interaction entre des symptômes somatiques et psychiques d'une part et l'environnement social du patient d'autre part, le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_837/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3 ; 9C_603/2009 du 2 février 2009 consid. 4.1). Le contexte social est ainsi analysé en tant qu’indicateur dans l’examen de la capacité de travail résultant des atteintes psychiques diagnostiquées, la jurisprudence ayant précisé à cet égard, d’une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté et, d’autre part, que des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, tel le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

En l’occurrence, l’expert a résumé les ressources résultant de l’anamnèse de la recourante, ainsi que les difficultés auxquelles elle doit faire face au ch. 6.7 de son rapport (p. 37 du rapport d’expertise). Ces éléments étant décrits de manière plus détaillée dans l’anamnèse, il ne saurait être reproché à l’expert de s’être montré succinct. Par ailleurs, la

recourante n’a pas relevé d’élément qui aurait été omis dans ce résumé, pas plus que le Dr T._____. Ce grief n’est ainsi pas fondé.

d) Il faut par conséquent retenir que l’expertise psychiatrique se fonde sur une anamnèse complète, tenant compte en particulier de l’ensemble des plaintes de la recourante, des pièces médicales au dossier, d’un examen clinique complet comprenant un status psychiatrique structuré ainsi que des analyses de laboratoire. Les plaintes subjectives ont été dûment relevées et ont été analysées par l’expert pour déterminer s’il s’agissait de symptômes d’atteintes psychiatriques.

L’expert psychiatre a retenu les diagnostics d’anxiété généralisée (F41.1) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), présents depuis juillet 2021. Il s’est appuyé sur l’anamnèse, sur ses propres constatations ainsi que sur les rapports établis en temps réels par les médecins traitants. Il a discuté les autres atteintes psychiatriques envisagées ou envisageables, notamment celui de trouble de l’adaptation proposé par la Dre H._____ dans son rapport du 2 février 2023 ou encore celui de trouble somatoforme douloureux, en exposant les motifs qui l’ont amené à les écarter. Il a également relevé que le médecin généraliste traitant avait mentionné un épisode dépressif moyen dès juillet 2021, de même que le Dr T._____ en septembre 2022, et qu’un traitement médicamenteux a été mis en place dès juillet 2021. L’expert a indiqué les éléments qui l’amenaient à retenir un épisode léger contrairement aux médecins traitants, tout en précisant que l’atteinte était incapacitante et compliquée d’une anxiété généralisée. Etant rappelé que les Drs G._____ et T._____ ne sont pas psychiatres, il convient également de souligner que la Dre H._____ n’a été consultée qu’à partir de janvier 2023 et qu’elle n’a alors attesté d’aucune incapacité de travail en lien avec l’état psychique de sa patiente (cf. rapport du 2 février 2023). Quant à la Dre Z._____, consultée postérieurement à l’établissement de l’expertise, elle a retenu uniquement le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec un syndrome somatique, sans se déterminer sur les conclusions de l’expert psychiatre. Les critiques de la

recourante à propos du diagnostic de trouble somatoforme ne trouvent donc pas échos auprès de ses médecins traitants.

L’expert psychiatre a posé le diagnostic des atteintes psychiques en procédant à une analyse des éléments pertinents pour le diagnostic et de leur intensité, ainsi qu’en tenant compte du traitement mis en place et des comorbidités somatiques. A propos du traitement, il a relevé que celui-ci était exigible et a suggéré des adaptations, notamment de la fréquence du suivi psychiatrique et de la médication (p. 35 du rapport d’expertise). Il a également examiné les motifs d’exclusion, confirmant à cet égard qu’il n’y avait pas de majoration ou d’exagération de la symptomatologie, l’expertisée ayant paru authentique, coopérante et motivée à la bonne tenue de l’expertise, tandis que les limitations étaient uniformes et les difficultés plausibles (p. 37 du rapport d’expertise). L’expert a également examiné la personnalité de la recourante en établissant le status psychiatrique (p. 30 du rapport d’expertise), ce qui n’a révélé aucun trait de personnalité problématique et a confirmé l’existence de compétences sociales préservées malgré un phénomène d’évitement. Il a répertorié les capacités, les ressources et les difficultés tirées du contexte psychosocial. Celui-ci paraissait plutôt favorable, compte tenu du soutien dont elle peut bénéficier de la part de sa fratrie notamment, malgré une tendance à l’évitement dont il a été tenu compte pour poser le diagnostic et en tant que limitation fonctionnelle (ch. 6.5, p. 34 du rapport d’expertise). L’expert a relevé que l’activité d’esthéticienne était adaptée, mais pas dans le contexte d’une exploitation indépendante en raison du stress induit par la gestion d’une entreprise.

En définitive, il faut constater que les limitations fonctionnelles et l’évaluation de la capacité de travail et de réadaptation ont été déterminées sur la base des éléments pertinents, en conformité avec la jurisprudence. Les conclusions de l’expert ne sont par ailleurs pas sérieusement mises en doute par les rapports médicaux au dossier. En particulier, le rapport établi le 28 décembre 2023 par la Dre Z._____ se présente surtout comme un recensement des plaintes de la recourante et

ne propose pas d'évaluation étayée de la capacité de travail ou d'éventuelles limitations fonctionnelles, tout en confirmant que l'intéressée dispose de certaines ressources puisque la psychiatre traitante a relevé que sa patiente était consciente de ses troubles psychiques, qu'elle avait formulé une demande d'aide avec des objectifs déterminés et qu'elle se montrait investie dans la prise en charge. En conséquence, il n'y a pas lieu de s'écarter du volet psychiatrique de l'expertise bi-disciplinaire de J._____.

8. Sur le volet rhumatologique de l'expertise, la recourante n'a pas fait part de lacunes ou d'imprécisions au niveau de la retranscription de ses déclarations. Elle n'a pas non plus soulevé de grief sur l'anamnèse, sur les constatations faites par l'expert durant l'examen rhumatologique ou sur le diagnostic posé. Se fondant sur une prise de position du Dr T._____, elle a en revanche critiqué l'évaluation faite par l'expert de l'impact de ses atteintes rhumatologiques sur sa capacité de travail.

a) L'expert en rhumatologie a retenu comme diagnostics incapacitants, en particulier, des douleurs cervicales sans irradiation dans les membres supérieurs sur discopathie (M54.2), des douleurs de l'épaule droite secondaires à une tendinopathie du supra-épineux avec bursite et acromion de type 2 (M75.0) et une fibromyalgie (M79.7). Il a déterminé les limitations fonctionnelles suivantes, en relation avec ces atteintes : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 5 kg, pas d'effort du membre supérieur droit au-delà de la ligne des épaules, en abduction et en antépulsion.

L'expert a précisé les éléments qui l'ont amené à retenir ces diagnostics ou à en écarter d'autres, en se référant tant au dossier remis par l'intimé qu'à l'anamnèse fondée sur les déclarations de la recourante et aux constatations faites au cours de son examen rhumatologique, lequel comprenait, comme déjà dit, un examen neurologique. Pour les douleurs cervicales, l'expert a disposé notamment d'une IRM cervicale effectuée le 16 septembre 2021, montrant une cervicarthrose avec

quelques protrusions discales sans aucun signe de conflit disco-radiculaire ainsi qu'une radiographie de la colonne cervicale du 2 juin 2021 qui montrait une légère discopathie. Concernant les douleurs à l'épaule, l'expert s'est basé sur une IRM de l'épaule droite du 2 juin 2021 révélant une bursite sous-acromiale, une légère tendinite du supra-épineux sans déchirure, une ténosynovite a minima du long biceps, ainsi que les radiographies de l'épaule droite du 28 décembre 2021 qui ne révélaient strictement aucune calcification, ni diminution de l'espace sous-acromial. L'expert a également pris connaissance du rapport médical du Service V._____ du Centre hospitalier W._____ du 9 juin 2022 et des rapports de consultations joints qui mentionnaient des cervicalgies en amélioration et des omalgies droites ayant pour effet de limiter le port de charges lourdes et les mouvements répétitifs avec les bras (pp. 18s. du rapport d'expertise). Enfin, le diagnostic de fibromyalgie se fonde sur les critères diagnostics déterminés par l'American College of Rheumatology.

Pour déterminer la capacité de travail, l'expert a encore procédé à l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi qu'à l'appréciation des capacités, ressources et difficultés rencontrées par la recourante (pp. 19s. du rapport d'expertise). A propos de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a relevé que le contexte psychosocial paraissait « assez favorable », mais que les diagnostics anatomiques n'expliquaient pas l'importance des douleurs ressenties et que la fibromyalgie était ressentie par l'intéressée à « 10/10 » alors que le traitement antalgique n'était pas pris en totalité ni en continu. Il n'y avait en outre pas de raison objective empêchant la recourante de se servir de son membre supérieur droit, de sorte que les limitations, bien qu'uniformes, n'étaient pas cohérentes. S'agissant des capacités, ressources et difficultés, l'expert a résumé le contexte de la recourante et constaté que les ressources internes étaient « nettement altérées par des facteurs extra-somatiques » tandis que les ressources externes étaient « très présentes ». Il a en outre constaté que la fibromyalgie avait un retentissement important sur la vie quotidienne de la recourante (8/12) 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). Avec ces éléments, l'expert a constaté que la recourante présentait, depuis mai 2021, une capacité de travail définitivement nulle dans l'activité habituelle, respectivement de 100 % avec une baisse de rendement de 80 %, soit une capacité de travail globale de 80 %, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (p. 20 du rapport d'expertise) en précisant que les ressources mobilisables étaient essentiellement externes.

b) La recourante conteste l'appréciation de l'expert en rhumatologie en s'appuyant essentiellement sur l'avis émis par le Dr T._____ dans son rapport du 24 octobre 2023.

S'agissant des diagnostics, le spécialiste traitant n'a pas proposé d'autres atteintes dans sa spécialité que celles retenues par l'expert. Il a certes évoqué une possible évolution des omalgies vers un syndrome douloureux complexe de type 1, mais n'a pas posé formellement ce diagnostic et n'a pas même précisé les éléments médicaux qui l'amenaient à le mentionner. La recourante a relevé que son médecin traitant précisait, contrairement à l'expert, que les cervicalgies et omalgies étaient chroniques. Cet élément est cependant sans incidence, dès lors que l'expert s'est référé aux dénominations figurant dans la classification internationale des maladies (CIM-10) et qu'il s'agit d'atteintes chroniques par définition, puisqu'elles résultent d'atteintes dégénératives du système ostéoarticulaire précisées par l'expert (discopathie et tendinopathie).

Les critiques du Dr T._____ portent essentiellement sur l'évaluation de l'impact de ces atteintes sur la capacité de travail de la recourante. Il se réfère cependant exclusivement à des questionnaires d'auto-évaluation, ainsi qu'au contexte psychosocial, qu'il qualifie de fragile. Il convient cependant de relever que les questionnaires d'auto-évaluation sont, par définition, subjectifs. S'ils peuvent être utiles au médecin traitant pour orienter la prise en charge de l'atteinte, en

montrant par exemple son évolution, l'efficience de la médication antalgique ou la nécessité de mettre en œuvre d'autres mesures médicales, ils ne sauraient suffire pour évaluer la capacité de travail. Il importe en effet, comme l'a fait l'expert, de tenir compte également d'éventuelles autolimitations ou incohérences, ainsi que des capacités, difficultés et ressources de l'assuré. Quant au contexte psychosocial, le spécialiste traitant s'est référé essentiellement à la symptomatologie anxio-dépressive. Or, il s'agit d'une problématique qui sort de son champ de compétence. Il convient également de rappeler que les effets de la fibromyalgie sur la capacité de travail doivent être appréciées par un psychiatre selon les indicateurs applicables aux troubles psychiatriques (cf. TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2). Tel a été le cas et il n'y a donc pas lieu d'examiner plus avant les remarques du Dr T._____ sur l'état psychique de la recourante. Le spécialiste traitant a également mentionné le divorce et l'isolement social en tant qu'éléments défavorables, alors que la recourante a fait part aux experts d'une bonne entente avec son ex-mari, de même qu'avec ses enfants, majeurs, et sa fratrie, qui lui apportent en outre régulièrement du soutien.

Pour le surplus, il faut relever que le spécialiste traitant a déterminé des limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique légèrement plus contraignantes que l'expert, mais qu'il n'a pas expliqué pour quel motif la recourante ne disposerait d'aucune capacité de travail dans une activité respectant ces limitations, hormis par des considérations de nature purement psychosociales dont il ne peut être tenu compte.

c) En définitive, il faut constater que la recourante n'a pas apporté d'élément susceptible de remettre en question la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire de J._____. C'est donc à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les conclusions consensuelles des experts pour évaluer l'invalidité de la recourante.

9. Il reste à examiner le calcul du degré d'invalidité applicable au 1er mai 2022, conformément au droit en vigueur depuis le 1er janvier 2022 (cf. consid. 2b ci-dessus).

a) 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 8C_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.2).

b) Le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) 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 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Les revenus obtenus par l'exercice d'une ou de plusieurs activités accessoires sont pris en considération dans la fixation du revenu sans invalidité, lorsque la personne assurée réalisait déjà de tels gains accessoires avant l'atteinte à la santé et si l'on peut admettre qu'elle aurait, selon toute vraisemblance, continué à les percevoir si elle était restée en bonne santé. Est décisif le fait que la personne assurée obtenait un revenu qu'elle continuerait à percevoir si elle n'était pas devenue invalide (parmi d'autres : TF 8C_765/2016 du 13 septembre 2017 consid. 4.5 et TF 9C_699/2008 du 26 janvier 2009 consid. 3.3).

Si le revenu effectivement réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (art. 26 al. 1, deuxième phrase, RAI).

Lorsque 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).

c) Si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGA) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (art. 26bis al. 1 RAI).

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). 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).

d) Selon l'art. 26bis al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, 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.

Appelé à examiner la conformité de cette disposition réglementaire, le Tribunal fédéral a jugé, dans son arrêt 8C_823/2023 du 8 juillet 2024, que les instruments pour corriger le salaire statistique de l'ESS déterminant dans un cas concret étaient insuffisants pour tenir compte de la situation de la personne assurée. La jurisprudence appliquée jusqu'au 31 décembre 2021 devait en conséquence continuer à s'appliquer (cf. Communiqué de presse du Tribunal fédéral du 23 juillet 2024). En conséquence, pour les droits à la rente qui prennent naissance entre le 1er janvier 2022 et le 31 décembre 2023, il convient d'appliquer, en plus de l'abattement de 10 % pour le travail à temps partiel introduit par l'art. 26bis al. 3 RAI, un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1er janvier 2022 (cf. Lettre circulaire AI n° 445 publiée le 26 août 2024 par l'Office fédéral des assurances sociales, ch. 2). Cette jurisprudence commande 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'invalide, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, il convient de 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).

10. Pour déterminer le degré d’invalidité, l’intimé a établi un calcul valable pour l’année 2022 en se fondant sur les données de l’ESS 2020, indexées à 2022. Pour le revenu sans invalidité, il s’est référé à la branche économique 94-96, correspondant aux « autres activités de service », niveau de compétence 1, pour une femme, au taux d’activité de 100 %. Le revenu avec invalidité reprend en revanche le revenu moyen, tous secteurs confondus, pour une femme, au taux d’activité de 75 % sans abattement supplémentaire.

La recourante n’a formulé aucune critique à l’égard du calcul de son degré d’invalidité ou de son statut de personne active à 100 %. Le recours aux statistiques pour le revenu sans invalidité est adéquat, compte tenu des variations importantes des revenus obtenus par la recourante dans son activité indépendante et dans les activités accessoires qu’elle assumait également. Le choix du domaine économique 94-96 au niveau de compétence 1 paraît également correct, dès lors que la recourante exerçait une activité dans le domaine des soins esthétiques sans disposer d’une formation certifiante. Concernant le revenu avec invalidité, le taux d’activité de 75 % dans l’activité adaptée ne justifie pas d’abattement, que ce soit en vertu de l’art. 26bis al. 3 RAI ou de la jurisprudence topique. Le critère du taux d'occupation réduit peut être pris en compte pour déterminer l'étendue de l’abattement à opérer sur le salaire statistique d'invalide lorsque le travail à temps partiel se révèle proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps. A cet égard, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux

rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (TF 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.1 et les références citées). Il n'apparaît pour le surplus pas d'autre élément susceptible de justifier l'application d'un abattement. En effet, la jurisprudence considère que, dans l'ESS, le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3), tandis que les limitations fonctionnelles reconnues par les experts de J._____ sont soutenues par la réduction du taux d'activité.

Ainsi, il faut constater que le degré d'invalidité s'élève à 18 %, taux qui n'ouvre pas droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

11. La recourante a requis l'assignation et l'audition de ses médecins traitants et des experts en tant que témoins, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire comportant les volets de rhumatologie, neurologie et psychiatrie.

L'audition des médecins traitants de la recourante paraît superflue, dès lors que leurs rapports écrits figurent au dossier. Il en va de même d'une éventuelle confrontation avec les experts de J._____, puisque l'assurée a fait verser au dossier l'enregistrement de leurs entretiens et que ses médecins traitants ont pu se positionner par écrit sur les conclusions de l'expertise. Par ailleurs, comme démontré plus avant, les éléments médicaux au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non

arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

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

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

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

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 30 novembre 2023 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 mis à la charge de X._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

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

- Me Aliénor Winiger (pour X._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :