

VD_GERICHTE ZD23.037569 vom 24. Januar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-01-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.037569

FR: VD_GERICHTE ZD23.037569 du 24 janvier 2025

IT: VD_GERICHTE ZD23.037569 del 24 gennaio 2025

Erwägungen

E. 3

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

- 18 - 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre

- 19 - 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont

applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 4

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la

- 20 - situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). d) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour

remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une

- 21 - opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

E. 4.1

; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). 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 129 V 222 consid. 4.3.1). Lorsque le revenu est soumis à de fortes fluctuations, le revenu sans invalidité peut être établi sur la base du revenu moyen réalisé pendant une assez longue période (TF 9C_341/2022 du 08.11.2022 ; cf. ch. 3301 CIRAI [Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité éditée par l'Office fédéral des assurances sociales] ; jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 3024 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité]). On ne tiendra compte d'une hypothétique évolution salariale en raison d'un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances telles qu'une éventuelle promotion ou d'un changement d'emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d'intention de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6 ; TF 9C_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 18 ad art. 16 LPGa). Les revenus obtenus par l'exercice d'une ou de plusieurs activités accessoires sont pris en considération dans la fixation du revenu sans invalidité, lorsque la personne assurée réalisait déjà de tels gains accessoires avant l'atteinte à la santé et si l'on peut admettre qu'elle aurait, selon toute vraisemblance, continué à les percevoir si elle était

- 38 - restée en bonne santé. Est décisif le fait que la personne assurée obtenait un revenu qu'elle continuerait à percevoir si elle n'était pas devenue invalide (parmi d'autres, TF 8C_765/2016 du 13 septembre 2017 consid.

E. 4.3

et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le

- 23 - comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que

le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

E. 4.5

et TF 9C_699/2008 du 26 janvier 2009 consid. 3.3). c) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également

- 39 - 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). cc) 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).

E. 5

a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par

l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les symptômes décrits et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

- 22 - c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid.

E. 6

a) En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle, mais qu'elle conservait une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % entre mars et avril 2021, puis de 80 % dès mai 2021. Ce constat s'appuyait sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 septembre 2022. Pour poser leurs conclusions, les experts de R._____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. synthèse du dossier, annexe 1 du rapport d'expertise), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné la recourante depuis mars 2020, ainsi que les pièces médicales antérieures fournies par le Dr S._____. Les experts ont chacun examiné

l'intéressée et établi un rapport portant sur leur spécialité respective (ch. II à IV du rapport d'expertise). Les trois rapports comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec la recourante, incluant ses déclarations spontanées, des anamnèses familiale, sociale, scolaire et professionnelle, les antécédents médicaux ainsi qu'une description de sa journée-type (ch. 3 des expertises spécialisées) et, d'autre part, les observations (ch. 4 des expertises spécialisées), les diagnostics (ch. 6 des expertises spécialisées), une évaluation médicale et médico-assurantielle (ch. 7 des expertises spécialisées) et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises

- 24 - par l'intimé (ch. 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle (ch. I du rapport d'expertise) propose une synthèse étayée de la situation médicale de la recourante. Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en matière de valeur probante. b) Contestant la valeur probante de l'expertise consensuelle, la recourante a relevé dans un premier grief que les experts avaient retenu, à tort, qu'elle était depuis février 2021 « à 40 % à l'assurance (d'indemnités journalières) » (ch. 1.1 du mémoire de recours). Par cette indication, les experts n'ont pas retenu que les médecins traitants attestaient d'une incapacité de travail de 40 %, mais ont uniquement constaté que l'assurance perte de gain versait des indemnités journalières correspondant à un taux de 40 %. Cette information était conforme aux pièces figurant dans le dossier remis aux experts, puisque l'assurance perte de gain a versé des prestations correspondant à 80 % du salaire assuré pour un taux d'incapacité de travail de 50 % dès le 22 février 2021. Le rapport établi par les rhumatologues du Centre W. _____ le 5 janvier 2022 mentionne également, dans l'anamnèse sociale, que la recourante est « à 40 % de l'assurance » depuis février 2021. La décision de l'assurance perte de gain du 11 février 2022, admettant le versement d'indemnités journalières complètes avec effet au 6 décembre 2021 en lien avec son hospitalisation, n'a été communiquée à l'OAI qu'avec l'écriture de la recourante du 27 avril 2023. Cela étant, l'intéressée n'explique pas en quoi la mention d'un taux de 40 % en page 5 du rapport serait de nature à fausser le résultat de l'expertise du 20 septembre 2022. Les experts de R. _____ n'ont pas calqué leur évaluation de la capacité de travail sur les décisions de l'assurance perte de gains, bien au contraire. Alors que celle-ci a retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle entre février et décembre 2021, les experts de R. _____ ont constaté que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle était définitivement nulle depuis mars 2020 en raison de ses atteintes rhumatologiques. Ce grief doit par conséquent être écarté.

- 25 - En deuxième lieu, la recourante a reproché des contradictions dans le fait que les experts de R. _____ ont reconnu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en 2020 puis de 80 % dès mai 2021, tout en déclarant que les tentatives de l'assurée pour reprendre son travail à 50 % en 2020 étaient contre-indiquées (ch. 1.2 du mémoire de recours). La contradiction résiderait dans le fait que ces reprises se sont faites avec des conditions de travail aménagées spécialement pour elle. Les aménagements dont elle se prévaut ne sont cependant pas documentés et l'intéressée n'en a pas fait part aux différents experts mandatés par l'assurance perte de gains ou par l'intimé. Les pièces auxquelles elle s'est référée dans son mémoire de recours ne décrivent pas d'éventuels aménagements des conditions de travail lors des tentatives de reprise. Dans le questionnaire rempli en septembre 2020, l'employeur a exposé que le poste occupé par la recourante concernait le nettoyage de sols, de surfaces et de WC, la mise en place des salles, des chaises et de la vaisselle, la réception et l'acheminement de la nourriture. Il a précisé qu'il fallait porter des

charges, tels des bacs de nourriture, des thermoports et du matériel de nettoyage des sols, dans une structure avec deux étages et un sous-sol nécessitant beaucoup de montées et descentes d'escaliers. Seules les Dres D. _____ et F. _____ ont noté, dans leur rapport du 20 octobre 2020, que la recourante avait décrit une simplification du travail depuis la dotation de la garderie avec un lave-vaisselle et un réfrigérateur, mais qu'elle peinait à monter les trois étages plusieurs fois par jour. L'intéressée a par ailleurs indiqué à l'expert en médecine interne de R. _____ qu'elle était limitée dans son emploi en raison des escaliers à monter ou descendre, de l'utilisation de l'aspirateur et des produits de nettoyage, ainsi que de la nécessité de porter beaucoup de vaisselle (ch. II.3.b.7, p. 18 du rapport d'expertise). Il est ainsi manifeste que les quelques améliorations des conditions de travail mises en place lors de la tentative de reprise de l'emploi habituel de la recourante à l'automne 2020 n'étaient pas suffisantes pour qu'il puisse être qualifié d'adapté à l'état de santé de la recourante. Il n'existe ainsi pas de contradiction dans les conclusions de l'évaluation consensuelle entre la capacité de travail dans une activité adaptée retenue en 2020 et l'échec des tentatives de reprise de l'activité habituelle.

- 26 - Troisièmement, la recourante s'est référée à l'échec de la mesure d'ordre professionnel mise en place entre juin et octobre 2021 (ch. 1.3, 1.4 et 1.6 du mémoire de recours). Les constatations faites alors par N. _____ et le service de réadaptation de l'intimé contrediraient la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée retenue par les experts de R. _____. Ce faisant, la recourante perd de vue que l'invalidité doit être appréciée sur la base de renseignements médicaux (cf. consid. 4a et les références citées) et que d'éventuelles informations recueillies au cours d'un stage d'observation professionnelle, même s'il a été mis en œuvre en vertu de l'art. 59 al. 3 LAI auprès d'un centre d'observation professionnelle de l'AI (COPAI), ne sauraient en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celle-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger d'elle (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées). L'échec de la mesure, qui n'était du reste pas un stage d'observation mais un simple coaching, ne permet ainsi pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire. Par ailleurs, contrairement à ce que semble soutenir la recourante, le service de réadaptation de l'intimé n'a pas constaté qu'elle présentait une incapacité de travail dans toute activité dans son rapport de clôture du 27 octobre 2021, mais s'est limité à résumer le passage du rapport de l'organisme de coaching faisant état des difficultés mises en avant par la recourante au cours du suivi, et a proposé la poursuite de l'instruction médicale. Enfin, la recourante a opposé à l'évaluation consensuelle de R. _____, le rapport rendu le 5 janvier 2022 par les rhumatologues du Centre W. _____, où elle a été hospitalisée du 6 au 17 décembre 2021 pour une prise en charge multimodale de la douleur, lequel aurait amené l'assurance perte de gain à revoir sa position et admettre une prise en charge complète jusqu'à l'épuisement du droit (ch. 1.7, 1.12 et 1.13 du mémoire de recours). Contrairement à ce que semble soutenir la

- 27 - recourante, les experts de R. _____ ont eu connaissance de l'hospitalisation de la recourante et du rapport établi à cette occasion. Ces éléments sont mentionnés en page 16 de l'annexe 1 et résumés au chiffre I.1.d.1 du rapport d'expertise. Contrairement à l'expertise de R. _____, le rapport du Centre W. _____ ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels permettant de lui attribuer la valeur probante d'une expertise. Il repose en

effet sur une anamnèse lacunaire et un status clinique minimaliste. Si les plaintes de la recourante sont relayées de manière relativement détaillées, il n'est en revanche fait aucune mention du déroulement de sa journée-type ou de ses ressources. En définitive, les conclusions semblent reposer quasi-exclusivement sur des questionnaires d'auto-évaluation. Subjectifs par définition, ces instruments peuvent être utiles au médecin traitant pour orienter la prise en charge de l'atteinte, en montrant par exemple son évolution, l'efficacité de la médication antalgique ou la nécessité de mettre en œuvre d'autres mesures médicales, mais ne sauraient suffire pour évaluer la capacité de travail. Il importe en effet de tenir compte également d'éventuelles autolimitations ou incohérences, ainsi que des capacités, difficultés et ressources de l'assuré. Enfin, les rhumatologues du Centre W. _____ ont justifié l'absence de capacité de travail non seulement par les atteintes somatiques, mais également en évoquant de faibles ressources psychologiques, sociales et culturelles, éléments qui ne sont pas décrits et qui sortent de leur champ de compétence, étant rappelé que les effets de la fibromyalgie sur la capacité de travail doivent être appréciés par un psychiatre selon les indicateurs applicables aux troubles psychiatriques (cf. TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2). Le rapport du Centre W. _____ du 5 janvier 2022 ne suffit donc pas à remettre en cause l'évaluation interdisciplinaire de R. _____. c) S'agissant plus particulièrement des volets de médecine interne et de rhumatologie, la recourante ne conteste pas les diagnostics retenus par les Drs B. _____ et T. _____, auxquels son médecin généraliste traitant, le Dr S. _____, a déclaré se rallier le 15 mai 2023. Elle estime cependant que l'expert en rhumatologie ne disposait d'aucun

- 28 - élément objectif pour conclure à une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % puis 80 %. La recourante oppose essentiellement aux conclusions du Dr T. _____, celles des rhumatologues du Centre W. _____ et du Dr S. _____ (ch. 1.7, 1.9, 1.11 et 1.14 du mémoire de recours). Comme déjà relevé, les spécialistes du Centre W. _____ ont évalué la capacité de travail en se fondant essentiellement sur les résultats de questionnaires d'auto-évaluation, qu'ils n'ont pas confronté aux éléments objectifs. Le Dr T. _____ a expliqué les motifs pour lesquels il retenait que la capacité de travail dans une activité adaptée avait toujours été de 80 % et a relevé qu'une tendinite sévère du moyen fessier avait temporairement diminué cette capacité de travail à 50 % entre mai 2020 et fin avril 2021 en se référant aux pièces du dossier objectivant cette atteinte. Il s'est positionné par rapport à l'évaluation des spécialistes consultés par la recourante. Il a ainsi relevé que le Prof. Q. _____ avait conclu à une capacité de travail nulle non seulement en raison des troubles dégénératifs lombaires et cervicaux, mais également en raison de facteurs autres que rhumatologiques, en l'occurrence divers facteurs psychosomatiques (ch. IV.6.a.4 du rapport d'expertise). S'agissant de la période où il a conclu à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, l'expert ne s'est pas seulement référé aux conclusions du Dr H. _____, mais aussi et surtout au status posé par ce premier expert. Durant cette période, les médecins traitants de la recourante ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Cependant, le Dr S. _____ attestait dans son rapport du 15 octobre 2020 d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle sur le plan somatique en signalant que la patiente était désireuse de reprendre le travail, quand bien même ses psychiatres traitantes étaient d'avis que sa capacité de travail était nulle du point de vue de leur spécialité. Ce n'est qu'à partir de janvier 2021 que le Dr S. _____ a attesté d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. Il s'est alors référé principalement à l'avis de la psychiatre traitante, tout en mentionnant une augmentation des douleurs et une

péjoration de l'état psychique (cf. rapport du 11 février 2021). En juin 2021, ce médecin exposait que la capacité de travail était nulle dans toute

- 29 - activité en raison de l'état psychique, mais qu'il subsistait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée sur le plan somatique (cf. rapport du 30 juin 2021). Puis, en septembre 2021, évoquant une situation péjorée sur les plans somatique et psychique, ce médecin a attesté à nouveau d'une incapacité de travail totale en se référant essentiellement aux plaintes de la patiente, sans décrire le status (cf. rapport du 22 septembre 2021). Enfin, le rapport établi par le Dr S. _____ le 15 mai 2023 en appui aux objections de la recourante développe principalement les problématiques psychiatriques, mettant en lien l'augmentation des douleurs avec la péjoration de l'état psychique. Il apparaît ainsi que le Dr S. _____ n'a pas procédé à une appréciation de la capacité de travail sur la base de ses propres constatations et qu'il s'est fondé essentiellement sur des éléments non somatiques, sortant de son domaine de compétence, de sorte que ses rapports ne mettent pas sérieusement en doute les conclusions du Dr T. _____. d) Sur le volet psychiatrique, la recourante a opposé à l'expertise du Dr Y. _____, les rapports de ses médecins traitants, en particulier ceux établis les 9 septembre, 22 novembre 2021 et 25 mai 2023 par le Dr G. _____, ainsi que le 15 mai 2023 par le Dr S. _____ (ch. 1.5, 1.8, 1.10, 1.15 et 1.16 du mémoire de recours). Cela étant, il n'y a pas lieu de revenir sur les rapports du Dr S. _____, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie et qui a essentiellement relayé les plaintes de sa patiente ainsi que les conclusions des psychiatres traitants et des rhumatologues du Centre W. _____. Comme déjà relevé, le rapport établi à l'issue de l'hospitalisation au Centre W. _____ est lacunaire, tout particulièrement sur le plan psychique. Pour sa part, le Dr G. _____ a retenu principalement le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques présent depuis 2019. Dans son expertise, le Dr Y. _____ a pris note tant des rapports établis par les psychiatres traitants successifs, que de l'expertise de la Dre E. _____. Il a exposé de manière circonstanciée les motifs pour lesquels il posait le diagnostic non incapacitant de dysthymie et écartait celui d'épisode dépressif. Il s'est

- 30 - appuyé sur les constatations émises en temps réels par les psychiatres qui ont examiné la recourante depuis 2020, ainsi que sur les déclarations de celle-ci. Il a relevé que le traitement médical et le suivi psychiatrique mis en place ne correspondaient pas à un tel diagnostic. Il a également noté que la recourante ne rapportait pas de limitation fonctionnelle significative en rapport avec son trouble psychiatrique, mais uniquement des limitations dictées par ses difficultés somatiques et ses douleurs (ch. III.6.a.4, p. 38 s. du rapport d'expertise). Dans son rapport du 25 mai 2023, se positionnant sur l'expertise, le Dr G. _____ a simplement répété les motifs qui l'amenaient à retenir un épisode dépressif sévère, sans revenir sur la discussion du diagnostic donnée par l'expert. Concernant l'impact du diagnostic psychique et de la fibromyalgie sur la capacité de travail, l'expert psychiatre de R. _____ a procédé à l'analyse de l'ensemble des critères jurisprudentiels, contrairement aux psychiatres traitants. Ceux-ci ont essentiellement relayé les plaintes de leur patiente, sans proposer d'évaluation étayée de la capacité de travail. Ainsi, l'expert a relevé que la recourante présentait une tendance à l'amplification de la maladie et une adhésion partielle au traitement en l'absence de traces de benzodiazépine dans ses analyses sanguines. Il y avait une divergence entre les plaintes et le comportement en situation d'examen, ainsi que des éléments d'autolimitation. Il n'y avait aucune limitation d'ordre psychique ni trouble de la personnalité, tandis que le parcours professionnel de la

recourante révélait des capacités d'adaptation non négligeables. En outre, l'intéressée pouvait se déplacer seule en transports publics ou en conduisant une voiture, se rendre régulièrement en vacances au [...], avoir des contacts réguliers avec les membres de sa famille et bénéficier d'un réseau de soins. L'expert n'a ainsi identifié aucun critère jurisprudentiel de gravité. Ces constatations ne sont pas sérieusement remises en doute par les rapports des médecins traitants. e) En conséquence, l'intimé pouvait légitimement se fonder sur le rapport d'expertise de R. _____ pour rendre sa décision et retenir que la recourante ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans son

- 31 - activité habituelle, mais qu'elle présentait, dans une activité adaptée, une capacité de travail de 50 % entre mars et avril 2021, puis de 80 % dès mai 2021.

E. 7

La recourante a ensuite fait valoir qu'en cas de réduction ou de suppression de la rente d'un assuré âgé de plus de 55 ans, il y avait lieu de mettre en œuvre des mesures de réadaptation, principe également applicable en cas de procédure portant sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente. a) Il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si celui-ci a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Les organes de l'assurance-invalidité doivent se fonder sur le moment du prononcé de la décision de l'office AI pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint (ATF 148 V 321 consid. 7.3). Selon la jurisprudence, en l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation, c'est-à-dire lorsque la volonté de se réadapter n'existe pas pour des raisons étrangères à l'invalidité, la rente peut être réduite ou supprimée sans examen préalable de mesures de réinsertion (TF 8C_19/2016 du 4 avril 2016 consid. 5.2.3, in SVR 2016 IV n° 27 p. 80 ;

- 32 - 9C_442/2017 du 8 juin 2018 consid. 3.2.3 et les nombreuses références). L'absence de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à la réadaptation ne doit être présumée que si elle est établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 138 V 218 consid. 6 et les références ; TF 9C_368/2012 du 28 décembre 2012 consid. 3.1). Pour établir cette volonté, il faut notamment tenir compte des déclarations faites à l'administration et aux experts médicaux concernant la conviction d'être malade ou la motivation au travail. Les explications et les demandes formulées dans la procédure de préavis et devant le tribunal cantonal des assurances peuvent également être pertinentes (TF 9C_231/2015 du 7 septembre 2015 consid. 4.2 et les références citées). b) En l'occurrence, l'intimé a renoncé en mars 2023 à mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel, sur le constat que la recourante ne présentait pas d'aptitude subjective à la réadaptation. La recourante conteste cette appréciation en se prévalant du fait qu'elle était désireuse de reprendre le travail en

2020, avec deux tentatives infructueuses, puis qu'elle avait sollicité des mesures d'ordre professionnel en 2021. Cette argumentation ne peut être suivie. Il convient de relever, d'une part, que les tentatives de reprise du travail en 2020 concernaient exclusivement son activité habituelle, non adaptée à ses limitations fonctionnelles. D'autre part, il ressort en effet du dossier que la recourante a eu divers contacts téléphoniques avec l'intimé dans les premiers mois de l'année 2021 et qu'elle a fait part à cette occasion de son souhait de retrouver une activité professionnelle. Il faut cependant admettre avec l'intimé que l'intéressée n'a pas adhéré ensuite aux mesures visant l'intégration d'une activité conforme à ses limitations fonctionnelles. Dans son rapport d'expertise du 27 avril 2021, la Dre E. _____ a constaté que le diagnostic de fibromyalgie n'empêchait actuellement pas l'expertisée « d'avoir une vie de famille normale, d'assumer les activités de la vie quotidienne, aidée par son mari, de se déplacer en voiture et de passer ses vacances avec plaisir au [...] ». Cette spécialiste a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail

- 33 - entière dès le 1er mai 2021 sur le plan psychiatrique, ce que l'expert psychiatre de R. _____ a ensuite confirmé. Sur le plan rhumatologique, évaluant la situation en fin d'année 2020, le Dr H. _____ avait conclu que la capacité de travail était provisoirement limitée à 50 % dans toutes professions dès lors que des douleurs liées à une tendinite pouvaient être améliorées par des infiltrations et qu'une évaluation psychiatrique était nécessaire en lien avec la fibromyalgie. C'est dans ce contexte que l'intimé, avec l'accord de la recourante, lui a octroyé un coaching professionnel en juin 2021. Cette mesure préalable n'a cependant pas pu déboucher sur d'autres mesures visant plus concrètement la réadaptation. Dans son rapport du 26 octobre 2021, la psychologue de l'organisme mandaté pour prodiguer le coaching a indiqué qu'en l'état, la recourante considérait qu'elle ne pouvait pas travailler en raison de ses douleurs, qualifiées d'ingérables, et d'une incapacité à rester dans la position debout ou assise durant plus de 10 minutes. Elle a ainsi estimé que la recourante devait se concentrer sur la réalisation des soins qui lui étaient proposés. Ainsi, à l'issue de cette première mesure, la recourante se considérait comme totalement incapable de travailler, ne se voyait pas exercer une activité lucrative et n'en avait ni la volonté, ni la motivation. L'intimé a par conséquent poursuivi l'instruction médicale et l'expertise pluridisciplinaire de R. _____ a conclu qu'il existait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée depuis mai 2021. Procédant à une nouvelle évaluation de l'opportunité de mettre en place de nouvelles mesures professionnelles, le service de réadaptation de l'intimé a relevé que l'expertise montrait que la recourante disposait de ressources utiles, mais qu'il existait des éléments d'autolimitations entre les plaintes et le comportement en situation d'examen et que l'intéressée ne se projetait pas dans une activité professionnelle, restant essentiellement centrée sur ses plaintes. Il en a inféré que l'intéressée n'était subjectivement pas réadaptable (cf. rapport final de réadaptation du 10 mars 2023). Cette analyse est bien fondée et peut donc être confirmée, étant rappelé que l'intimé a laissé ouverte la possibilité d'octroyer une aide au placement à l'assurée si celle-ci venait à entrer dans une démarche de réinsertion et déposait une demande écrite et motivée dans ce sens.

- 34 - En d'autres termes, l'intimé pouvait légitimement renoncer à mettre en œuvre de nouvelles mesures d'ordre professionnel avant de réduire la rente d'invalidité de la recourante.

E. 8

La recourante a contesté le caractère exigible d'un changement d'activité compte tenu de son âge, respectivement l'existence d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire

- 35 - impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références citées). Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). b) En l'occurrence, compte tenu de la capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à l'état de santé qui est reconnue à la recourante alors que son ancienne activité n'est plus exigible, un changement de profession est justifié.

- 36 - Les experts de R. _____ ont rendu leur rapport en septembre 2022, date à laquelle la recourante était âgée de 56 ans. Son âge ne constitue donc pas en soi un obstacle à toute réinsertion. Il a par ailleurs été constaté que ses ressources psychiques sont préservées, tandis que les limitations fonctionnelles retenues, d'ordre purement rhumatologique, peuvent être qualifiées de modérées, en ce qu'elles permettent l'accomplissement de toutes sortes de travaux légers. Dans sa fiche de calcul du 10 mars 2023, l'intimé a mentionné les possibilités existant dans le domaine industriel léger, tels que montage ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ainsi qu'ouvrière dans le conditionnement léger ou comme aide- administrative (réception, scannage et autre). Comme l'a rappelé le Tribunal fédéral en maintes occasions (cf. notamment TF 8C_772/2020 du

E. 9

Un changement d'activité étant exigible, il convient encore d'examiner si la recourante subit un préjudice économique. a) Selon l'art. 16 LPGA, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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

- 37 - approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). b) 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 (ATF 134 V 322 consid.

E. 10

En l'espèce, l'intimé a retenu que le droit à la rente pouvait prendre naissance le 1er mars 2021 et a établi un premier calcul du degré d'invalidité applicable à cette date, puis un second pour tenir compte d'une amélioration de la capacité de travail pouvant prendre effet sur le droit à la rente à compter du 1er août 2021. a) Pour le revenu sans invalidité, l'intimé a retenu un montant de 72'181 fr., obtenu en procédant à une moyenne des revenus inscrits au compte individuel AVS de la recourante pour les années 2015 à 2019, indexée à 2021, au motif que les revenus avaient fluctué d'une année sur l'autre. La recourante a requis l'utilisation du total des revenus soumis à cotisation pour la seule année 2019. En l'occurrence, il ressort du questionnaire rempli par l'employeur en septembre 2020 que la recourante a perçu un revenu annuel de 70'495 fr. en 2017, 70'955 fr. 95 en 2018, 71'416 fr. 80 en 2019 et 71'752 fr. 20 en 2020. L'extrait du compte individuel AVS versé au dossier le 25 août 2020 fait état de revenus soumis à cotisation de 71'425 fr en 2015, 75'032 fr. en 2016, 68'826 fr. en 2017, 69'909 fr. en 2018 et 75'686 fr. 60 en 2019. Si l'on se réfère au détail des montants

- 40 - portés en compte, les fluctuations concernent le montant soumis à cotisation du revenu principal (66'986 fr. en 2015, 71'034 fr. en 2016, 64'925 fr. en 2017, 66'008 fr. en 2018 et 71'687 fr. en 2019), alors que les revenus accessoires sont restés relativement stables (866 fr. et 3'600 fr. en 2015, 489 fr. et 3'419 fr. en 2016, 391 fr. et 3'600 fr. en 2017,

391 fr. et 3'510 fr. en 2018, 489 fr. et 3'510 fr. en 2019). Dans la mesure où l'employeur principal a déclaré verser un salaire contractuel augmentant chaque année, les variations du revenu principal ressortant du compte individuel AVS sont vraisemblablement en lien avec la perception d'indemnités journalières perte de gain maladie ou accident non soumises à cotisation. En conséquence, il n'y a pas lieu de procéder, comme l'a fait l'intimé, à une moyenne de revenus soumis à cotisation des cinq années précédant la longue maladie. Il convient de s'en tenir, comme l'a requis la recourante, aux revenus soumis à cotisation perçus en 2019, à savoir (71'687 + 489 + 3510 =) 75'686 francs. Ce montant doit être indexé de 0,9 % pour 2020 et de 0,6 % pour 2021, de sorte que le revenu sans invalidité s'élève à 76'825 fr. 38. b) Pour le revenu avec invalidité, l'intimé a recouru à l'ESS 2020, TA1_skill_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, pour une femme, à savoir 4'276 fr. par mois, annualisé en tenant compte de la durée usuelle du temps de travail en 2020 (41,7 heures) et indexé à 2021. Non contestées par la recourante, ces données peuvent être validées sous réserve du taux d'indexation erroné dès lors que l'intimé a appliqué le taux de variation annuel total (-0,2 %) au lieu du taux concernant les femmes (0,6 %). Après cette correction, le revenu annuel est de 26'906 fr. 86 au taux d'activité de 50 %, respectivement de 43'050 fr. 97 au taux d'activité de 80 %. c) L'intimé a appliqué un abattement supplémentaire de 5 % sur le revenu statistique, afin de tenir compte de l'âge de la recourante. Celle-ci a fait valoir que l'abattement devait être porté à 20 % pour compenser son âge et ses limitations fonctionnelles.

- 41 - S'agissant des limitations fonctionnelles, la jurisprudence considère que lorsque la personne concernée est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en compte dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'en principe, il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.2 et les références citées). Il faut également rappeler que les activités visées par le tableau TA1_skill_level de l'ESS sont généralement compatibles avec des limitations fonctionnelles légères (cf. TF 9C_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 6.3 et les références citées ; 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3). Ainsi, seules les limitations fonctionnelles dépassant ce qui est compatible avec ces activités peuvent justifier un abattement supplémentaire. Or, les experts ont retenu des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis classiques et relativement modérées. Ils ont retenu une capacité de travail entière dans une activité respectant ces limitations, avec une diminution de rendement de 20 % pour tenir compte des douleurs de la fibromyalgie. Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, il a été suffisamment tenu compte des limitations fonctionnelles dans l'établissement de la capacité de travail. Aucun élément au dossier ne justifie d'accorder un abattement supplémentaire à ce titre. Quant à l'âge, ce seul élément ne saurait justifier un abattement supérieur aux 5 % déjà appliqués par l'intimé. En effet, l'âge n'a en principe pas d'incidence sur le revenu en cas d'application du niveau de compétence 1 de l'ESS (TF 9C_284/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2.3). d) La recourante s'est encore prévaluée de l'art. 26bis al. 3 RAI, entré en vigueur le 1er janvier 2024, prévoyant qu'une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique, voire de 20 % si la capacité fonctionnelle est de 50 % ou moins. Cette nouvelle teneur de l'art. 26bis al. 3 RAI, introduite par ordonnance fédérale du 18 octobre 2023, est un correctif de la

- 42 - modification intervenue dans le cadre du « développement continu de l'AI » avec effet au 1er janvier 2022. Aucune de ces deux versions ne peut toutefois être utilisée dans le

cas d'espèce, compte tenu des principes généraux applicables en matière de droit transitoire (cf. consid. 2b, ci-dessus). Du reste, l'al. 1 des dispositions transitoires accompagnant la modification du 18 octobre 2023 prévoit expressément qu'une révision automatique sera engagée pour les rentes partielles en vigueur au 1er janvier 2024, ce qui exclut clairement toute rétroactivité. e) Ainsi, il convient de confirmer l'abattement de 5 % appliqué par l'intimé sur le revenu avec invalidité, portant celui-ci à 25'561 fr. 52 pour un taux d'activité de 50 %, respectivement à 40'898 fr. 42 au taux d'activité de 80 %. Après comparaison avec le revenu sans invalidité déterminé ci-dessus, il en résulte un degré d'invalidité de 67 % ouvrant le droit à trois quarts de rente, respectivement de 47 % donnant droit à un quart de rente (chiffres arrondis ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). Le correctif du salaire sans invalidité n'a ainsi pas d'incidence sur le droit à la rente reconnu par l'intimé.

E. 11

Le dossier est complet et permet à la Cour des assurances sociales de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'un complément ou d'une nouvelle expertise comprenant des mesures concrètes d'examen des capacités fonctionnelles pouvant être mises économiquement à profit. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V

- 43 - 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

E. 12

a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.