

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2025

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Neu, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1988, a exercé comme employée (contrôleuse qualité) dans le domaine de l'horlogerie entre 2006 et 2014 auprès de différentes entreprises établies dans [...]. Après une période de chômage, l'assurée, qui ne dispose d'aucune formation professionnelle certifiée, a ensuite travaillé dès novembre 2015 comme gérante d'un bar-restaurant, au [...]. Elle a cessé cette activité en juin 2016 dès lors que l'établissement n'était pas rentable, l'assurée ayant expliqué qu'elle n'était pas en mesure de se verser un salaire.

Dès le mois d'août 2016, l'assurée a commencé à ressentir des céphalées, accompagnées de vertiges, qui sont devenues plus fréquentes au fil du temps, avec une aggravation depuis le printemps 2018. Une IRM céphalique a été réalisée en mars 2017, lors de laquelle il a été découvert un anévrisme carotido-ophtalmique gauche, traité par stent le 22 janvier 2018 (rapport d'entretien du 15 août 2018 dans le cadre de la détection précoce ; rapport du 27 mars 2018 du Dr B._____, spécialiste en radiologie ; rapport du 20 septembre 2018 du Dr F._____, spécialiste en neurologie).

À partir de mars 2017, l'assurée a en outre présenté un trouble anxio-dépressif (rapport du 11 octobre 2017 du Dr L._____, médecin généraliste traitant), respectivement un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), ainsi que des angoisses en rapport avec les atteintes somatiques (rapport du 30 octobre 2018 du Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

Le 20 avril 2018, une chute de l'assurée dans un escalier lui a par ailleurs provoqué une déchirure du bourrelet glénoïdien antéro-supérieur (SLAP), mise en évidence par une arthro-IRM du 21 juin 2018. Les douleurs ressenties par l'assurée semblaient liées à un syndrome cervico-brachial du membre supérieur gauche (rapport du 13 septembre

2018 du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Après avoir écarté un syndrome de Sjögren, les médecins ont suspecté chez l'assurée une possible connectivité indifférenciée et une maladie coéliqua (rapport du 20 août 2019 du Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, allergologie et immunologie clinique).

B. Le 29 août 2018, l'assurée 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), produisant à cet égard des rapports médicaux établis par ses médecins traitants.

Par avis du 8 septembre 2020, la Dre T._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a constaté qu'au regard des différents diagnostics posés depuis 2017 sur les axes rhumatologique, neurologique et psychiatrique, il n'était pas envisageable de se prononcer en l'état du dossier. Elle a préconisé la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire.

Dans le rapport d'expertise qu'ils ont établi le 29 juin 2021 au sein du H._____, (H._____), le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le Dr M._____, médecin praticien, la Dre V._____, spécialiste en neurologie, et le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie (ci-après : les experts) ont posé les diagnostics suivants s'agissant des atteintes ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles :

- Une connectivité indifférenciée (M35.8) qui entraînait les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'efforts de soulèvement de plus de 5 kg, activité avec changement de position régulier et nécessité de pauses régulières ;
- Des migraines chroniques (G43.1) qui, du fait de leur fréquence et de l'accompagnement de vertiges, avaient pour conséquence que l'assurée doive régulièrement prendre des pauses et s'allonger ;
- Un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), ainsi qu'un trouble panique (F41.0),

qui exigeaient que le travail soit répétitif et qu'il ne nécessite ni planification, ni d'adaptation immédiate, ni encore de prise de décision brutale ou de traitement d'informations multiples.

Les experts ont exposé ce qui suit s'agissant de la capacité de travail de l'assurée dans sa dernière activité (serveuse et gérante d'un bar-restaurant) et dans une activité adaptée :

« La capacité de travail est de 100 % jusqu'à mars 2017, puis elle est de 80 % pour raisons psychiatriques de mars 2017 au printemps 2018. Elle est ensuite de 50 % pour des raisons neurologiques - la limitation psychiatrique ne s'ajoutant pas à celle de la neurologie - du printemps 2017 (sic) à juillet 2018. Elle est ensuite, pour des raisons neurologique (50 %) et rhumatologique (70 %), à partir de juillet 2018, de 35 %. »

Par courrier du 15 juillet 2021 adressé à H._____, la Dre T._____, pour le SMR, a sollicité des experts un rapport complémentaire, les invitant à argumenter le raisonnement les ayant conduits à retenir pour l'assurée une capacité de travail de 35 % dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

Dans leur rapport complémentaire du 9 août 2021, les experts ont relevé ce qui suit :

« Après discussion entre les différents experts, nous confortons notre point de vue. En effet, la neurologue nous a expliqué que lorsque l'expertisée souffre de migraines, alors elle ne peut pas travailler. Son incapacité est de 100 % les jours où elle souffre de migraines, puisque les crises sont sévères. Ces migraines sont présentes entre 15 et 18 jours par mois, soit 50 % du temps. En dehors de ces jours, il n'existe pas de limitation fonctionnelle neurologique. En revanche, les limitations fonctionnelles rhumatologiques sont toujours présentes. Ceci explique l'aspect cumulatif des incapacités de travail rhumatologique et neurologique ».

Par avis médical du 13 août 2021, la Dre T._____, pour le SMR, a relevé qu'en dépit des explications complémentaires des experts, elle ne saisissait toujours pas leur raisonnement selon lequel la capacité de travail de l'assurée devait être fixée à 35 %. Selon elle, les constatations médicales opérées par les experts auraient dû les amener à retenir une capacité de travail de 50 %.

Dans son rapport du 25 août 2022, établi ensuite d'un entretien avec l'assurée tenu le 4 août 2022, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a observé que l'assurée ne souhaitait pas participer à des mesures de réinsertion. Elle n'avait aucun projet professionnel, ne se sentant pas capable de faire quoi que ce soit en raison de ses fréquentes et douloureuses migraines.

Par courrier du 19 décembre 2022, le Prof. K._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a informé l'OAI que l'assurée semblait être atteinte d'une fibromyalgie assez claire avec une péjoration post-Covid.

Par avis médical du 20 mars 2023, la Dre T._____, pour le SMR, a estimé qu'aucun élément ne plaidait en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise. Aussi, il fallait toujours considérer qu'elle disposait d'une capacité de travail de 50 %, étant observé que l'assurée ne souhaitait au demeurant pas s'engager dans des mesures de réinsertion.

Dans son projet de décision du 3 avril 2023, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente à partir de 1^{er} février 2019. En substance, considérant une capacité de travail de 50 % pour une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et se fondant sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour l'année 2018, il a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu de 54'681 fr. 21 sans atteinte à la santé et de 27'340 fr. 61 avec atteinte à la santé, de sorte que le degré d'invalidité était de 50 %, ce qui lui ouvrait le droit à une demi-rente.

Le 31 mai 2023, l'assurée, désormais représentée par l'avocate Claire Neville, a présenté ses objections au projet de décision précité. Elle a produit différents certificats médicaux dont elle entendait déduire que la reprise d'un travail régulier, même à un taux réduit, était impossible eu égard à son état de santé.

Par avis médicaux successivement établis le 23 août 2023, puis le 29 novembre 2023, la Dre T._____, pour le SMR, a estimé, après avoir procédé à des compléments d'instruction et réceptionné un nouveau rapport psychiatrique du 27 septembre 2023, qu'il n'existait aucun nouvel élément clinique susceptible de modifier la position de l'OAI.

Par décision du 11 janvier 2024, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente à partir du 1^{er} février 2019 (degré d'invalidité de 50 %), confirmant ainsi son projet de décision.

C. a) Par acte du 12 février 2024, Z._____, désormais représentée par Marc Zürcher, avocat auprès de Procap Suisse, à Bienne, a formé un recours contre la décision du 11 janvier 2024. Elle a conclu principalement à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente entière de l'assurance-invalidité lui soit accordée dès février 2019. À titre subsidiaire, elle a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. En particulier, l'assurée a contesté disposer d'une capacité de travail de 50 %, arguant que le rapport du SMR retenant un tel taux n'avait aucune valeur probante en comparaison de l'expertise, dont il devait clairement être déduit que sa capacité de travail était de 35 %. Aussi, dès lors qu'elle ne pouvait pas travailler à plus de 50 % en raison de son invalidité, il convenait encore, en application de l'art. 26bis al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), d'opérer une déduction forfaitaire de 20 % au moment de déterminer le revenu avec invalidité sur la base des données statistiques tirées de l'ESS. À l'appui de son recours, elle a produit une procuration justifiant des pouvoirs de son conseil ainsi qu'une copie de la décision dont est recours et requis la production en mains de l'OAI de son dossier intégral.

b) Le 28 février 2024, Z._____ a requis l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et a sollicité d'être dispensée de fournir une avance de frais. Elle a produit à son appui un lot de pièces attestant de sa situation personnelle et financière.

Par prononcé du 8 mars 2024, la Juge instructrice de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal alors en charge du dossier a accordé à Z._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 février 2024, dit que le bénéfice de l'assistance judiciaire était accordé dans la mesure de l'exonération d'avances et de celle des frais judiciaires et dit que Z._____ était exonérée de toute franchise mensuelle.

c) Le 11 avril 2024, l'office intimé a déposé sa réponse au recours, concluant à la réforme de la décision litigieuse dans le sens de l'octroi à la recourante d'une rente entière dès le 1^{er} février 2019. Il a produit à cet égard les rapports établis le 20 mars 2024 par la Dre T._____ (SMR) et le 21 mars 2024 par D._____, spécialiste en questions professionnelles, lesquels avaient dans l'intervalle procédé à un nouvel examen du dossier.

d) Dans ses déterminations du 15 mai 2024, la recourante a invité la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à constater l'acquiescement de l'intimé et partant à ordonner l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès février 2019.

e) Le 11 juin 2024, l'office intimé a indiqué qu'il n'avait pas d'observations complémentaires.

f) Le dossier de la cause a été repris par le juge soussigné en février 2025.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un

recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si elle peut prétendre à une rente d'invalidité entière (et non à une demi-rente) à partir du 1^{er} février 2019.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) Au vu de la date du dépôt de sa demande, le 29 août 2018, et de la date d'ouverture du droit à une rente, fixée par l'intimé au 1^{er} février 2019 en application de l'art. 29 al. 1 et 3 LAI, l'ancien droit demeure applicable.

4. Les déterminations de l'OAI du 11 avril 2024 font entièrement droit aux conclusions de la recourante, de sorte qu'elles constituent un acquiescement. Toutefois, un tel acquiescement est en principe inopérant

en droit des assurances sociales, en ce sens qu'il ne rend pas le litige sans objet et ne dispense ainsi pas le juge de se prononcer sur le recours (TF 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, p. 647, note de bas de page n° 168 ad art. 53 LPGA), si bien qu'il y a lieu de rendre un arrêt statuant sur le sort de la présente procédure.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas 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).

6. 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) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

7. a) En l'espèce, dans la décision attaquée, l'office intimé, suivant en cela l'avis médical établi par le SMR en date du 20 mars 2023, avait estimé que la recourante conservait en l'état une capacité de travail de 50 %, ceci tant dans le cadre de son activité habituelle que dans le cadre d'une activité adaptée.

Cela étant, l'office intimé s'était écarté des conclusions ressortant de l'expertise médicale multidisciplinaire qui avait été réalisée le 29 juin 2021, laquelle concluait pour sa part à une capacité de travail de 35 %, à compter de juillet 2018.

b) Toutefois, dans sa réplique remise à la Cour de céans le 11 avril 2024, l'office intimé a expliqué qu'il se ralliait aux conclusions de l'expertise, après avoir procédé à un nouvel examen de celle-ci.

Se référant au rapport d'expertise, l'office intimé a précisé avoir finalement compris des explications contenues dans ce rapport qu'en raison de ses limitations fonctionnelles constatées sur le plan rhumatologique - à savoir une connectivité indifférenciée entraînant la nécessité d'absence d'efforts de soulèvement de plus de 5 kg, d'une activité avec changement de position régulier ainsi que de pauses régulières -, la recourante disposait d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. À bien comprendre les experts, il fallait en outre prendre en considération qu'en raison de ses limitations fonctionnelles liées à ses atteintes neurologiques - qui prenaient la forme de migraines très intenses, persistant toute la journée à raison de 14 à 18 jours par mois -, la recourante serait absente durant la moitié de ses jours de travail à 70 %, de sorte que la capacité de travail de la recourante devait en définitive être fixée à 35 % (70 % x 50 %).

c) Ce raisonnement doit être suivi. En effet, quand bien même les explications des experts quant à la capacité de travail de la recourante n'avaient pas été d'une grande limpidité, il doit effectivement être déduit de leur rapport établi le 29 juin 2021 que les experts entendaient donner une portée cumulative aux limitations fonctionnelles qu'ils avaient constatées sur le plan rhumatologique (capacité de travail de 70 %) et neurologique (capacité de travail de 50 %), à défaut de celles constatées sur le plan psychiatrique (capacité de travail de 80 %), qui ne s'additionnaient en revanche pas aux autres (cf. rapport d'expertise, pt 4.7 à 4.10 p. 6).

d) Il s'ensuit que c'est bien une capacité de travail de 35 % qui doit être retenue à compter de juillet 2018.

8. Il reste à procéder à l'évaluation du taux de l'invalidité de la recourante eu égard aux revenus qu'elle est susceptible de réaliser avec et sans invalidité.

9. a) 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]).

b) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

c) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans

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

d) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

10. a) En l'espèce, dans la décision entreprise, l'office intimé a pris en considération les données statistiques de l'ESS pour une femme sans formation travaillant dans des activités relevant de la production et des

services (niveau de compétences 1), ceci tant pour fixer le revenu sans invalidité que celui avec invalidité.

Cette approche, qui n'est pas contestée en tant que telle par la recourante, doit être suivie attendu qu'en l'occurrence, une évaluation concrète apparaît d'emblée compromise. On observera en effet, s'agissant de la détermination du revenu sans invalidité, que la recourante, dont on rappelle qu'elle ne dispose d'aucune formation professionnelle, n'avait pas réalisé de revenus réguliers depuis 2014 – époque à laquelle elle avait cessé d'œuvrer comme employée (contrôleuse qualité) dans le domaine de l'horlogerie –, s'étant ensuite retrouvée au chômage jusqu'en novembre 2015. Au reste, alors que sa dernière activité avant la survenance de son invalidité avait été celle de gérante (et serveuse) dans un bar-restaurant à plein temps entre novembre 2015 et juin 2016, elle avait exposé ne pas avoir été mesure d'en tirer un salaire au motif que l'établissement n'avait pas été rentable.

La recourante n'ayant pas repris d'activité ensuite de la survenance de son invalidité, c'est à juste titre que l'OAI a également utilisé l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidé.

b) Cela étant, il n'est pas contesté que le droit à la rente prend en l'espèce naissance le 1^{er} février 2019, la recourante ayant déposé sa demande de prestations le 29 août 2018 et ses médecins ayant attesté une totale incapacité de travail à partir de mars 2017.

aa) Aussi, selon l'ESS 2018, dernière évaluation statistique pertinente au 1^{er} février 2019, le revenu annuel à prendre en considération à titre de revenu sans invalidité – s'agissant d'une femme pour un niveau de compétences 1 (tâches physiques ou manuelles simples) dans le secteur de la production ou des services – est de 52'452 fr. pour une activité de 40 heures par semaine (4'371 fr. x 12 ; cf. ESS 2018, tableaux TA1_skill_level), correspondant à 54'681 fr. 21 pour une activité de 41.7 heures par semaine. En tenant encore compte de l'indexation pour l'année 2019 (1.0 % ; cf. OFS, Indice des salaires

nominaux, femmes, tableau T.1.2.10), c'est un montant de 55'228 fr. 02 qu'il faut retenir à titre de revenu sans invalidité.

bb) Le revenu avec invalidité doit être fixé sur la même base, tout en prenant en considération une capacité résiduelle de travail de 35 %, de sorte que ce revenu doit être arrêté dans un premier temps à 19'329 fr. 80 (35 % x 55'228 fr. 02).

De surcroît, comme le prévoit la jurisprudence relative aux dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75), il convient en l'espèce de tenir compte des circonstances propres à restreindre les perspectives salariales concrètes de la recourante par rapport aux données statistiques. Ainsi, en l'occurrence, comme l'a observé l'office intimé dans une note interne versée au dossier (cf. communication interne établie par D._____ le 21 mars 2024), il apparaît que seul un nombre restreint d'employeurs serait prêt à engager la recourante au regard de ses limitations fonctionnelles, dont on rappelle qu'elles impliquent, en raison de ses migraines chroniques, qu'elle soit absente, de manière imprévisible, environ un jour sur deux (pour rappel, ses migraines surviennent durant 14 à 18 jours par mois). Outre sa capacité de travail déjà réduite à 35 %, le défaut de fiabilité de la recourante quant à ses jours de présence effective au travail constitue à n'en pas douter un frein important pour bon nombre d'employeurs, qui exigent de pouvoir compter sur une planification prévisible des jours de travail de leurs employés.

Dans ce contexte, il se justifie d'opérer une déduction de 20 % comme en convient l'OAI sur le revenu arrêté sur la base des données statistiques. Une telle déduction de 20 % sur les valeurs statistiques correspond du reste au taux prévu par l'art. 26bis al. 3, deuxième phrase, RAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, s'agissant des assurés qui, comme la recourante, ne peuvent travailler qu'avec une capacité fonctionnelle de 50 % ou moins du fait de leur invalidité.

Le revenu avec invalidité sera donc fixé à 15'463 fr. 84 (19'329 fr. 80 - 20 %).

c) Dans la mesure où la recourante présente ainsi une perte de revenu de 39'764 fr. 18 (55'228 fr. 02 - 15'463 fr. 84), le degré d'invalidité doit être arrêté à 72 % (39'764 fr. 18 x 100 / 55'228 fr. 02), ce qui en définitive lui ouvre le droit à une rente entière.

11. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2019.

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 intimée, vu l'issue du litige.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'aide d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Vérifiée d'office, la liste des opérations déposée par Me Zürcher le 15 mai 2024, faisant état de 11,9 heures d'activité, peut être admise. Il convient dès lors de fixer l'indemnité de dépens à 2'026 fr. 10, débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre entièrement à la charge de l'intimé.

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

I. Le recours est admis.

- II.** La décision du 11 janvier 2024 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Z._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2019.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ une indemnité de 2'026 fr. 10 (deux mille vingt-six francs et dix centimes) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour Z._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :