

VD_FINDINFO AI 109/21 - 3/2023 vom 5. Januar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-01-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_109_21_-_3_2023

FR: VD_FINDINFO AI 109/21 - 3/2023 du 5 janvier 2023

IT: VD_FINDINFO AI 109/21 - 3/2023 del 5 gennaio 2023

Regeste

REJET DE LA DEMANDE, RENTE D'INVALIDITÉ, MOTIVATION SOMMAIRE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, RAPPORT MÉDICAL | 29 Cst., 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 49 al. 3 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 05.01.2023 AI 109/21 - 3/2023

REJET DE LA DEMANDE, RENTE D'INVALIDITÉ, MOTIVATION SOMMAIRE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, RAPPORT MÉDICAL | 29 Cst., 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 49 al. 3 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 109/21 - 3/2023 ZD21.012208 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 5 janvier 2023 _____ Composition : Mme Gauron-Carlin , présidente Mmes Röthenbacher et Durussel, juges Greffière : Mme Tedeschi ***** Cause pendante entre : K. _____ , à [...], recourante, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 29 Cst. ; art. 7, 8 al. 1 et 49 al. 3 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI E n f a i t : A. a) K. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'une formation obtenue en mars 2011 auprès de [...], a travaillé comme auxiliaire de santé dès 2012 au taux de 80 % puis, dès le mois de mars 2019, au taux de 70 %. b) A partir du printemps 2018, l'assurée a souffert de cervicalgies dont l'intensité a justifié plusieurs arrêts de travail et qui ont poussé son employeur à signaler la situation à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) (cf. formulaire de détection précoce du 4 janvier 2019). c) Alors que sa situation s'était améliorée et après qu'elle a été en mesure de reprendre son travail, l'assurée a présenté, dès le mois de septembre 2019, des douleurs à la nuque ainsi que des fourmillements dans les deux bras. Elle a subi une imagerie par résonance magnétique (IRM) le 14 novembre 2019. Dans son rapport du même jour en rendant compte, le Dr S. _____, spécialiste en radiologie, a relevé la présence, en C3-C4 d'une discopathie dégénérative non protusive, non conflictuelle et d'une arthrose zygapophysaire postérieure, en C4-C5 d'une discopathie dégénérative avec surtout une importante uncarthrose avec protrusion disco-ostéophytique intraforaminale C4-C5 du côté droit, en C5-C6 d'une discopathie pincée avec signes de micro-instabilité associée à une protrusion disco-ostéophytique et une importante uncarthrose en poussée congestive, irritant la racine C6 droite dans son trajet intraforaminal et, en C6-C7 d'une importante uncarthrose avec protrusion disco-ostéophytique au niveau intraforaminal C6-C7 du côté gauche. Le spécialiste ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée ni sur les éventuelles limitations fonctionnelles découlant des atteintes constatées. Le 17 février 2020, l'assurée a adressé à l'OAI une demande de prestations, invoquant une arthrose cervicale et des hernies

discales en C4-C5, C5-C6 et C6-C7 existant depuis 2016. Dans un rapport du 24 février 2020, le Dr S. _____ a constaté l'évolution favorable de l'atteinte de l'assurée à la suite des infiltrations foraminales C4-C5 droite, C5-C6 droite et C6-C7 gauche effectuées, mais a relevé que les douleurs, qui avaient complètement disparu, réapparaissaient progressivement. Le médecin a précisé avoir adressé sa patiente au Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour second avis, l'intéressée se montrant « exigeante pour éventuellement faire un geste supplémentaire ». Dans un rapport du 11 mai 2020, le Dr C. _____ a posé les diagnostics de cervicalgies chroniques, de cervicobrachialgies droites non systématisées et de troubles dégénératifs C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec des protrusions discales et des sténoses foraminales C4-C5, C6-C7 à droite et C6-C7 à gauche, sans se prononcer sur la capacité de travail ou d'éventuelles limitations fonctionnelles. Dans un rapport du 6 juillet 2020, la Dre R. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assurée, a posé les diagnostics incapacitants d'arthrose cervicale et d'hernies discales C4-C5, C5-C6 droites et C6-C7 gauche existant depuis plusieurs années et retenu, comme limitations fonctionnelles, des douleurs insupportables après 4 heures de travail (« malgré un poste où elle peut alterner les positions »), la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée étant de 50 % depuis le 20 avril 2020. Dans un compte-rendu de la permanence du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 28 juillet 2020, la Dre Q. _____, spécialiste en chirurgie, a retenu les diagnostics d'arthrose cervicale avec hernies discales et posé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port ou/et de manipulation de charge lourde, pas de mouvements répétitifs en flexion, extension et rotation du cou et alternance des positions. Elle a confirmé une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle mais retenu une capacité de travail de 70 à 100 % dans une activité adaptée, la limitation à 50 % préconisée par la médecin-traitante n'étant pas justifiée ni suffisamment étayée. Lors d'un entretien téléphonique du 15 septembre 2020 au cours duquel l'assurée a été informée de l'appréciation du médecin du SMR, celle-ci a déclaré comprendre cette évaluation mais souhaiter néanmoins conserver son emploi actuel à un taux de 50 % effectif tout en restant en incapacité de travail à hauteur de 28.5 % (tel qu'attesté par sa médecin traitante depuis le 20 avril 2020). Par envoi du 4 novembre 2020, L. _____, assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée, a informé cette dernière que, selon son médecin-conseil, elle disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (emploi léger, sans charges supérieures à 10 kg et sans mouvements répétitifs en abduction supérieure à 90°). Par projet de décision du 3 décembre 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de ne pas lui octroyer de rente ni de mesures professionnelles au motif que, selon lui, bien que l'intéressée ne disposait plus que d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle d'auxiliaire de santé, elle présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée « telle une activité légère dans le domaine de l'industrie, comme un travail d'usinage, de montage et de contrôle, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, connecteurs électriques, mécanique ou encore la production pharmaceutique ou d'instruments de mesures ou médicaux » respectant ses limitations fonctionnelles (pas de port ou/et de manipulation de charge lourde, pas de mouvements répétitifs en flexion, extension et rotation du cou et alternance des positions) et conclu qu'après comparaison des revenus sans et avec atteinte à la santé (de respectivement 64'858 fr. 78 et 55'229 fr. 39), elle présentait un degré d'invalidité de 14.85 %, taux insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel. Dans

une communication du même jour, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge des frais de conseil et d'aide à la recherche d'un emploi. Par courrier du 5 février 2021, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné. Elle a fait valoir qu'au bénéfice d'une formation d'auxiliaire de santé, elle souhaitait continuer à travailler dans ce domaine, même au taux de 50 %, et bénéficier de mesures d'ordre professionnel pour le 50 % restant. L'assurée a encore requis, au vu de la présence d'éléments attestant d'une incapacité de travail partielle, que l'instruction de son dossier soit approfondie. Elle a encore invoqué une atteinte au poignet justifiant une incapacité de travail temporaire. Elle s'est en outre prévalu de la décision rendue le 17 novembre 2020 par la N. _____ à son sujet retenant qu'elle avait présenté une invalidité temporaire partielle de 50 % jusqu'au 31 août 2020 puis de 71.4286 % entre le 1^{er} septembre 2020 et le 30 avril 2021, document dont elle a produit une copie. Par décision du 18 février 2021, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente ainsi qu'à des mesures professionnelles. Il a repris les explications qu'il avait formulées dans son projet de décision du 3 décembre 2020. Aux termes d'un courrier explicatif du 16 février 2021, l'OAI a rejeté les différents griefs développés par l'assurée dans sa contestation. L'office a ainsi relevé que la proposition de l'assurée tendant à bénéficier d'une réorientation à concurrence de 50 % tout en conservant son activité habituelle à 50 % venait confirmer le principe d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il a rappelé qu'en présence d'un degré d'invalidité inférieur à 20 % l'intéressée ne pouvait prétendre à une mesure de reclassement et a relevé que l'atteinte au poignet invoquée ne constituait qu'une atteinte temporaire qui ne saurait justifier une aide au placement. Il a enfin expliqué que la décision de N. _____ n'était pas contraignante pour l'assurance-invalidité. B. a) Par acte du 18 mars 2021, K. _____ a recouru à l'encontre de la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente d'invalidité et/ou de mesures d'ordre professionnel et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il procède à de nouvelles mesures d'instruction et rende une nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir que la décision de l'OAI était insuffisamment motivée et a affirmé disposer d'une capacité de travail de 50 % dans toute activité. Elle a également reproché à la décision du 18 février 2021 de n'être pas conforme à la décision rendue par N. _____ lui octroyant une rente d'invalidité de 50 %. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale. A l'appui de son recours, elle a produit plusieurs pièces dont notamment : - un rapport du 24 novembre 2020 de la Dre R. _____ confirmant son appréciation selon laquelle l'intéressée disposerait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. La médecin traitante a motivé son appréciation de la manière suivante : « En effet, après avoir travaillé une matinée, elle doit prendre chaque jour des anti-inflammatoires et anti-douleurs. De plus, au vu de son âge, il est très improbable qu'elle puisse trouver un autre emploi, notamment dans un bureau, étant donné qu'elle n'a qu'une formation de [...]. Le travail actuel lui permettait de garder une mobilité et d'alterner les positions, ce qui est recommandé dans sa situation, et elle appréciait de travailler pour [...], qui de plus, manque de personnel. Suite à votre courrier, elle a été licenciée pour le 28.02.2021 et se retrouve dans une situation précaire, devant faire appel au chômage, avec toutes les restrictions dues à son état de santé, et perturbée sur le plan psychologique, tout cela en raison d'une incapacité de 20 % » ; - un rapport du 19 février 2021 de la Dre R. _____ relevant n'avoir jamais retenu de limitations fonctionnelles concernant sa patiente, celle-ci lui ayant toujours indiqué être capable d'effectuer les tâches demandées dans le cadre de son dernier emploi, sans limitation, mais qu'elle ne pouvait

travailler davantage que 4 heures en raison de l'apparition de douleurs importantes, ce qui justifiait que lui soit reconnue une capacité de travail de 50 % ; - un certificat d'incapacité de travail attestant d'une incapacité de travail entre le 28 février et le 28 mars 2021 à 100 % en raison de maladie rédigé le 18 février 2021 par la Dre R. _____ ; - un arrêt de travail au taux de 50 % dès le 12 mai 2021 pour une durée indéterminée rédigé le 17 mai 2021 par la Dre R. _____ ; - une décision rendue le 25 février 2021 par N. _____ reconnaissant à la recourante une invalidité temporaire partielle de 28.5714 % pour la période du 1^{er} septembre 2020 au 31 janvier 2021, temporaire totale pour la période du 1^{er} au 28 février 2021 puis définitive partielle de 50 % et l'informant du montant des prestations versées dans ce cadre. b) Par décision du 22 mars 2021, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 mars 2021 et l'a exonérée d'avances et de frais judiciaires. c) Par réponse du 22 avril 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Il a estimé que la situation médicale de la recourante était suffisamment établie et ne nécessitait pas la mise en œuvre d'une expertise et a précisé qu'il existait plusieurs activités adaptées aux atteintes de la recourante qui ne nécessitaient pas de formation particulière. Par acte du 17 mai 2021, la recourante a maintenu ses précédents moyens et conclusions. 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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. b) 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). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 18 février 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 3. Dans un grief formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue en tant que la décision attaquée serait insuffisamment motivée. a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au

contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2 ; TF 9C_660/2020 du 20 juillet 2021 consid. 4.2). b) En l'occurrence, il y a lieu de constater que la motivation de la décision du 18 février 2021, dont le courrier d'accompagnement daté du 16 février 2021 fait partie intégrante, permet aisément de comprendre quels éléments ont été retenus par l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. L'office a ainsi considéré que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et a conclu, aux termes d'une comparaison des revenus sans et avec invalidité, que son degré d'invalidité était insuffisant à lui ouvrir le droit à la rente ou à des mesures d'ordre professionnel. Les différents griefs développés par la recourante dans sa contestation du projet de décision du 3 décembre 2020 – projet qui contenait déjà une explication de la décision à intervenir – ont tous été examinés par l'OAI dans son courrier du 16 février 2021 avant d'être rejetés. La recourante a manifestement compris ces motifs comme en témoignent les moyens qu'elle a élevés à l'encontre de la décision litigieuse. En définitive le grief de violation du droit d'être entendu est infondé. Il se confond pour le surplus avec ceux de constatation inexacte des faits pertinents et de mauvaise application du droit qui seront examinés avec le fond du litige. 4. La recourante reproche à l'office intimé d'avoir retenu qu'elle disposerait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée alors qu'elle estime que, comme pour son activité habituelle, celle-ci s'élève à 50 %. Elle considère que pour ce motif elle peut prétendre à une rente d'invalidité et/ou à des mesures d'ordre professionnel. Il convient dès lors d'examiner si les conditions fondant le droit à ces prestations sont remplies. 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 LPGGA). c) 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). d) aa) 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). bb) Il découle de l'art. 61 let. c LPGGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). cc) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). dd) 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 asséculogique. 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). 5. a) La recourante conteste l'appréciation de l'OAI aux termes de laquelle elle disposerait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle reproche à l'office de n'avoir pas suivi l'appréciation exprimée par sa médecin traitante – seule médecin l'ayant examinée à s'être déterminée sur sa capacité de travail – selon laquelle elle disposerait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Elle estime que les rapports de la Dre R. _____ étaient au moins de nature à jeter un doute sur l'opinion exprimée par le SMR et que l'intimé n'était dès lors pas fondé à statuer sur le dossier mais aurait dû éclaircir la situation en mettant en œuvre une expertise ou un examen médical. b) Il convient de déterminer si les rapports de la Dre R. _____ sont suffisants à démontrer que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50 % dans toute activité lucrative et ainsi, qu'il n'existe pas une activité plus adaptée à ses limitations fonctionnelles que son activité habituelle. La Dre R. _____ a attesté à plusieurs reprises que sa patiente disposait d'une capacité de travail de 50 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Dans un rapport du 6 juillet 2020, elle a expliqué que la recourante souffrait de douleurs insupportables après 4 heures de travail. Son rapport du 19 février 2021 permet de comprendre que cette appréciation ne découle pas d'une constatation objective de la médecin mais constitue simplement la reprise des explications données par la recourante selon lesquelles après une demi-journée de travail elle se verrait contrainte de prendre des anti-douleurs ainsi que des anti-inflammatoires. Aucun rapport émanant de la Dre R. _____ n'explique les raisons médicales objectives qui limiteraient de la même manière la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Les certificats des 28 février et 17 mai 2021 ne contiennent pas plus d'explication puisqu'ils se contentent d'attester d'incapacités de travail. En d'autres termes, les rapports de la Dre R. _____ ne font pas suite à une étude circonstanciée et ne contiennent pas d'explications médicales permettant de comprendre l'appréciation de la médecin traitante. Pour ces raisons, il y a lieu de retenir que l'appréciation de la Dre R. _____ ne suffit pas à emporter la conviction, au stade de la vraisemblance prépondérante, concernant la limitation de la capacité de travail de la recourante. La remarque selon laquelle il serait difficile pour celle-ci, au vu de son âge, de retrouver un emploi relève au surplus de considérations non-médicales qui n'ont pas à être prises en compte à ce stade. c) La recourante estime que l'avis exprimé par le SMR n'était pas suffisant pour permettre à l'office intimé de statuer sur sa capacité de travail. L'OAI a en effet retenu que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en reprenant l'avis exprimé par le SMR le 28 juillet 2020. Ce document a été rédigé sur la base de l'ensemble des pièces médicales du dossier à cette date. Il tient compte de toutes les atteintes à la santé évoquées par les différents intervenants et retient ainsi les diagnostics d'arthrose cervicale avec hernies discales, diagnostics sur la base desquels la Dre Q. _____ a établi une liste de limitations fonctionnelles. Au demeurant, les atteintes à la santé présentées par la recourante ne sont pas contestées, seule demeure litigieuse la question de l'effet de celles-ci sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Or, sur ce point, les développements opérés par la médecin du SMR paraissent, au stade de la vraisemblance prépondérante, fondés. Les limitations fonctionnelles sont habituelles en matière d'atteintes au rachis et ne sont pas remises en cause par les médecins traitants. La conclusion d'une pleine capacité de travail dans une

activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est en outre conforme aux situations analogues, les médecins traitants n'objectant pas d'éléments particuliers justifiant de s'en écarter. Les exemples d'activité adaptée retenus par l'OAI dans son projet de décision puis sa décision (une activité légère dans le domaine de l'industrie, comme un travail d'usinage, de montage et de contrôle, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, connecteurs électriques, mécanique ou encore la production pharmaceutique ou d'instruments de mesures ou médicaux) – en tenant compte des limitations fonctionnelles retenues par le SMR – constituent un large éventail d'activités adaptées et accessibles sans aucune formation particulière. C'est le lieu de constater qu'à l'issue de son propre examen du cas, le médecin-conseil de L. _____ est arrivé aux mêmes conclusions que la médecin du SMR. En outre, la réquisition de la recourante, dans sa contestation du projet de décision, tendant à ce qu'elle puisse continuer à travailler dans son activité habituelle à concurrence de 50 % et qu'elle bénéficie de mesures d'ordre professionnel au taux de 50 % signifie bien que la recourante admet disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En définitive, l'avis SMR, qui ne préconise pas davantage de mesures d'instruction sur la base de l'ensemble des documents médicaux au dossier, paraît fondé. L'évaluation de la capacité de travail de la médecin traitante n'est pas de nature à faire douter de sa valeur probante et ainsi à remettre en question la capacité de travail qui y est retenue. En effet, les explications de la Dre R. _____ viennent plutôt confirmer l'analyse de la Dre Q. _____. Ainsi, le fait que la recourante ne parvienne actuellement pas à travailler davantage qu'une demi-journée démontre que l'activité habituelle d'aide-soignante n'est pas adaptée à ses atteintes à la santé et atteste de la pertinence des limitations fonctionnelles retenues par l'OAI, savoir pas de port ou/et manipulation de charge lourde, pas de mouvements répétitifs en flexion, extension et rotation du cou et alternance des positions. L'appréciation de la médecin traitante, par nature plus encline à prendre parti pour son patient (cf. consid. 6b/cc supra), semble davantage relever d'une volonté de se faire le relai de l'inquiétude de la recourante qui apprécie son travail et qui souhaite continuer à exercer son activité habituelle. d) Il découle de ce qui précède que l'OAI était fondé à statuer sur l'invalidité de la recourante sur la base de l'avis SMR du 28 juillet 2020, sans que des mesures d'instruction ne semblent s'imposer. En pareilles circonstances, la demande d'expertise médicale ou de complément d'instruction formulée par la recourante devant l'OAI puis au cours de la présente procédure est superflue. Le juge ou l'administration peut mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2; TF 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et les références citées). 6. a) La recourante reproche également à l'OAI d'avoir retenu qu'elle présentait un degré d'invalidité trop faible, en contradiction avec celui retenu par N. _____ lui allouant une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2021. Elle relève que cette institution lui a reconnu un degré d'invalidité de 71 % entre le 1^{er} septembre 2020 et le 30 avril 2021, puis une invalidité définitive de 50 %. b) Dans ses explications du 16 février 2021, l'OAI a soigneusement expliqué quelles étaient les règles applicables pour l'évaluation de l'invalidité en matière de prévoyance professionnelle. Comme l'a retenu l'office intimé, les art. 23, 24 al. 1 et 26 al. 1 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et

invalidité ; RS 821.40) impliquent un lien fonctionnel étroit entre l'assurance-invalidité et la prévoyance professionnelle en matière de prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 132 V 67 consid. 4.3.2). Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue, l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance (TF 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2). Il s'ensuit qu'à l'inverse, l'appréciation de l'invalidité de la recourante par l'institution de prévoyance ne saurait lier les organes de l'assurance-invalidité (TFA I 182/03 du 29 août 2003 consid. 2). En tout état de cause, les décisions des 17 novembre 2020 et 25 février 2021 ne contiennent aucune motivation et ne permettent pas de comprendre quels éléments ont été pris en considération par l'institution de prévoyance pour aboutir à cette décision dont l'issue est confrontée à la décision de l'OAI présentement attaquée. Pour ces motifs, il convient de retenir que l'appréciation de la situation de la recourante par N._____ ne saurait avoir de conséquence quant à la détermination du degré d'invalidité de celle-ci par l'OAI. c) Quant à la critique plus générale de la recourante portant sur le degré insuffisant du taux d'invalidité retenu par l'OAI, il y a lieu de constater que celle-ci n'est fondée sur aucun grief déterminé. La recourante ne conteste en particulier pas le calcul opéré par l'office intimé qui, contrôlé d'office, peut être confirmé. C'est le lieu de relever que, si l'on comprend l'envie de la recourante de continuer à travailler dans le domaine qu'elle apprécie, à un poste pour lequel elle a accompli une formation, le système de l'assurance-invalidité impose qu'en présence d'une incapacité de longue durée, l'activité exigée de l'assurée relève d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. consid. 5a supra). d) En conclusion, il y a lieu de confirmer que la recourante présente un degré d'invalidité de 15 % (arrondi), taux insuffisant à ouvrir le droit à une rente ou à une mesure d'ordre professionnel (art. 15 ss LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3). 7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI), qu'il convient de fixer à 600 fr. et de mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) N'obtenant pas gain de cause – et au demeurant non représentée –, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGa a contrario). d) La partie recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du juge instructeur du 22 mars 2021. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 18 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III.

Les frais judiciaires, d'un montant de 600 fr. (six cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. 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 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 à : ■ K. _____, ■ 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 :

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