

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2024

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Pasche et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jeanne-Marie Monney,
avocate, à Lausanne

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. C. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, divorcée et mère d'un fils né en 2004, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de gestionnaire du commerce de détail, délivré en 2016. Après diverses expériences professionnelles dans la vente, elle a été engagée en qualité d'adjointe-gérante à temps partiel (90 %) auprès de F. _____ SA dès octobre 2009.

En date du 4 janvier 2018, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des lombosciatalgies et des cervicalgies chroniques, ainsi qu'une « hernie médiane paramédiane bilatérale, cervicale, dorsale, lombaire et sacrale », responsables d'une incapacité de travail dès le 2 août 2017. Etaient annexées des pièces ressortant au dossier constitué par P. _____ SA, assurance perte de gain en cas de maladie, dont des rapports de la Dre B. _____, médecin généraliste traitant. Celle-ci avait fait état, le 9 octobre 2017, des diagnostics de troubles statiques et dégénératifs du rachis et attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 2 août 2017, puis de 50 % dès le 2 octobre 2017. Un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 24 mai 2017 avait mis en évidence un début d'uncodiscarthrose cervicale, un débord discal circonférentiel postérieur prédominant au niveau du récessus droit, sans conflit radiculaire, en C5-C6, une petite hernie médiane paramédiane bilatérale, sans conflit radiculaire, en C6-C7, une hernie médiane paramédiane bilatérale, sans conflit radiculaire, en L4-L5, une hernie médiane paramédiane bilatérale et récessale gauche au contact avec l'émergence de la racine S1 gauche en L5-S1, ainsi que plusieurs hémangiomes étagés intravertébraux.

Sur requête de l'OAI, l'assurée a signalé, le 23 février 2018, qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle exercerait une activité d'adjointe-gérante dans le commerce de détail au taux de 90 %, par nécessité financière.

Par rapport d'employeur complété le 7 mars 2018, F._____SA a confirmé avoir engagé l'assurée en qualité d'adjointe-gérante au taux de 90 % (37,80 heures par semaine) à compter du 5 octobre 2009. Elle réalisait un salaire mensuel de 4'125 fr. dès janvier 2018. Le contrat de travail a été résilié avec effet au 30 avril 2018.

Dans l'intervalle, l'OAI a mis en œuvre des mesures d'intervention précoce sous forme de modules externalisés (dont des stages) et une aide au placement afin que l'assurée retrouve une activité dans le domaine de la vente, notamment en librairie (cf. communications de l'OAI des 27 mars et 28 septembre 2018).

Le 29 octobre 2018, la Dre B._____ a repris les diagnostics ressortant de l'IRM du 24 mai 2017, relevant que l'assurée souffrait de douleurs et de blocages depuis janvier 2018. Les limitations fonctionnelles impliquaient du repos, une activité sans port de charges de plus de 5 kg et la possibilité d'alterner les positions assise et debout. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 5 mai 2018, mais entière dans une activité adaptée.

A l'issue d'une orientation professionnelle auprès de la Librairie D._____ à [...] initiée le 15 novembre 2018, l'assurée a été engagée au taux de 60 % à compter du 1^{er} mars 2019 en qualité de vendeuse en librairie. Elle a bénéficié, dans ce contexte, de la prise en charge d'une allocation d'initiation au travail jusqu'au 31 août 2019 (cf. communications de l'OAI des 2 novembre 2018 et 14 mars 2019). Le taux d'activité ne pouvait pas être augmenté notamment en raison de l'état de santé de l'assurée. Les rapports de travail se poursuivaient néanmoins à un taux de 40 % eu égard aux contraintes financières de l'employeur (cf. note d'entretien du 17 octobre 2019).

La Dre B._____ a rapporté à l'OAI, le 28 octobre 2019, que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, voire s'aggravait, en raison de crises douloureuses aiguës répétitives en lien avec les hernies cervico-dorso-lombaires. La capacité de travail était restreinte à 50 %.

L'assurée présentait des problèmes de vue et d'ouïe, une insuffisance veineuse des membres inférieurs et des lombalgies bilatérales.

A la demande du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), la Dre B._____ a relaté qu'en plus des multiples hernies, l'assurée présentait des problèmes aux membres inférieurs et une gonalgie bilatérale. Elle ne pouvait marcher plus de trente minutes d'affilée, ni rester debout plus de dix minutes d'affilée, ni assise plus de quarante minutes. Elle ne parvenait pas à se pencher en avant, ne pouvait porter des charges de plus de 2 kg, ni assumer ses tâches ménagères. Elle bénéficiait de traitements anti-inflammatoires, analgésiques et physiothérapeutiques.

Par rapport du 22 avril 2020, le Dr G._____, spécialiste en ophtalmologie, a diagnostiqué une hypermétropie et un astigmatisme bilatéraux, nécessitant le port permanent d'une correction optique bilatérale, sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée.

La Dre H._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a complété un rapport le 14 mai 2020, faisant état des diagnostics de surdité de perception de degré moyen et d'acouphène droit depuis janvier 2020. Ces atteintes n'étaient responsables d'aucune incapacité de travail.

Le SMR a conclu l'examen du cas, le 25 août 2020, en considérant que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son ancienne activité auprès de F._____SA, de 60 % dans une activité « de niche » telle que celle de vendeuse en librairie et de 100 % dans une activité totalement adaptée « depuis toujours ».

L'OAI a diligenté une orientation professionnelle sous forme de bilan, confiée à l'U._____ dès le 9 novembre 2020, alors que l'assurée a été en mesure d'augmenter son temps de travail à 50 % auprès de la Librairie D._____ (cf. communication de l'OAI du 11 novembre 2020 et avenant au contrat de travail du 23 décembre 2020).

Au terme de la mesure précitée, l'U._____ a communiqué son rapport le 4 février 2021. Il était relevé que l'activité déployée à 50 % par l'assurée était « aussi proche que possible de ses besoins » et apparaissait en adéquation avec ses compétences et sa formation. Une augmentation du taux d'activité n'apparaissait pas envisageable, pour raisons de santé, en dépit de la précarité de sa situation financière. Les possibilités d'élaborer un projet d'activité alternatif étaient limitées par les contraintes liées à la pandémie, alors que les alternatives professionnelles dégagées durant le bilan d'orientation n'autorisaient pas une capacité de travail supérieure à celle exercée jusque-là au regard des limitations fonctionnelles. Un changement de voie professionnelle semblait donc peu opportun en l'état.

La Dre B._____ a rapporté à l'OAI, le 8 avril 2021, que la situation de sa patiente était stationnaire et qu'elle présentait une capacité de travail de 40 % à compter respectivement de septembre 2018 ou du 1^{er} mars 2019. Elle ne pouvait porter des charges de plus d'un kilo, ni conserver une position statique assise ou debout de manière prolongée. Un rapport d'échographie inguinale droite et des deux jambes du 27 juillet 2020 concluait à l'absence de hernie inguinale, mais à un éventuel œdème dans un contexte d'insuffisance veineuse.

Par avis du 30 avril 2021, le SMR a recommandé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, comprenant des volets orthopédique, psychiatrique et de médecine interne. Le mandat a été confié au centre d'expertises J._____SA (ci-après : le J._____SA), où l'assurée a été examinée par les Drs L._____, spécialiste en médecine interne générale, K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 22 novembre 2021, les experts ont retenu les diagnostics incapacitants de rachialgies avec uncodiscarthrose cervicale C5-C6 et suspicion de hernie discale paramédiane gauche au niveau de L5-S1 avec possible contact de la racine S1 gauche (depuis l'IRM du 24 mai 2017, confirmé le 21 septembre 2021), de discret syndrome rotulien bilatéral, de sensibilité avec

crochages itératifs au niveau de la hanche droite et hypoacousie de perception bilatérale (depuis 4 ans). Au titre des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient mentionnés une dysthymie légère (F34.1), des acouphènes droits (depuis 5 ans), une dyspnée fonctionnelle réactionnelle neuro-végétative (depuis début 2020), un reflux gastro-œsophagien (depuis quelques mois), des insomnies chroniques d'endormissement et de maintien, sans substrat somatique interniste, une consommation chronique de tabac (estimée à 30 UPA [réd. : unités par année]), une surcharge pondérale (avec IMC [réd. : indice de masse corporelle] à 26,13 kg/m²), des troubles de la réfraction, hypermétropie et astigmatisme bilatéraux (depuis août 2015), une rhino-conjonctivite allergique au pollen printanier (depuis 2019), un status après œdème inguinal droit sur insuffisance veineuse (juillet 2020), un status après kystectomie coccygienne (opérée en 2006), un status après kystectomie ovarienne de latéralité inconnue (en 2006) et après IVG (en 1994). Les troubles étaient dans l'ensemble qualifiés de légers. Les limitations fonctionnelles avaient trait au port de charges, limité à 5 kg, à la flexion antérieure du rachis, à la position en porte-à-faux, aux échelles et échafaudages, à la marche en terrain inégal et aux positions statiques prolongées. Une chaise haute et une place de travail ergonomique étaient recommandées. Par ailleurs, il convenait d'éviter les ambiances sonores bruyantes exigeant de suivre une conversation avec un besoin accru de concentration et de réactivité. La capacité de travail était restreinte à 80 % du point de vue orthopédique, en raison d'une diminution de rendement de 20 % du fait de pauses supplémentaires nécessaires durant la journée aux fins de détente. L'incapacité de travail était totale dans l'activité d'adjointe-gérante, mais uniquement de 20 % en tant que vendeuse en librairie ou dans toute autre activité adaptée. Sur le plan de la médecine interne, l'expert avait examiné les limitations rencontrées dans la tenue du ménage, concluant que l'assurée était en mesure de réaliser l'ensemble des activités, hormis les tâches lourdes, comme sortir les déchets ou faire des provisions, pour lesquelles l'assurée recevait une assistance ponctuelle de son fils.

Sur questions du SMR, les experts ont précisé, le 1^{er} février 2022, l'absence de facteurs médicaux objectifs justifiant une capacité de travail limitée à 50 %. L'évaluation communiquée par la médecin traitante le 8 avril 2021 était dénuée de fondements objectifs. L'activité de vendeuse en librairie à 80 % était compatible avec les limitations fonctionnelles décrites, l'assurée ne nécessitant que des pauses supplémentaires durant la journée pour se détendre, ce qui diminuait sa performance de 20 %. Cette activité était exigible à ce taux depuis août 2017.

Par avis du 7 mars 2023, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts du J. _____ SA.

L'OAI a établi un projet de décision le 8 mars 2022, informant l'assurée de son intention de prononcer un refus de mesures professionnelles et de rente. Compte tenu de l'exigibilité déterminée par les experts, une comparaison des revenus avec et sans invalidité, chiffrés respectivement à 39'993 fr. 60 et 56'668 fr. 40, le degré d'invalidité de l'assurée s'élevait à 29,42 %.

B. Assistée de Me Jeanne-Marie Monney, C. _____ a contesté le projet de décision précité par correspondance du 8 avril 2022, complétée les 16 mai et 31 octobre 2022. Elle a conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, voire de trois-quarts de rente d'invalidité, se prévalant d'un rapport d'expertise privée, rédigé le 27 octobre 2022 par le Prof. N. _____, médecin-chef et responsable de la chirurgie du rachis au sein de l'Hôpital M. _____. Ce praticien concluait à une capacité de travail limitée à 50 % pour une durée d'un an à deux ans dans une activité adaptée, afin de permettre la prise en charge adéquate de l'assurée. Les diagnostics retenus étaient une uncodiscarthrose cervicale C5-C6, un syndrome radiculaire itératif C5-C6 gauche, une hernie discale L5-S1 paramédiane gauche symptomatique, une sacro-illite bilatérale, un trouble anxiodépressif avec dysthymie sur douleurs chroniques et des troubles du sommeil. Sur le plan fonctionnel, l'assurée connaissait des restrictions à la marche de plus de trente minutes, à la station debout de plus de dix

minutes d'affilée, à la position assise durant plus de quarante minutes, à la position du buste penché vers l'avant, au port de charges de plus de 2 kg. Elle nécessitait des pauses supplémentaires dans la journée pour se détendre et ne pouvait réaliser les tâches ménagères. L'assurée contestait également les revenus sans et avec invalidité déterminés par l'OAI qu'elle considérait comme sous-évalué, respectivement surévalué, faute de prise en compte du treizième salaire et des heures supplémentaires acquittés par F. _____ SA, ainsi que d'un abattement sur le salaire statistique.

Le SMR a considéré, le 12 décembre 2022, que les conclusions du rapport d'expertise du Prof. N. _____ n'avaient pas lieu d'être suivies, dans la mesure où ce dernier s'appuyait sur les allégations de l'assurée, sortait de son champ de compétences en retenant des atteintes à la santé psychique et prenait en considération des facteurs extra-médicaux.

Fondé sur cet avis, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente le 13 décembre 2022, vu le degré d'invalidité fixé à 29,42 %, reprenant ainsi les termes de son projet de décision du 8 mars 2022.

C. C. _____, représentée par Me Monney, a déféré la décision susmentionnée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 13 janvier 2023. Elle a conclu, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire destinée à investiguer son état de santé physique et psychique, et, principalement, à la réforme de la décision entreprise dans le sens de l'octroi de trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2018. A titre subsidiaire, elle a conclu à l'annulation de la décision du 13 décembre 2022 et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a sollicité que les frais engendrés par l'expertise confiée au Prof. N. _____ soient portés à la charge de l'OAI. Enfin, elle a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire compte tenu de la précarité de sa situation financière. Sur le fond, elle a réitéré et étayé les griefs soulevés aux stades de la procédure administrative, contestant tant l'aspect médical que l'aspect économique tel qu'évalués par l'OAI dans son cas.

Par décision du 24 janvier 2023, la magistrate instructrice a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 13 janvier 2023, en l'exonérant de frais et d'avances de frais, ainsi qu'en désignant Me Monney en qualité d'avocate d'office.

L'OAI a répondu au recours le 23 février 2023 et conclu à son rejet, se référant, sur les questions médicales, aux avis rendus par le SMR. Sur le plan économique, l'OAI se prévalait de l'extrait du compte individuel AVS (CI) de l'assurée, lequel démontrait que celle-ci n'avait jamais réalisé le salaire revendiqué au titre de revenu sans invalidité. Le revenu d'invalidité n'avait pas lieu d'être réduit d'un abattement, vu la prise en compte d'une baisse de rendement de 20 % dans sa fixation.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives par réplique du 30 juin 2023 et duplique du 18 juillet 2023.

Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1^{er} mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci.

A la demande du tribunal, Me Monney a fait parvenir la liste des activités déployées pour le compte de l'assurée le 11 juin 2024.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté 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]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

b) En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette

date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'occurrence, la décision attaquée date du 13 décembre 2022. Elle porte sur une demande de prestations déposée par la recourante le 4 janvier 2018, compte tenu d'atteintes à la santé responsables d'incapacités de travail à compter du 2 août 2017. Les pièces médicales et les événements fondant la décision litigieuse sont ainsi pour l'essentiel antérieurs au 1^{er} janvier 2022, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer l'ancien droit.

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) 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).

c) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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

b) aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, *in* : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 52 *ad* art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité global. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

c) En dépit des termes utilisés à l'art. 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé, ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194). Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications

professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2).

6. a) En l'espèce, il convient de se pencher sur la question du statut de la recourante, que les parties n'ont aucunement discuté, l'intimé paraissant être parti du principe que la recourante revêtait un statut d'active à plein temps.

b) On observe toutefois qu'à l'occasion de sa demande de prestations du 4 janvier 2018, la recourante a indiqué travailler à un taux de 90 % en qualité d'adjointe-gérante auprès de F. _____ SA depuis 2009 (cf. également : rapport d'employeur complété le 7 mars 2018). Elle a ensuite signalé que sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité habituelle au taux de 90 % par nécessité financière (cf. formulaire complété à la demande de l'intimé le 23 février 2018).

c) S'agissant de la situation personnelle de la recourante, on rappellera que celle-ci est divorcée depuis 2004 et mère d'un fils né la même année, avec lequel elle fait toujours ménage commun en dépit de la majorité atteinte par ce dernier. Sur le plan professionnel, elle a régulièrement exercé une activité lucrative à temps partiel depuis 1991, hormis durant les années 2005 à 2008, avant de reprendre une activité à 90 % dès octobre 2009 auprès de F. _____ SA. Elle a suivi nombre de formations en cours d'emploi et a obtenu un CFC de gestionnaire du commerce de détail en 2016.

d) Compte tenu des éléments ci-dessus, on peut retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante, en bonne santé, aurait poursuivi une activité lucrative au taux de 90 %, telle que déployée au sein de F. _____ SA depuis 2009. On ne voit en effet aucune

raison de s'écarter des propres déclarations de la recourante datant de février 2018, lesquelles correspondent à sa situation effective avant la survenance de ses problèmes de santé et semblent avoir satisfait durablement aux besoins financiers de son ménage.

e) Par conséquent, il convient, en l'occurrence, de retenir que la recourante revêt un statut mixte, avec une proportion de 90 % consacrée à une activité lucrative et de 10 % dévolue aux tâches ménagères.

7. a) Pour pouvoir 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 (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 l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

8. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations

auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

9. a) Sur le plan médical, le dossier de la recourante apparaît suffisamment documenté, dans la mesure où elle a fait l'objet de deux expertises, l'une pluridisciplinaire (avec volets de médecine interne, de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que de psychiatrie) au sein du J. _____ SA, diligentée par l'intimé, l'autre du registre de la chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Prof. N. _____, réalisée à sa requête.

b) Les experts du J. _____ SA ont fait part des constats cliniques et observations suivants, aux termes de leur évaluation consensuelle, pour justifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée au taux de 80 %, compte tenu d'une baisse de rendement de 20 % motivée par le besoin de pauses supplémentaires (cf. rapport d'expertise du J. _____ SA du 22 novembre 2021, p. 5 ss) :

« [...] Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée se plaint de moments de tristesse et des angoisses 5 à 6 fois par mois, qui passent toutes seules ou qu'elle arrive à contrôler en se raisonnant ou en prenant un verre de vin avec une cigarette. Elle dit ne pas se sentir malheureuse tout le temps ni être heureuse. Elle se sent fatiguée, dort mal et rumine par rapport à l'avenir et aux difficultés financières qu'elle traverse. Elle ne rapporte pas d'idée suicidaire, ni d'idée de mort. Elle arrive à se détendre et à se divertir en faisant beaucoup de lecture. Ainsi, elle a lu, pendant ces 3 dernières années, en moyenne 1 livre tous les 3 jours. Elle lit plusieurs heures d'affilée avec des petites pauses pour aller aux toilettes. Elle n'a pas de problème de concentration, d'attention ou de mémoire. Elle n'a jamais bénéficié d'un suivi psychothérapeutique ou psychiatrique, ni d'aucun traitement psychiatrique.

Elle est autonome sur le plan des activités de la vie quotidienne et travaille à 50 % dans une librairie. Aucune pathologie psychiatrique incapacitante n'est retrouvée, mais plus un fonctionnement dysthymique, mais d'intensité légère.

Les critères de définition d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ne sont pas réunis. Il n'y a pas de détresse quand la personne évoque ses douleurs. Durant l'examen, la majorité du temps, elle était souriante et détendue. Elle ne bénéficie pas de la sollicitude accrue de son entourage ou de ses médecins. En effet,

elle n'a pas encore vu son médecin généraliste cette année et n'a aucun autre suivi médical régulier en dehors d'1 séance de physio par semaine. Il n'y a pas de trouble clinique en faveur d'un trouble spécifique de la personnalité ni de comorbidité psychiatrique incapacitante.

Elle dispose de ressources internes importantes. Elle s'adonne à la lecture de manière assidue. Ainsi les 3 dernières années, la personne assurée a lu 300 livres et peut lire plusieurs heures de suite.

La personne assurée est autonome sur le plan des activités de la vie quotidienne en dehors du port de charge lourde dont son fils s'acquitte pour les courses et pour descendre ou remonter le linge.

Il n'est pas retrouvé de contexte émotionnel ou psycho-social insuffisamment important pour être considéré comme la cause essentielle du trouble. Les critères de définition ainsi que les critères jurisprudentiels de gravité pour un syndrome douloureux somatoforme persistant ne sont donc pas présents.

Du point de vue **orthopédique**, l'examen de ce jour retrouve des rachialgies avec uncodiscarthrose cervicale C5-C6 avec une mobilité libre dans tous les plans, avec des douleurs déclarées sur les trapèzes jusqu'à l'insertion à la base du crâne, sans contracture et une suspicion de hernie discale paramédiane gauche au niveau de L5-S1 avec possible contact avec la racine S1 gauche depuis l'IRM [du] 24.05.2017, confirmé le 21.09.2021, qui ont une influence sur le profil d'effort ainsi que le discret syndrome rotulien bilatéral et la sensibilité avec crochages itératifs au niveau de la hanche droite.

Le reste de l'examen est sans particularité.

Les plaintes de rachialgies, des douleurs des genoux et de la hanche droite sont partiellement expliquées par les atteintes dégénératives, mais n'expliquent pas les dires de la personne assurée de ne pas se sentir capable de travailler à plus que 50 %.

Du point de vue de la **médecine interne**, la personne assurée présente une hypoacousie de perception bilatérale, depuis 4 ans, légère, uniquement dans des ambiances de fond sonore bruyantes, pouvant la limiter dans la compréhension auditive, actuellement non appareillée. Également des troubles de la réfraction, une hypermétropie, une presbytie, un astigmatisme bilatéral, partiellement corrigés par le port de lunettes pour la vision de près, avec un déficit léger résiduel, les lunettes n'ayant pas été récemment adaptées, faute de moyens financiers.

Par ailleurs, elle présente les troubles/diagnostics suivants, sans limitation fonctionnelle ni permanente ni transitoire actuelle déclarée :

Des acouphènes droits, depuis 5 ans, résistants aux traitements de 1^{er} recours, actuellement non traités, sans aucun retentissement fonctionnel déclaré.

Des status après un probable œdème inguinal droit, sur insuffisance veineuse, en juillet 2020 (l'échographie n'ayant rien retrouvé d'anormal), spontanément résolu, non récidivant, non retrouvé ce jour.

Une dyspnée fonctionnelle, réactionnelle neuro-végétative, depuis début 2020, légère mMRC 1-2, uniquement dans certaines circonstances (penchée en avant, ou lors de longs discours), sans élément objectif ni anamnestique en faveur d'une cardiopathie ou pathologie respiratoire sous-jacente.

Un reflux gastro-œsophagien, depuis quelques mois, non traité, léger, transitoire, calmé par des mesures diététiques.

Des insomnies chroniques d'endormissement et de maintien, sans substrat somatique interniste, sans perte de vigilance, ni ralentissement, ni déficit neurologique pendant tout l'entretien.

Une consommation chronique de tabac, estimé à 30 UPA, sans retentissement sur les sphères ORL ou respiratoire.

Une surcharge pondérale, avec IMC à 26,13 kg/m².

Une rhino-conjonctivite allergique au pollen printanier, depuis 2019, légère, sans nécessité de traitement.

Un status après une kystectomie coccygienne, opérée en 2006, après une kystectomie ovarienne, de latéralité inconnue, en 2006, après une IVG, en 1994, sans séquelle.

Au total, l'examen interniste du jour ne met en évidence que de légers déficits.

[...]

D'un point de vue interdisciplinaire, le degré global d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, est considéré léger en respectant le profil d'effort.

Du point de vue **psychiatrique**, les troubles présentés sont de gravité légère.

Du point de vue **orthopédique**, les troubles sont légers en respectant le profil d'effort.

Du point de vue de la **médecine interne**, les déficits sont légers.

[...]

Du point de vue **psychiatrique**, il n'y a pas de limitation fonctionnelle.

Du point de vue **orthopédique**, charge limitée à 5 kg, pas de flexion antérieure du rachis, pas de porte à faux. Pas d'échelle, pas d'échafaudage. Pas de marche en terrain inégal. Possibilité de travailler librement en alternance de position, éventuellement avec une chaise haute et une place de travail ergonomique.

Du point de vue de la **médecine interne**, compte tenu des diagnostics, une limitation fonctionnelle est retenue, relative à l'hypoacousie, éviter de travailler dans des ambiances sonores bruyantes en exigeant de suivre une conversation avec un besoin accru d'attention et de réactivité. [...] »

Les experts ont subséquemment répondu à des questions du SMR et confirmé l'absence d'éléments médicaux objectifs en faveur d'une capacité de travail restreinte à 50 %. Ils ont également souligné l'adéquation de l'activité de vendeuse en librairie avec les limitations fonctionnelles retenues (cf. complément du J. _____ SA du 7 janvier 2022).

c) De son côté, le Prof. N. _____ s'est prononcé comme suit sur la situation de la recourante (cf. rapport d'expertise privée du 27 octobre 2022, p. 7 ss) :

« [...] **2. Quelles sont les plaintes de Mme C. _____ et les constatations objectives ?**

La patiente se plaint de cervicalgies et de lombalgies évoluant depuis 2006. Ces épisodes se sont péjorés en 2016, devenant insupportables en 2017. Jusqu'à présent, la situation évolue négativement avec des symptômes qui sont actuellement insomniaants et handicapants au quotidien.

La patiente, en souffrance psychologique, a perdu l'espoir d'une cure pour ses douleurs chroniques quotidiennes depuis 5 ans et nous semble avoir abandonné sa lutte pour une guérison ou un traitement définitif. Elle est actuellement épuisée et démotivée car aucun médecin ne lui a proposé jusqu'à présent une solution qui a été capable de la soulager.

Les douleurs engendrent des épisodes de blocages musculaires au niveau cervical, avec une irradiation crâniale et des céphalées cervicogènes. La patiente se plaint de douleurs irradiant de manière intermittente jusque dans les 2 avant-bras, surtout du côté gauche.

A noter aussi des douleurs lombaires péjorées par la position assise ou debout prolongée. Ces lombalgies irradient au niveau des 2 cuisses, surtout du côté gauche dans un territoire L4, L5 et parfois S1.

[...]

5. Quelle est, selon vous, la capacité de travail de Mme C. _____ dans une activité adaptée ? Pour quels motifs ?

Nous proposons actuellement (et pour une durée de 1 à 2 ans), une capacité de travail de 50 % au maximum dans une activité adaptée. Ceci permettra à la patiente de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire avec un suivi en antalgie.

6. Comment vous positionnez-vous sur l'appréciation des experts sur le plan somatique :

a. notamment sur les diagnostic posés (avec et sans répercussion sur la capacité de travail) ?

Sur le plan somatique et en ce qui concerne les diagnostics posés, nous sommes partiellement d'accord. Néanmoins nous avons ajouté le diagnostic important de troubles psychiques aggravés sur douleurs chroniques.

b. et sur l'appréciation des experts concernant la capacité de travail de Mme C. _____ ?

Actuellement, sur la base de notre évaluation, l'état global de la patiente ne permet par une capacité de travail de 80 % Nous recommandons plutôt un taux maximal de 50 %.

7. Partagez-vous l'appréciation des experts s'agissant de la baisse de rendement (20 %) ? Pour quelles raisons ?

Nous ne partageons pas l'appréciation des experts pour une capacité de travail à 80 %. Cette patiente, atteinte de rachialgies de longue date (2006) qui se sont péjorées récemment (2017) et devenues invalidantes, a été victime d'une prise en charge déficitaire et insuffisante, prolongée dans le temps. N'ayant jamais été adressée pour un avis spécialisé [sic]. Cette aggravation a eu lieu sur plusieurs sphères, surtout au niveau psychosocial en raison de ces douleurs chroniques jamais investiguées.

8. De manière générale, avez-vous des remarques particulières concernant l'expertise réalisée par le J. _____ SA ?

L'expertise interdisciplinaire réalisée par le J._____SA a été réalisée par trois différents experts. sur 3 domaines : médecine interne, orthopédie et traumatologie et psychiatrie. Selon nous, un expert dans le domaine des douleurs chroniques du rachis aurait été plus adapté. De plus, il nous semble que pour l'appréciation globale, les experts ont [retenu] les diagnostics susmentionnés sans prendre en compte la patiente dans son ensemble : notamment sur le plan psychique, où il manque l'évaluation des rachialgies chroniques.

9. Quelle a été selon vous l'évolution de l'état de santé de Mme C._____ depuis l'expertise réalisée par le J._____SA au mois de novembre 2021 ? En particulier, l'état de santé s'est-il selon vous aggravé ? Cas échéant de quelle manière ?

L'état de santé de Mme C._____ se péjore chaque jour qui passe sans qu'une prise en charge multidisciplinaire adéquate soit mise en place, surtout sur le plan psychique. On retient surtout des rachialgies et contractures musculaires engendrant des postures vicieuses et des déséquilibres articulaires qui seront de plus en plus difficiles à traiter.

Conclusion

Mme C._____ est une patiente qui souffre depuis de nombreuses années, sans avoir pu bénéficier d'une prise en charge adéquate et ciblée sur sa problématique, ce qui a par la suite déclenché cet énorme déséquilibre dans son état de santé général ainsi qu'un important retentissement personnel, social et professionnel. Malgré tout, la patiente a toujours été compliant et collaborante avec les mesures instaurées par son médecin traitant, ses différents employeurs ainsi que par l'Office de l'Al. En lisant tout son dossier, nous nous rendons compte que la patiente a donné aussi preuve de sa résilience et volonté en renverser [sic] sa problématique. Mère d'un garçon mineur et dépendant à l'époque, ayant aussi subi toutes les contraintes pour les traitements et la réintégration dans le marché de travail pendant la période pandémique les deux dernières années [sic].

Lorsque le mal de dos persiste au-delà de 6 mois ou que les épisodes récidivants sont de plus en plus fréquents, on parle de chronicité, comme c'est le cas de Mme C._____. Malheureusement, la patiente n'a jamais fait l'objet d'une détection précoce des facteurs de risque de chronicisation [...].

La douleur chronique n'est pas un symptôme pur. C'est un stade avec une pléthore de conséquences somatiques et psychosomatiques, y compris un dysfonctionnement végétatif et des problèmes de sommeil.

Selon les rapports du [...] aux [...], parmi les patients qui souffrent de lombalgies chroniques, la moitié d'entre eux présente des symptômes anxiodépressifs.

La grande majorité des lombalgies ne montrent aucune lésion significative sur un scanner ou une IRM, car elles découlent d'un désordre musculosquelettique. Dans ce cas, il en résulte une cacophonie qui se traduit physiquement par une douleur. Mme C._____ présente non seulement des atteintes structurelles rachidiennes bien documentées, mais aussi une atteinte fonctionnelle dynamique chronique sous forme de troubles musculaires posturaux et de surcharges articulaires.

Ces déséquilibres s'observent surtout dans les situations multifactorielles de la lombalgie chronique avec le remplacement physiologique de la musculature phasique par de la musculature posturale [...]. Ceux-ci ont aussi été constatés chez Mme C. _____ lors de notre examen clinique, sous forme d'importantes contractures musculaires paravertébrales. Ces désordres ne se corrigent pas spontanément et doivent faire l'objet d'une prise en charge à long terme.

De fortes douleurs persistant sur une longue durée lors d'un mouvement particulier, peuvent générer, à la longue, une angoisse d'anticipation, connue comme la kinésiophobie. Cela mène à des comportements d'évitement, engendrant anxiété et dépression [...]. Dans ce sens, en tant que chirurgiens spécialistes dans le domaine du rachis, nous nous mettons à disposition pour soutenir la patiente dans la recherche d'une solution définitive pour sa problématique. Il est en effet impératif de définir une stratégie de traitement à long terme. Nous proposons dans le plus bref délai possible un suivi dans une consultation multidisciplinaire individualisée du dos (en suisse romande [...] ou [...]). Ces filières réunissent plusieurs intervenants provenant des services de neurochirurgie, rhumatologie, réadaptation, orthopédie/traumatologie, antalgie/anesthésie, psychiatrie, physiothérapie, ergothérapie, chiropraxie et ostéopathie.

Du point de vue clinique, nous proposons donc de compléter le bilan rachidien par une évaluation et un suivi en antalgie, puis par la suite, par une éventuelle électro-neuro-myographie (ENMG) et des infiltrations ciblées.

Une incapacité de travail de 50 % nous semble tout à fait judicieuse et donnera à Mme C. _____ le temps et la disponibilité pour les examens, traitements ainsi que pour pouvoir suivre un programme de traitement multidisciplinaire individualisé. »

10. a) Il convient d'emblée d'observer que le rapport d'expertise rédigé par le J. _____ SA respecte les exigences jurisprudentielles rappelées supra sous consid. 7b. Les experts ont en effet dûment fait état des plaintes de la recourante, analysant l'ensemble des pathologies avérées et alléguées de manière approfondie. On retient que les experts ont procédé à des examens complémentaires (IRM dorsolombaire du 21 septembre 2021) et des investigations cliniques minutieuses dans chacune des spécialités sollicitées par l'intimé avant de se prononcer sur le cas particulier. Le rapport du 22 novembre 2021, complété le 7 janvier 2022, apparaît dûment motivé, exempt de contradictions et consécutif à une analyse fouillée de l'ensemble des pièces versées au dossier. Il n'y a donc a priori pas lieu de douter du bien-fondé des conclusions des experts. Quoi que soutienne la recourante, on ne saurait reprocher aux experts un défaut de motivation de l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail. On relève en effet que les limitations fonctionnelles retenues dans le cas

d'espèce consistent essentiellement en des mesures usuelles d'épargne du rachis. De telles restrictions permettent manifestement l'accomplissement d'une activité lucrative légère à un taux substantiel. On ne voit au demeurant pas en quoi le fait de chiffrer une baisse de rendement de 20 % en raison d'un besoin de pauses supplémentaires serait insuffisant ou incohérent. En revanche, cette appréciation - expliquée aisément par les restrictions fonctionnelles énoncées - emporte la conviction et tient adéquatement compte des contraintes imposées à la recourante dans l'exercice d'une activité adaptée.

b) On ne saurait accorder de crédit aux appréciations communiquées par la Dre B._____, comme le souhaiterait la recourante. On relève en effet que cette praticienne a modifié son évaluation de la capacité de travail au gré de ses différents rapports à l'attention de l'intimé, sans toutefois faire état de motifs médicaux objectifs susceptibles de justifier des fluctuations de l'exigibilité (cf. notamment : rapports des 28 octobre 2019 et 8 avril 2021). Les rapports de la Dre B._____ sont extrêmement succincts, celle-ci s'étant contentée de répondre à des questions du SMR de manière lapidaire. Ces documents sont également imprécis, notamment eu égard aux dates auxquelles prendrait effet une limitation de la capacité de travail (cf. en particulier : rapport du 8 avril 2021). Ils sont donc insuffisants pour remettre en question les conclusions des experts du J._____SA.

c) Il en va de même du rapport d'expertise privée établi par le Prof. N._____. On remarque que ce spécialiste a globalement posé des diagnostics superposables à ceux retenus au sein du J._____SA dans son domaine de compétence, ajoutant pour l'essentiel des considérations liées aux mesures thérapeutiques envisageables dans le cas particulier. Cela étant, le Prof. N._____ s'est permis de faire état de diagnostics du registre psychique, pour lesquels il ne dispose pas de compétences spécialisées. On ajoutera qu'il a également pris en considération des facteurs étrangers à l'invalidité (cf. à cet égard : ATF 127 V 294 consid. 5a), notamment relatifs à la situation psychosociale vécue par la recourante, tout en faisant part de généralités sur la prise en charge des

douleurs chroniques et leurs potentielles conséquences psychologiques. Quoi que soutienne la recourante, on ne saurait considérer que l'appréciation de la capacité de travail effectuée par le Prof. N._____ soit motivée par des éléments cliniques objectifs. Il apparaît bien plutôt que ce praticien a pris en considération la participation à des mesures thérapeutiques pour justifier son appréciation. Il semble en effet que la capacité résiduelle de travail de la recourante serait restreinte à 50 % essentiellement pour des raisons de confort organisationnel, ce qui lui permettrait de poursuivre un programme de rééducation dorsale. Par ailleurs, le Prof. N._____ s'est largement basé sur les douleurs alléguées par la recourante, sans démontrer une modification significative du tableau clinique depuis l'examen expertal conduit au J._____SA. A cet égard, on rappellera que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Enfin, on peine à comprendre comment le Prof. N._____ appréhende la notion de limitations fonctionnelles, puisque, parmi elles, il a également retenu un domaine d'activités (les tâches ménagères) qui ne constitue manifestement pas une limitation fonctionnelle.

Compte tenu de ce qui précède, on ne voit pas que le rapport communiqué par ce spécialiste puisse être doté d'une quelconque valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de retenir ses conclusions pour trancher le cas d'espèce.

d) On ajoutera que les éléments ressortant de l'observation professionnelle, bien que concordants avec l'évaluation du Prof. N._____, n'apparaissent pas déterminants. Il est en effet souligné que les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des

éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C_323/2018 du 20 août 2018 consid. 4.2 et les références).

e) Les pièces dont se prévaut la recourante apparaissant insuffisantes pour faire douter du bien-fondé des conclusions communiquées par le J. _____ SA, il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire du cas particulier. Les conclusions préalable et subsidiaire de la recourante à cette fin peuvent donc être écartées. Il s'agit en définitive de se rallier à l'évaluation du J. _____ SA et de retenir que la recourante est dotée d'une capacité résiduelle de travail de 80 %, eu égard à une baisse de rendement de 20 %, dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

11. a) A ce stade, il s'agit de se prononcer sur le degré d'invalidité retenu dans la sphère d'activité lucrative. Il est incontesté que, depuis le mois d'août 2017, la recourante est totalement incapable d'exercer son ancienne activité d'adjointe-gérante dans le commerce de détail. Elle est en revanche dotée d'une capacité de travail de 80 %, en raison d'une baisse de rendement de 20 %, dans toutes activités adaptées à son état de santé, y compris celle de vendeuse en librairie.

b) La comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

c) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé. Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe

du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1). 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).

d) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou pas dans la mesure exigible -, le revenu d'invalidé est évalué sur la base des salaires ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb).

aa) Lorsque les tables de l'ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1_skill_level, à la ligne « total secteur privé » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale. Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et les références citées). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 pour se référer à la table T17 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 ; 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.2 et les références citées).

bb) En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). Dans ce cadre, le juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid 5.2).

12. a) S'agissant du revenu sans invalidité, on ne voit aucune raison de s'écarter des données communiquées par F._____SA aux termes du rapport d'employeur complété le 7 mars 2018. Il en ressort que la recourante, en poursuivant son activité à 90 %, aurait réalisé un salaire mensuel de 4'125 fr. versé treize fois (53'625 fr. par année, valeur 2017), soit 59'583 fr. porté au taux de 100 %. Ce montant doit être actualisé à l'année 2018 (année d'ouverture de l'éventuel droit à la rente) au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1942-

2022) ». Etant donné une indexation de 0,5 % en 2018, on aboutit à un revenu sans invalidité déterminant de 59'880 francs.

b) La recourante revendique la prise en compte d'heures supplémentaires au titre de revenu sans invalidité déterminant, exposant en avoir réalisé régulièrement durant les deux années précédant la survenance de ses problèmes de santé. On ne dispose toutefois des données de l'employeur qu'à partir de l'année 2015, au moyen desquelles on observe que la recourante a effectué des heures supplémentaires durant neuf mois en 2015, durant quatre, voire cinq mois, en 2016 et uniquement durant deux mois en 2017 (avril et juillet). Ces éléments paraissent insuffisants pour considérer que la recourante aurait vraisemblablement réalisé des heures supplémentaires sur le long terme, de manière régulière. Cela étant, même si le montant de 1'337 fr., correspondant à la moyenne des heures supplémentaires revendiquées par la recourante, devait être comptabilisé en sa faveur, cela ne modifierait pas le résultat du recours (cf. consid. 17 *infra*). Cas échéant, il conviendrait d'ajouter ce montant à celui de 59'583 fr. retenu annuellement, ce qui mettrait à jour un total de 60'920 fr. de revenu annuel à 100 %. Indexé de 0,5 % à l'année 2018, on obtiendrait ainsi un revenu sans invalidité déterminant de 61'224 francs.

13. a) Eu égard au revenu d'invalidité, il est établi que la recourante n'exerce pas une activité lucrative au taux médicalement exigible de 80 %, de sorte que le recours à l'ESS s'impose in casu. Il y a lieu de se référer au montant total recouvrant les activités de la production et des services. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé était, en 2018, de 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, tableau TA1_skill_level, total, niveau de compétence 1), lequel doit être porté à 4'556 fr. pour prendre en considération la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures dans les entreprises (cf. Indicateurs du marché du travail 2018 ; TA2.1). On aboutit ainsi à un revenu de 54'681 fr. par an pour une activité exercée à 100 % et donc de 43'744 fr. à 80 %, vu la baisse de rendement de 20 % reconnue

médicalement. A l'instar de l'intimé, on peut renoncer à procéder à un abattement supplémentaire, puisque les limitations fonctionnelles ont été prises en compte au titre de la baisse de rendement précitée. Quoi qu'en dise la recourante, ses limitations fonctionnelles ne sauraient être sérieusement considérées comme « importantes » et « contraignantes », étant rappelé qu'elles englobent essentiellement les mesures usuelles d'épargne du rachis. Une déduction de 15 %, telle que requise par la recourante, ne paraît donc manifestement pas justifiée pour ce motif. On ajoutera que la recourante est de nationalité suisse et ne rencontre pas de difficultés à s'exprimer en français. Elle a d'ailleurs été en mesure d'obtenir un CFC en 2016, ce qui démontre des facultés d'adaptation et d'apprentissage non négligeables sur le marché ordinaire du travail. On retiendra également que son âge au moment de l'ouverture du droit à la rente (47 ans) ne constitue pas un motif suffisant autorisant de procéder à un abattement. Le revenu d'invalidé déterminant s'élève donc à 43'744 fr. en 2018.

b) Il est envisageable et favorable à la recourante de se référer au secteur des services (lignes 45 à 96 du TA1_skill_level, niveau de compétence 1), étant donné qu'elle a toujours exercé des activités de ce registre et que ce secteur lui offre les meilleures probabilités de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail. Le salaire de référence pour une femme est de 4'293 fr. par mois, part au treizième salaire comprise, réalisable dans des activités simples du domaine des services en 2018. Ce montant doit être porté à 4'475 fr. pour prendre en considération la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures dans les entreprises (cf. Indicateurs du marché du travail 2018 ; TA2.1). On aboutit ainsi à un revenu de 53'705 fr. par an pour une activité exercée à 100 % et donc de 42'964 fr. à 80 %, étant donné la prise en compte d'une baisse de rendement de 20 %.

14. a) Vu les chiffres ci-dessus, la comparaison des revenus met en évidence un degré d'invalidité de 26,95 % $[(59'880 - 43'744) \times 100 / 59'880]$ en se fondant sur le TA1, total (production et services). Le degré

d'invalidité se monte à 28,25 % $[(59'880 - 42'964) \times 100 / 59'880]$ en se fondant uniquement sur le secteur des services du TA1.

b) Si l'on prenait en considération les heures supplémentaires dans la détermination du revenu sans invalidité, on obtiendrait un degré d'invalidité de 28,55 % $[(61'224 - 43'744) \times 100 / 61'224]$ sur la base du TA1, total (production et services), et de 29,83 % $[(61'224 - 42'964) \times 100 / 61'224]$ sur la base du secteur des services du TA1.

15. a) Il convient désormais d'examiner si le degré d'invalidité dans la sphère des tâches ménagères peut être déterminé en l'état du dossier de la recourante, en dépit de l'absence d'enquête réalisée à son domicile (cf. art. 69 al. 2 RAI), laquelle constitue en règle générale une base appropriée pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (cf. ATF 140 V 543 consid. 3.2.1).

b) S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on soulignera que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur

ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (TF 9C_716/2012 du 11 avril 2012 consid. 4.4). Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; 130 V 97 consid. 3.3.3 et les références).

16. a) Concernant les empêchements dans le ménage, l'expert en médecine interne générale du J. _____ SA, le Dr L. _____, a eu l'occasion de se prononcer précisément sur les différents postes usuellement examinés dans le cadre d'une enquête ménagère (cf. rapport d'expertise du J. _____ SA du 22 novembre 2021, expertise spécialisée en médecine interne, p. 20 et 21) :

« [...] **Alimentation**

Actuellement :

Préparer et cuire les aliments : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Servir les repas : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Nettoyer la cuisine au quotidien : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Faire des provisions : réalisé à 100 % par la personne assurée (elle peut porter 2 kg au maximum, avec l'aide de son fils pour les charges supplémentaires, selon ses dires).

Avant son incapacité de travail :

Préparer et cuire les aliments : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Servir les repas : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Nettoyer la cuisine au quotidien : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Faire des provisions : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Comparaison et discussion de l'expert :

Du point de vue de la médecine interne, les atteintes à la santé spécifiques n'ont jamais eu d'effets sur les activités décrites ci-dessus.

Entretien du logement ou de la maison, et garde des animaux domestiques

Actuellement :

Ranger, épousseter : réalisé à 100 % par la personne assurée, 1 fois par mois, en raison de la cervico-dorso-lombalgie.

Passer l'aspirateur : réalisé à 100 % par la personne assurée, 1 fois tous les 3 mois, en raison de la cervico-dorso-lombalgie.

Entretien des sols : réalisé à 100 % par la personne assurée, 1 fois tous les 3 mois, en raison de la cervico-dorso-lombalgie.

Nettoyer les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, promener et nettoyer les animaux domestiques : réalisé à 100 % par la personne assurée, 1 fois par semaine elle arrose les plantes.

Sortir les déchets : réalisé à 0 % par la personne assurée depuis 3 ans, en raison de la lombalgie, son fils le fait à 100 %.

Avant son incapacité de travail :

Ranger, épousseter : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Passer l'aspirateur : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Entretien des sols : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Nettoyer les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, promener et nettoyer les animaux domestiques : réalisé à 100 % par la personne assurée, 1 fois par semaine elle arrose les plantes.

Sortir les déchets : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Comparaison et discussion de l'expert :

Du point de vue de la médecine interne, les atteintes à la santé spécifiques n'ont jamais eu d'effets sur les activités décrites ci-dessus.

Achats et courses diverses

Actuellement :

Courses quotidiennes avec charges lourdes et achats plus importants : réalisé à 0 % par la personne assurée, en raison de la lombalgie, son fils les fait.

Poste, assurances, services officiels : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Paiement des factures : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Avant son incapacité de travail :

La personne assurée était capable de tout réaliser à 100 %, sans aide, ni adaptation.

Comparaison et discussion de l'expert :

Du point de vue de la médecine interne, les atteintes à la santé spécifiques n'ont jamais eu d'effets sur les activités décrites ci-dessus.

Lessive et entretien du linge

Actuellement :

Laver, étendre : réalisé à 100 % par la personne assurée, 1 fois par semaine, en aide complémentaire son fils descend et remonte le linge de la buanderie.

Plier le linge : réalisé à 100 % par la personne assurée.

Repasser : réalisé à 0 % par la personne assurée, en raison de la lombalgie, « ils n'ont pas besoin ».

Raccommoder : réalisé à 0 % par la personne assurée, en raison des cervicalgies d'allure musculosquelettique.

Nettoyer les chaussures : néant, « ils n'ont pas besoin ».

Avant son incapacité de travail :

La personne assurée était capable de tout réaliser à 100 %, sans aide, ni adaptation.

Comparaison et discussion de l'expert :

Du point de vue de la médecine interne, les atteintes à la santé spécifiques n'ont jamais eu d'effets sur les activités décrites ci-dessus.

Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille

Néant. Aucune personne à charge de soins. [...] »

Le Prof. N. _____ a, de son côté, classé les tâches ménagères dans les limitations fonctionnelles retenues dans le cas de la recourante, ce qui ne saurait – à l'évidence – refléter la réalité. Les tâches ménagères constituent au demeurant un domaine d'activités et ne correspondent pas à la notion de restrictions fonctionnelles médicales dans le cadre d'un examen pertinent en matière d'assurance sociale (cf. rapport d'expertise privée du 27 octobre 2022, p. 10).

b) En l'espèce, les limitations fonctionnelles de la recourante – somme toutes modestes et usuelles pour ménager le rachis – ne justifient pas d'empêchement significatif dans l'exécution des tâches ménagères, ainsi que l'a relevé l'expert du J. _____ SA, dont l'appréciation peut être suivie. On rappellera que cette sphère d'activités ne comporte pas les exigences de rendement d'une activité lucrative, la recourante étant en mesure de ménager son rythme et ses efforts dans une mesure compatible avec son état de santé. On retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante ne rencontre des difficultés que dans l'exécution de tâches lourdes, telles que le port et le soulèvement de certaines courses, le débarras des déchets et le transport du linge. Elle dispose de l'assistance de son fils pour mener à bien ces tâches, ce qui peut être pris en compte au titre de l'aide exigible d'un jeune adulte faisant ménage commun avec sa mère. Il serait d'ailleurs envisageable que l'intéressé participe davantage aux tâches quotidiennes pour soulager sa mère, par exemple dans les nettoyages lourds ou nécessitant des mouvements particuliers, comme l'entretien des sols ou des vitres, le changement de la literie, ainsi que toute activité impliquant le soulèvement ou le port d'objets lourds ou fragiles. Au surplus, on peut également exiger de la recourante qu'elle se dote de moyens auxiliaires pour faciliter certaines tâches difficiles (cabas à roulettes pour les courses et les objets lourds, balais et aspirateurs légers, etc.) et qu'elle recoure à

des services courants en ligne (commandes en ligne pour les courses hebdomadaires).

c) Il s'ensuit que le total des empêchements, respectivement le degré d'invalidité, dans la sphère ménagère doit être chiffré à 0 %. On relèvera que même dans l'éventualité – manifestation non réalisée en l'espèce – d'un empêchement total dans l'accomplissement des tâches ménagères, le degré d'invalidité global resterait en-dessous du seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente (cf. consid. 17 *infra*), de sorte que l'on peut se passer de la réalisation d'une enquête sur les empêchements ménagers au domicile de la recourante.

17. a) Compte tenu des considérants *supra*, le degré d'invalidité global de la recourante se monte au maximum à 26,84 % ($[29,83 \times 0,9] + [0 \times 0,1]$), arrondi à 27 %, ce qui exclut le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Il est précisé que même si des empêchements de 100 % devaient être pris en compte dans l'accomplissement des travaux habituels (ménage), le taux d'invalidité n'excéderait pas 36,84 % ($[29,83 \times 0,9] + [100 \times 0,1]$), arrondi à 37 %, toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 LAI).

b) On ajoutera qu'en l'espèce, il n'apparaît pas opportun de mettre en œuvre un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, quand bien même le degré d'invalidité de la recourante dépasse le seuil de 20 % considéré comme déterminant par la jurisprudence fédérale (cf. à cet égard : ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées). On rappelle en effet que la recourante est dotée d'un CFC de gestionnaire du commerce de détail, lequel lui donne accès à nombre d'activités légères du domaine de la vente, adaptées à son état de santé, sans nécessité d'une formation complémentaire. Au demeurant, d'autres mesures professionnelles ne semblent pas s'imposer en l'état, vu que la recourante a décidé de poursuivre l'activité déployée au sein de la Librairie D. _____ à un taux réduit, pour des motifs partiellement inhérents aux contraintes budgétaires de cet employeur.

18. a) La recourante requiert la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport du Prof. N. _____ s'élevant à 3'000 francs.

b) L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2 ; ATF 115 V 62 consid. 5c).

c) En l'occurrence, le rapport du Prof. N. _____ n'a, comme le démontre la motivation du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour infirmer la position de l'intimé. Le rapport du Prof. N. _____ n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimé.

19. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision de l'intimé du 13 décembre 2022 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 11 juin 2024, Me Monney a chiffré à 23,65 heures (soit 23 heures et 39 minutes) le temps consacré au dossier de la recourante.

aa) S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. En effet, plusieurs opérations figurant dans ladite liste ne sont manifestement pas en rapport avec la présente cause et doivent être retranchées. Il s'agit des opérations concernant des contacts avec les différentes caisses de pension et autres assureurs concernés par le cas d'espèce, ainsi que les correspondances corrélatives adressées à la recourante. Si, comme le souligne Me Monney, on comprend le bien-fondé de ces opérations en vue de la défense des intérêts de la recourante, il n'en demeure pas moins qu'elles ne sont d'aucune utilité dans le cadre du présent litige, en l'absence de circonstances particulières (ATF 143 III 10 consid. 3.1 ; 141 I 70 consid. 6). Doivent également être retranchées la majorité des opérations postérieures à la duplique du 18 juillet 2023, Me Monney n'étant intervenue que le 26 mars 2024 pour s'enquérir de l'état d'avancement de la procédure auprès de la Cour de céans. On ajoutera que le temps consacré à la rédaction d'un mémoire de recours et d'une réplique apparaît excessif, alors que Me Monney a, pour l'essentiel, repris les arguments développés au stade de la procédure administrative. En définitive, les heures réalisées doivent être ramenées à un total de 15 heures au maximum, dont une heure déployée en 2024.

bb) Compte tenu du tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ), auxquels s'ajoutent des débours à concurrence de 126 fr. et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 203 fr. 75, il y a lieu de prendre en considération un total de 2'849 fr. 75 pour 14 heures d'activités assumées durant l'année 2023.

cc) S'agissant de l'année 2024, il convient de tenir compte d'une heure d'activité au tarif horaire de 180 fr. et d'y ajouter les débours par 9 fr., ainsi que la TVA au taux de 8,1 %, pour aboutir au total de 204 fr. 30.

dd) C'est en définitive la somme de 3'054 fr. 05 (2'849 fr. 75 + 204 fr. 30) qui doit être retenue au titre de l'assistance judiciaire nécessaire dans la présente affaire.

e) La rémunération de l'avocate d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

f) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office, à hauteur de 3'654 fr. 05 (3'054 fr. 05 + 600 fr.), dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

**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 13 décembre 2022 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 supportés par l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jeanne-Marie Monney, conseil d'office de la recourante, est arrêtée à 3'054 fr. 05 (trois mille cinquante-quatre francs et cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** 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 et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jeanne-Marie Monney, à Lausanne (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :