

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 1137 vom 28. Februar 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-02-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__1137

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 1137 du 28 février 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 1137 del 28 febbraio 2022

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, EXPERTISE MÉDICALE, REJET DE LA DEMANDE | 28 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 28

février 2022 _____ Composition : Mme Durussel , présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Gutmann, assesseur Greffier : M. Germond
***** Cause pendante entre : V. _____ , à [...], recourante, représentée par CAP
Protection juridique, à Etoy, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à
Vevey, intimé. _____ Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1 et 28 LAI E n
f a i t : A. a) V. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], est mariée et
mère de cinq enfants (nés en [...], [...], [...], [...] et [...]). Sans formation professionnelle, elle
a travaillé, de janvier 2001 à janvier 2016, comme concierge de son immeuble à temps
partiel (28h55 par semaine sur 42h05, soit 69 %) pour le compte de N. _____. Dans cette
activité, elle réalisait un revenu mensuel brut de 2'285 fr. (servi treize fois l'an) depuis le 1
er janvier 2016 (rapport de l'employeur du 10 novembre 2017). b) Inscrite au chômage de
février 2016 à décembre 2017, V. _____ a déposé une demande de prestations de
l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) le 4 septembre 2017. Cette
démarche était motivée par diverses atteintes à la santé (hépatite virale en 2016,
rhumatisme, fibromyalgie, ostéoporose ainsi qu'une intervention prévue aux deux pieds
chez un orthopédiste) existant depuis 1997, avec signalement de limitations fonctionnelles
provisoires (positions statiques prolongées et alternance des positions). Dans le cadre de
l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
(ci-après : l'OAI ou l'intimé) a notamment recueilli les éléments suivants : - un rapport du
30 mars 2017 relatif à un examen du jour précédent, dans lequel le Dr C. _____,
spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, constatait notamment que « les
points de fibromyalgie sont indolores » ; - un questionnaire 531bis du 13 novembre 2017,
dans lequel l'assurée a indiqué en bonne santé vouloir travailler à 100 % depuis toujours
comme concierge (technicienne de surface) par nécessité financière ; - un extrait du compte
individuel (CI) AVS de l'assurée du 14 novembre 2017 dont il ressort des revenus annoncés
par l'employeur N. _____ de 29'348 fr. (2013), 28'804 fr. (2014), 27'820 fr. (2015) et
4'435 fr. (janvier 2016) ; - divers rapports des médecins consultés par l'assurée attestant
d'une incapacité de travail à 50 % depuis décembre 2015 (rapport du 14 mars 2018 du Dr
P. _____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie) alors que, de
son côté, le Dr X. _____, médecin traitant, a certifié une incapacité totale de travail

depuis le 30 avril 2016 (rapport du 20 mars 2018). Quant au Dr G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, chef de clinique à la Consultation de médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital orthopédique du CHUV, il trouvait des scores diagnostiques de fibromyalgie positifs dans un contexte psychosocial complexe et avait expliqué à l'assurée qu'il n'existait pas de marqueur positif du diagnostic de fibromyalgie et que celui-ci restait un diagnostic d'exclusion (rapport du 19 février 2018). Dans un rapport du 13 juillet 2018, ce médecin ne mentionnait toutefois pas ce diagnostic. Le 16 février 2018, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation (intervention précoce) n'étaient pas envisageables pour l'instant dès lors que celle-ci y avait renoncé, et l'a avisée de la poursuite de l'instruction de sa demande de prestations. Dans un avis médical du 6 février 2019, la Dre A.A. _____, du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a fait le point de situation suivant sur les renseignements obtenus auprès des médecins consultés par l'assurée : " Assurée de 52 ans, née au [...], naturalisée en [...], mariée, 5 enfants, concierge du 2001 au 2016, au chômage du 1.02.2016. Nous n'avons pas d'explications pour une IT [incapacité de travail] prolongée : IT à 50 % depuis décembre 2015 attesté[e] par gastroentérologue Dr P. _____ (GED 14.03.2018), et 100 % du 30.04.2016 par le médecin-traitant Dr X. _____ (GED 20.03.2018). Axe gastroentérologique : Antécédents : By-pass gastrique en 2002 compliqué d'une torsion intestinale en 2004, cure d'événtration sous ombilicale en 2010, cure de hernie ombilicale et résection d'adhérence en 2012, cure d'hernie inguinale bilatérale en juillet 2015, hépatite aigue sur cholangite biliaire et épisode de rectorragie en mai 2016, ainsi qu'une prolapsus utérin, cytocèle, rectocèle ne sont pas durablement incapacitants . Nous n'acceptons pas le point [de] vu[e] d[u] gastroentérologue (GED 14.03.2018) qui atteste une CT [capacité de travail] à 50 % dans l'AH [activité habituelle], tenant compte [de] tous ces antécédents, les douleurs abdominale[s] et le transit irrégulier (alternance constipation/diarrhée). Axe rhumatologique : A travers tous les rapports nous sommes face à une symptomatologie douloureuse. Selon le RM [rapport médical] du 30.03.2017 d[u] rhumatologue Dr C. _____ il s'agit des dorsalgie[s] intermittentes d'origine indéterminée, pas de piste pour une polyarthrite rhumatoïde. Ostéoporose diagnostiquée en 2017 n'est pas incapacitant en absence des fractures. L'aspect assécurologique n'est pas précis. Dans le RM du 19.02.2018 (GED 27.03.2018) Dr G. _____ (médecin physique du CHUV) n'exclut pas des fibromyalgies . Le 5.06.2018 l'assurée a été vu en consultation rhumatologique au CHUV (rapport absent). Conclusion : Nous sommes face à une symptomatologie douloureuse chronique, nous ne comprenons pas pourquoi, au vu des atteintes et le peu de LF [limitations fonctionnelles], la CT serait tellement réduite. Nous avons donc besoin de clarifier la situation, en particulier en tenant compte de la nouvelle jurisprudence et vous proposons une expertise multidisciplinaire : rhumatologique, psychiatrique et gastro-entérologie ou médecine interne. Merci également au gestionnaire de récupérer au CHUV le rapport de la consultation rhumatologique Dr [...] et Dre [...] du 5.06.2018. "

L'OAI a, via la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire au Centre médical d'expertises T. _____ SA, à [...]. Les Drs M. _____, spécialiste en rhumatologie, L. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, R. _____, spécialiste en gastroentérologie, et J. _____, spécialiste en médecine interne générale, ont établi leur rapport le 30 août 2019. Sur la base de leurs examens cliniques des 14 juin et 5 juillet 2019 ainsi que l'étude du dossier médical mis à leur disposition, ces experts ont posé les diagnostics suivants : " Diagnostics avec impact sur la capacité de travail - Tendinite du fascia lata gauche.M76.9 - Tendinite du supra-épineux bilatérale.M75.1 -

Morton 2° et 3° espaces du pied gauche. G57.6 - Douleur lombaire sur discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1. M51.9 - Connectivité non spécifique. M35.9 - F32.2 Episode dépressif moyen, sans symptômes psychotiques. En tenant compte des données anamnestiques, Madame V. _____ présente, selon les critères de la CIM 10, une symptomatologie compatible avec un épisode dépressif moyen de nature adaptative, liée à des douleurs chroniques de longue date, ainsi qu'à une situation familiale et socio-économique précaire. Madame V. _____ se trouve dans un conflit émotionnel actuellement insoluble pour elle, d'une part se sentant impuissante à aller travailler et subvenir aux besoins de sa fille et de sa famille, avec forte culpabilité et blessure narcissique de ne pas pouvoir y arriver. D'un autre côté, le départ à la retraite de son mari, avec des projets de construction au [...], l'oblige mentalement à faire un choix entre les besoins de sa fille adolescente et née en Suisse et celui du couple, d'un mari qui aspire à une vie différente. Le fait de ne pas pouvoir prescrire un traitement médicamenteux, la plupart des antidépresseurs étant contre-indiqué[s] en raison de leur hépato toxicité, freine le processus de guérison. Diagnostics sans impact sur la capacité de travail - Chirurgie du Morton à droite. - Ostéoporose trabéculaire et corticale. - Cholangite biliaire primitive, diagnostic 2016 (K74.3) - Dyschésie sur rectocèle (K62.9) - Surpoids avec BMI [Body Mass Index] à 29,5 kg/m² sur status après bypass gastrique en 2002 - Status après plusieurs traitements chirurgicaux pour hernies abdominales, inguinales et adhérences (2004-2015) - Insuffisance veineuse chronique sévère avec plusieurs interventions chirurgicales de varices et phlébectomie. - Prolapsus utérin connu. " Les experts du T. _____ ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : " Limitations fonctionnelles du point de vue rhumatologique : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kilos, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 10 kilos proche du corps. Pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction. Pas de marche prolongée ou de piétinement (Morton et tendinite du fascia lata). Eviter les escaliers ou les travaux en hauteur (tendinite du fascia lata). Limitations du point de vue psychique : sentiments d'impuissance, de culpabilité, elle dépend de sa fille et future belle-fille qui viendra habiter au domicile pour les tâches ménagères, ce qui provoque une blessure narcissique. " En guise de conclusions, ces experts ont estimé que si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle depuis février 2016, elle était de 60 % (sur le plan psychique) mais pouvait être de 80 % (100 % avec diminution de rendement de 20 %) dans une activité adaptée dans un délai de six à huit mois, comme sur le plan rhumatologique. Dans un rapport médical du 6 septembre 2019, la Dre A.A. _____, du SMR, a retenu, comme atteinte principale à la santé, un trouble d'adaptation évoluant vers un épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques (F32.2) et, comme pathologies associées du ressort de l'AI, une connectivité non-spécifique, des lombalgies sur discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1, une tendinite du fascia lata gauche, une tendinite du supra-épineux bilatérale ainsi qu'un Morton 2° et 3° espaces du pied gauche. Les facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI étaient une ostéoporose, une cholangite biliaire primitive (2016), une dyschésie sur rectocèle, une chirurgie du Morton à droite, un surpoids, un bypass gastrique en 2002, un status après plusieurs chirurgies pour hernies abdominales, inguinale et adhérences (2004-2015), une insuffisance veineuse chronique sévère avec plusieurs chirurgies ainsi qu'un prolapsus utérin. Le médecin du SMR a estimé, sur la base du rapport d'expertise pluridisciplinaire précité, que si l'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle depuis février 2016, il existait une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiques (« sentiment d'impuissance, de culpabilité et fatigue ») et de 80

% dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles rhumatologiques (« pas de port de charge ni soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction, pas de marche prolongée ou de piétinement, éviter les travaux en hauteur et les escaliers »). Après avoir soumis le cas à sa division réadaptation (« REA – Rapport final » du 13 septembre 2019), l'OAI a, par projet de décision du 11 octobre 2019, fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Ses constatations étaient les suivantes : “ Vous exercez le métier de concierge. Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis février 2016. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]. A l'échéance du délai en question, soit en février 2017, et après un examen complet de votre dossier, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 60 % peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (pas de port de charge ni soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction, pas de marche prolongée ou de piétinement, éviter les travaux en hauteur et les escaliers) et ceci depuis le début de vos problèmes de santé. Pour déterminer votre degré d'invalidité, nous devons évaluer le préjudice économique que vous subissez. Pour ce faire, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 43'050.75 (selon les données obtenues par votre ancien employeur) avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée à votre atteinte. Dans votre situation, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité. En l'occurrence, le salaire annuel que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 54'799.45 à 100 %, en 2017. Dans votre situation, seule une capacité de travail de 60 % est exigible. Dès lors, ce montant doit être porté à CHF 32'879.67 par année. Par ailleurs, vos limitations fonctionnelles justifient d'appliquer un abattement de 10 % sur le salaire statistique précité. Votre revenu d'invalidité est donc de CHF 29'591.71. Votre degré d'invalidité au terme du délai d'attente d'une année se calcule alors de la manière suivante : Comparaison des revenus : Revenu sans atteinte à la santé CHF 43'050.75 Revenu avec atteinte à la santé CHF 29'591.71 Perte de revenu CHF 13'459.04 Degré d'invalidité 31.26 % Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, aucune mesure d'ordre professionnel ne saurait réduire le préjudice économique précité. ” Dans le cadre des objections de l'assurée, assistée par CAP Protection juridique, sur ce préavis de refus de prestations, l'OAI s'est vu remettre : - un certificat médical du 5 novembre 2019 dans lequel le Dr P._____ a fait part d'une importante altération de l'état de santé général depuis son précédent rapport du 14 mars 2018, avec également d'importantes douleurs du rachis ayant nécessité une récente hospitalisation dans le Service de rhumatologie du CHUV. De l'avis de ce médecin, l'incapacité de travail était totale ; - un rapport du 7 novembre 2019 du Prof. S._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, chef du Service de rhumatologie au CHUV, consécutif à un séjour de l'assurée dans le cadre du programme Multimodal, du 21 octobre au 1 er novembre 2019, dont il ressort les diagnostics suivants : “ • Syndrome douloureux chronique DD dans le cadre d'une connectivité indifférenciée • enthésite, syndrome inflammatoire VS 63 mm/h, ANA 1 :2560, phosphatase alcaline 187 U/l • Overlap avec cholangite biliaire primitive DD

hépatite auto-immune, anti-M2 positive, hyper-IgM • Syndrome lombo-vertébral • IRM du 02.12.2018 : discopathies L4/L5 et L5/S1, arthropathie facettaire lombaire basse • S/p infiltrations facettaires L3/L4/L5 des deux côtés en juin 2019 sans nette amélioration des douleurs • Rupture de la coiffe des rotateurs avec rétraction du sus-épineux, tendinopathie du sub-scapulaire haut et du long biceps, tendinopathie de l'infra-épineux. ” Au terme de son analyse, le Prof. S. _____ a conclu à l'existence de douleurs mixtes a priori en partie en lien avec une connectivite et pour lesquelles il proposait un traitement par Imurek®, à valider par ses confrères gastroentérologues, ainsi qu'un traitement de physiothérapie en raison du déconditionnement musculaire et de la rupture de la coiffe des rotateurs. Selon ce rhumatologue, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité compte tenu de la connectivite active, de tendinopathies multiples (avec rupture de la coiffe) et de la discopathie ; - un certificat médical rédigé le 11 novembre 2019 par le Dr X. _____ dont le libellé est le suivant : “ CERTIFICAT MEDICAL Madame V. _____ , née le [...] Je suis la patiente susnommée depuis de nombreuses années en tant que médecin de famille. Depuis le mois d'avril 2016, elle m'a consulté pour une hépatite auto-immune aigue sur cholangite biliaire primitive (anticorps antinucléaire positifs 1/2560). La patiente présente une importante dégradation de son état général. Elle a d'importantes douleurs rachidiennes, associées à des polyalgies / polyarthralgies intéressant les quatre membres. Elle présente également une discopathie dégénérative L4/L5 et L5/S1. Cette situation entraîne pour ma patiente une incapacité totale de travailler. Avec son hépatite auto-immune, et ses douleurs quotidiennes importantes, elle est déjà extrêmement limitée dans sa vie privée : une activité professionnelle lui est dès lors impossible, à quelque niveau que ce soit. [...] ” ; - un rapport du 22 novembre 2019 de la Dre E. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, adressé en réponse à un courrier du 7 novembre 2019 de la protection juridique de l'assurée, dont on extrait ce qui suit : “ - Depuis quand Madame V. _____ est-elle votre patiente ? 30.04.2018 - Quelle était la date du dernier rendez-vous médical ? 14.11.[2]019 - Quel est votre diagnostic sur son état de santé ? Le diagnostic de syndrome douloureux chronique DD dans le cadre d'une connectivite indifférenciée ainsi que les comorbidités sur le plan psychiatrique tenu également par le psychiatre de liaison, diagnostiquant un trouble de l'adaptation et une réaction dépressive prolongée, ont été retenus. La patiente est sortie de l'hôpital avec la proposition de « poursuite des consultations chez sa psychiatre d'une manière plus rapprochée si possible ; de faire la transmission de la consultation auprès de sa psychiatre si nécessaire (la patiente est d'accord) ; pas de traitements médicamenteux proposés ». Les comorbidités comme : le syndrome lombo-vertébral, le s/p infiltrations facettaires L3/L4/L5 des deux côtés en juin 2019 sans nette amélioration des douleurs, la rupture de la coiffe des rotateurs, l'hépatite aiguë sur cholangite biliaire primitive déterminée en 2016, le s/p cure de hernie inguinale bilatérale en 2015, le s/p cure d'événtration sous-ombilicale avec filet en 2010, le s/p by-pass gastrique en 2002, le s/p arthroplastie du genou en 1999, et le s/p cure de varice en 1997, sont vécus par la patiente de manière très envahissante et traduits par une diminution de l'état général. Dans ce contexte, le syndrome douloureux chronique avec réactions anxiodépressives prolongées est retenu, en tenant compte aussi de tous les facteurs psychosociaux qui ont favorisé la chronification. En l'occurrence, la souffrance psychique de la patiente, influencée par les composantes psycho-sociales comme le vieillissement et l'incapacité de pouvoir se projeter dans l'avenir sur un plan professionnel, chez cette patiente qui se voit dans le devoir de pouvoir s'occuper de sa fille de 12 ans, rend sa situation très complexe. La patiente ressent un sentiment d'échec et de culpabilité car la

douleur chronique l'empêcherait d'avoir une vie familiale et socio-professionnelle, ce qui influence négativement le bien-être des autres membres de la famille. C'est dans ce contexte que j'ai revu la patiente le 14 novembre 2019, laquelle présente un abaissement de l'humeur avec une diminution de l'énergie vitale, des idées noires qui la font se projeter dans une vision très négative pour l'avenir et qui ne lui permettent pas de voir le sens de son existence, du fait qu'elle se sente incapable de s'occuper d'elle-même et par conséquent de sa fille cadette. Des idées de culpabilité et de dévalorisation l'envahissent actuellement du fait d'avoir reçu une réponse négative de la part de l'Assurance Invalidité. La patiente me dit ne pas se sentir reconnue et légitimée en tant que personne souffrante, chose qui a réactivé des sentiments d'incompréhension et d'injustice, vécus préalablement dans le passé au travers des relations de violence psychologique intrafamilial. Face à cette situation, l'intervention par une approche pharmacologique avec antidépresseurs semble difficile, par le simple fait que la patiente est devenue phobique de « toutes substances qu'elle doit avaler, de peur d'intoxiquer encore plus son foie ». En revanche la psychothérapie, pour la résolution de conflits intrapsychiques non résolus, offre une opportunité de pouvoir s'adapter au fur et à mesure et voir le stade de vie où la patiente doit, par force des choses, s'occuper plus d'elle-même. Néanmoins la pression qu'elle ressent par le contexte socio-économique avec « l'obligation » de s'intégrer à une activité professionnelle va à l'encontre de cette hypothèse de travail. En conclusion la patiente est actuellement inapte à travailler à 100% sur le plan psychique et cette incapacité reste directement liée à son état physique. - Les limitations fonctionnelles susmentionnées sont-elles représentatives de l'état de santé de votre patiente ? Dans le cas contraire, quelles limitations devraient être ajoutées ? Oui. - Les limitations fonctionnelles retenues, respectivement celles que vous considérez devoir ajouter, sont-elles de nature à permettre l'exercice d'une activité adaptée ? Le cas échéant, à quel pourcentage ? Non. - Madame V._____ peut-elle se déplacer ? Oui, avec des cannes. - Madame V._____ peut-elle effectuer ses tâches ménagères ? La patiente arrive à peine à faire les repas et pour le reste, elle est souvent assistée par ses proches. - Une amélioration de son état de santé est-elle envisageable ? Sur le plan psychologique, la situation est cristallisée, du fait que son époux est déjà retraité. Ainsi la patiente se retrouve confrontée à une responsabilité qu'elle n'arrive pas à assumer. ” ; - des réponses du 13 décembre 2019 du Dr X._____ à un questionnaire adressé dans l'intervalle par le conseil de l'assurée, estimant que l'incapacité de travail était totale sans amélioration de l'état de santé envisageable, que l'intéressée qui se déplaçait difficilement avec une canne anglaise n'était plus en mesure d'effectuer ses travaux ménagers, et retenant les limitations fonctionnelles suivantes : « Séjour en position verticale max 30 minutes : à l'aide d'1 canne. Position assise prolongée impossible. Position couchée max 2-3 heures. Alternance des positions donc requise. Port de charges > 5 kg non recommandées. Travail avec les bras au-dessus du corps, ou penché en avant impossible. Rotation du tronc très douloureuse, donc à éviter » ; - un rapport du 23 décembre 2019 dans lequel le Dr G._____ a répondu comme suit aux questions adressées par le conseil de l'assurée : “ Depuis quand Madame V._____ est-elle votre patiente ? J'ai été amené à voir Madame V._____ en consultation à partir du 25.01.2018. Je l'ai vue en consultation les 25.01.2018, 24.05.2018, 04.10.2018, 07.02.2019, 10.05.2019 et 06.09.2019. Quelle était la date du dernier rendez-vous médical ? Le 06.09.2019. Quel est votre diagnostic sur son état de santé ? Sur le plan ostéo-articulaire, les diagnostics retenus sont les suivants : • Lombalgies chroniques non déficitaires avec à l'IRM de février 2018 : • Discopathies L4-L5 et L5-S1, arthrose facettaire lombaire basse. • Connectivite non spécifique. •

Tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. • Ostéoporose. • Surpoids avec status post by-pass gastrique en 2002. • Status post chirurgie de Morton à droite. • Gonalgies droites avec status post arthroscopie du genou droit en 1999. Diagnostic non rhumatologique : • Cholangite biliaire primitive. • Status post multiples opérations abdominales dans les suites d'un by-pass gastrique avec chloécystéctomie par voie laparoscopique en 2002. Les limitations fonctionnelles susmentionnées sont-elles représentatives de l'état de santé de votre patiente ? Dans le cas contraire, quelles limitations devraient être ajoutées ? Sur le plan strictement ostéoarticulaire, les limitations fonctionnelles du point de vue rhumatologique décrites dans l'expertise me semblent adaptées. Il me semblerait utile d'ajouter également une limitation fonctionnelle concernant la position statique assise ou debout prolongée au-delà de 60 minutes, sans possibilité de changement de position. Les limitations fonctionnelles retenues, respectivement celle que vous considérez devoir ajouter, sont-elles de nature à permettre l'exercice d'une activité adaptée ? Le cas échéant, à quel pourcentage ? Oui, sur le plan rhumatologique, je pense qu'il persiste une capacité de travail de l'ordre de 50%. Madame V. _____ peut-elle se déplacer ? Oui. Madame peut-elle effectuer ses tâches ménagères ? Oui. Une amélioration de son état de santé est-elle envisageable ? Concernant les diagnostics rhumatologiques, il existe d'une part les diagnostics d'origine dégénérative pour lesquels nous pouvons considérer la situation comme actuellement stabilisée et pour lesquels une amélioration notable n'est pas attendue. Concernant les diagnostics inflammatoires à type de connectivite non spécifique et pour lesquels Madame V. _____ bénéficie d'un suivi au sein du service de rhumatologie du CHUV, un traitement par Imurek a été proposé par mes confrères de rhumatologie qui l'ont suivie du 21.10.2019 au 01.11.2019, lors de son séjour au sein du programme multimodal. Note : Les réponses concernent les consultations dans le cadre de ma spécialité médicale de médecine physique et réhabilitation. ” L'OAI a requis le point de vue du SMR sur les derniers éléments médicaux recueillis au dossier qui, par la voix de la Dre A.A. _____, a estimé qu'il se justifiait de modifier le rapport médical du 6 septembre 2019 en proposant l'ajout d'une limitation pour un changement de la position debout/assis chaque soixante minutes ; cette nouvelle restriction fonctionnelle ne modifiait toutefois pas la capacité de travail dans une activité adaptée à 80 % dans l'axe rhumatologique (avis médical « Audition » du 10 février 2020). Après avoir une nouvelle fois soumis le cas à sa division réadaptation qui a confirmé le calcul du revenu sans invalidité et celui du revenu d'invalidité après un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles (communication interne à l'OAI du 12 février 2020), l'OAI a, par décision du 30 mars 2020, confirmé la teneur de son projet de décision du 11 octobre 2019, sous réserve d'une aide au placement ouverte. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, il s'est exprimé sur la contestation de l'intéressée notamment en ces termes : “ Par projet de décision du 11 octobre 2019, nous avons dénié le droit à la rente en faveur de votre mandante citée en titre au motif que son taux d'invalidité était inférieur à 40%. Dans vos courriers des 7 novembre 2019 et 13 janvier 2020, vous contestez notre position notamment sur les points suivants : Ø La capacité de travail dans une activité adaptée retenue, à savoir 60 % Ø Le montant du revenu sans invalidité pris en considération Ø Le pourcentage d'abattement pris en compte lors de la détermination du revenu avec invalidité. Ø La mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration recueille des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré et, si nécessaire, fait procéder à des expertises médicales. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle

proportion et dans quels types d'activités elle est capable de travailler. Nous avons mandaté le T. _____ à [...] afin de réaliser une expertise pluridisciplinaire. Dans leur rapport d'expertise du 30 août 2019, les Dr M. _____ (Rhumatologie), Dr L. _____ (Psychiatrie), Dr R. _____ (Gastroentérologue) et Dr J. _____ (Médecine interne générale) indiquent que son atteinte à la santé contre-indique l'exercice de son activité habituelle de concierge. Par contre, dans une activité adaptée à son atteinte, elle conserve une capacité de travail de 60 %. [...] L'expertise du T. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette [expertise] a dès lors pleine valeur probante. S'agissant de la capacité de travail retenue, différents rapports médicaux postérieurs à ladite expertise nous ont été adressés. Le rapport du 11 novembre 2019 établi par le Dr S. _____ (service de rhumatologie, CHUV) n'amène aucun élément objectif pour valider une aggravation de l'état de la santé physique. Le certificat médical du 5 novembre 2019 établi par le Dr X. _____ (médecin généraliste) n'apporte aucun nouvel élément qui n'aurait pas été pris en considération par les experts. Le certificat médical du 5 novembre 2019 établi par le Dr P. _____ (gastroentérologue) rappelle des diagnostics déjà pris en considération. Enfin les rapports établis respectivement par les Dr G. _____ (service de réhabilitation, CHUV, 23 décembre 2019) et Dr E. _____ (psychiatre, 22 novembre 2019) n'amènent aucun élément médical nouveau. Il s'agit dans le cas d'espèce d'une appréciation différente d'un même état de fait. Au vu de ce qui précède, il y a dès lors lieu de retenir les conclusions des experts du T. _____, à savoir la prise en considération d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 60 %. Nous validons uniquement l'ajout d'une limitation fonctionnelle supplémentaire, soit la possibilité de changer de position debout/assis chaque 60 minutes. S'agissant du revenu sans invalidité, l'ancien employeur de votre mandante nous indique un revenu de CHF 2'285.00 pour un total de 28h55 heures par semaine (semaine de travail usuelle de l'entreprise de 42h05) versé 13 fois. Pour définir le taux d'activité nous réalisons le calcul suivant : $28,91 / 42,0833 \times 100$, soit un taux d'activité réel de 68,7 % que nous arrondissons à 69 %. Au vu de ce qui précède et étant donné que votre mandante est considérée comme active à plein temps, son revenu sans invalidité se détermine alors de la manière suivante : $CHF\ 2'285 / 69 \times 100 \times 13 = CHF\ 43'050.75$ à 100 % Il est à relever, également, que la moyenne des revenus inscrits aux comptes individuels durant la période de 2013 à 2015 se monte à CHF 29'279,65 à 69 %, qui ramené à 100 % s'élèverait à CHF 42'434,30 ($29'279,65 / 69 \times 100$). Au vu de ce qui précède, vos arguments relatifs à la prise en compte d'un revenu sans invalidité d'un montant de CHF 54'840.00 ne peuvent être admis. S'agissant des abattements pris [en] considération pour déterminer le revenu avec invalidité, vous estimez que le taux d'abattement qui doit être adapté en fonction de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles de l'assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, taux d'occupation) n'est pas assez élevé. En effet, dans le cas de Madame V. _____ au vu de son âge ainsi que de son taux d'occupation, un taux d'abattement de 25 % serait parfaitement adéquat. [...] Il ressort dans le cas d'espèce que les limitations fonctionnelles de votre mandante sont les suivantes : Limitations psychiques : sentiments d'impuissance, de culpabilité, fatigue. Limitations rhumatologiques : pas de port de charge ni soulèvement de plus de 10kg, pas de porte-à-faux du buste, pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction, pas de marche prolongée ou de piétinement, éviter les travaux en hauteur et les escaliers, auxquelles s'ajoute le changement de la position debout/assis chaque 60 minutes selon les nouvelles

pièces médicales apportées au dossier. [...] Dans le cas d'espèce, nous avons estimé, au vu de l'ensemble des critères que le désavantage salarial s'élevait à 10 % en raison des limitations fonctionnelles précitées (malgré le fait que lesdites limitations ont également été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail) ramenant le revenu d'invalidé à CHF 29'591,71. Nous n'avons pas retenu d'autre réduction après examen des autres facteurs (âge, année de service, nationalité et permis et le taux d'occupation) car ceux-ci n'engendrent aucun désavantage salarial supplémentaire dans la présente situation. Enfin, s'agissant de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, aucune mesure d'ordre professionnel ne saurait réduire le préjudice économique que votre mandante subit. Toutefois, comme elle est actuellement sans emploi et dans le but de la soutenir dans ses recherches d'emploi, elle peut bénéficier[r] des conseils de notre service d'aide au placement. Vous trouverez, en annexe, une communication relative à cette prestation. Votre mandante recevra prochainement par pli séparé une convocation formelle la conviant à une séance d'information organisée par ledit service. Au vu de tout ce qui précède, votre contestation ne nous apporte pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de notre position. Notre projet repose sur une instruction complète sur le plan médical et économique et est conforme en tous points aux dispositions légales. Il doit donc être entièrement confirmé. [...] » La mesure d'aide au placement a finalement été close par l'OAI le 30 avril 2020 en raison de l'absence de nouvelles de la part de l'assurée dans le délai imparti. B. V. _____, représentée par CAP Protection juridique, a déféré la décision du 30 mars 2020 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 14 mai 2020 en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente lui est allouée « à dire de justice ». Subsidièrement, elle a conclu à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à des mesures professionnelles ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire neutre et à la production des données salariales de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sur lesquelles se fonde l'OAI dans sa décision ; plus subsidièrement encore, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction « dans le sens que la Cour jugera utile ». La recourante a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise T. _____ en se plaignant de la non-prise en compte des avis divergents des médecins consultés. Elle plaidait que les différents rapports postérieurs à l'expertise précitée attestaient d'une évolution de son état de santé justifiant la réalisation d'une expertise judiciaire. Ce faisant, elle a contesté la capacité de travail de 60 % retenue dans des activités adaptées. S'agissant du calcul du préjudice économique, doutant du bien-fondé des deux termes retenus pour la comparaison des revenus, elle sollicitait la production par l'intimé des données salariales de l'OFS sur lesquels il se fondait dans sa décision. S'agissant du revenu d'invalidé, elle estimait qu'au vu de son âge, de son taux d'occupation ainsi qu'en fonction de l'importance des limitations fonctionnelles, un taux d'abattement de 25 % (et non 10 %) se justifiait. Elle se plaignait en outre de l'absence d'instruction sur les perspectives d'embauche sur le marché de l'emploi, en raison des limitations fonctionnelles. Enfin, compte tenu d'un degré d'invalidité de 31,26 % qu'elle estimait être supérieur sur la base des rapports médicaux produits, la recourante a déploré le refus de mesures professionnelles en sa faveur. Sous le bordereau de pièces figurant en annexe à son mémoire de recours, la recourante a notamment produit un rapport du 27 avril 2020 dans lequel le Prof. S. _____ a répondu comme suit aux questions du représentant de celle-ci : “ - Depuis quand Madame V. _____ est[-]elle votre patiente ? Madame V. _____ est ma patiente depuis 2019. - Quelle était la date du dernier rendez-vous médical ? La dernière consultation date du 24.03.2020. - Quel est votre

diagnostic ? Connectivite indifférenciée avec inflammation systémique. VS à 60mm/h. CRP 15 mg/l. Cholangite biliaire anti-M2 positif. Traitement actuel par Léflunomide. - Dans l'expertise du T._____, le Dr M._____ Rhumatologue, considère à la p. 14, que Madame V._____ bénéficie d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limites à 80%, soit 100% mais avec une baisse de rendement de 20 % pour tenir compte de l'asthénie secondaire à la connectivité non spécifique depuis février 2016. Dans l'expertise du T._____, le Dr M._____, Rhumatologue, met le diagnostic de connectivite non spécifique comme diagnostic n°5 parmi les autres diagnostics avec impact sur la capacité de travail. Cela montre déjà que ce collègue considère cette maladie moins importante par rapport aux autres diagnostics, comme les tendinites ou douleurs lombaires. Selon l'expertise les valeurs inflammatoires avec une vitesse de sédimentation à 60mm/h montre une activité inflammatoire, mais n'est pas considérée. Il existe un chevauchement avec la cholangite biliaire primitive anti-M2 positif comme on voit souvent avec des symptômes musculo-squelettiques. Le collègue discute d'un possible Sjörger, polyarthrite rhumatoïde ou lupus qu'il ne peut pas diagnostiquer. Il conclu[t] à une connectivite inclassée associée à une cholangite biliaire primitive, mais ne met pas en contexte les différents symptômes et valeurs inflammatoires. A noter, que les auto-anticorps anti-nucléaires à 1/5120 sont hautement positifs en faveur de cette connectivite. - Les limitations fonctionnelles mentionnées dans la décision de l'AI sont-elles représentatives de l'état de santé de votre patiente ? Dans le cas contraire, quelles limitations devraient être ajoutées ? Je répète que les tendinites examinés chez cette patiente vues sur les échographies sont un des signes classiques dans la connectivite indifférenciée, les limitations fonctionnelles sont donc une partie des téno-synovites actives a priori dans le cadre de la connectivite indifférenciée, ainsi qu'une fatigue importante probablement induite par l'auto-immunité et la cholangite biliaire primitive. Elle a également des comorbidités, comme la discarthrose, qui pour moi, ne permet effectivement pas une activité adaptée. - Les limitations fonctionnelles retenues, respectivement celles que vous considérez devoir ajouter, sont-elles de nature à permettre l'exercice d'une activité adaptée ? Le cas échéant, à quel pourcentage ? Les limitations fonctionnelles touchent presque tout le corps, notamment la ceinture scapulaire et les hanches avec des tendinites décrites. Des mouvements du rachis lombaire par les discopathies dégénératives. Cela touche donc tous les mouvements, en position assise et debout. Les valeurs inflammatoires avec une VS à 60mm/h ont certainement également un effet systémique et central qui provoque une forte diminution de ses ressources physiques. - Madame V._____ peut-elle effectuer ses tâches ménagères ? Madame V._____ ne peut à mon avis pas effectuer des tâches ménagères. - Une amélioration de son état de santé est-elle envisageable ? Une amélioration est envisageable avec une immuno-suppression que nous venons d'instaurer avec Léflunomide. ” Dans sa réponse du 7 juillet 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise du T._____. S'agissant du calcul du préjudice économique, l'office intimé, renvoyant au rapport effectué par le service de la réadaptation du 13 septembre 2019 ainsi qu'à la note du 12 février 2020, précisait en particulier que l'abattement sur le revenu d'invalidé avait été calculé de manière large et que les 10 % retenus étaient suffisants. Enfin, de nombreuses activités adaptées à l'état de santé défaillant demeuraient accessibles à la recourante dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ou dans le conditionnement, scannage de documents, ou encore vente simple, et sans nécessiter aucune formation préalable particulière. Le 17 août 2020, en

réplique, maintenant ses précédentes conclusions en insistant sur la requête d'une expertise judiciaire, la recourante, a produit, sous bordereau complémentaire, notamment les pièces suivantes : - un rapport du 20 mars 2018 du Dr Z._____, angiologue, dont il ressort que lors du dernier bilan veineux des membres inférieurs du même jour, la situation était identique à celle datant de septembre 2014 ; - un rapport d'IRM du 14 mars 2019 du Dr F._____, spécialiste en radiologie, montrant un volumineux névrome de Morton au 2° espace de l'avant-pied gauche ; - un rapport de physiothérapie du 26 juin 2020 établi par la physiothérapeute B.A._____ qui, à la suite d'une prise en charge du 17 au 25 juin 2020, décrivait une légère amélioration de la mobilité de l'épaule droite, mais sans réelle amélioration de la situation globale de la recourante. Cette intervenante a recommandé malgré tout une reprise du suivi en physiothérapie ambulatoire ; - un rapport du 15 juillet 2020 du Dr B._____, spécialiste en neurologie, consécutif à un examen du même jour, qui se termine comme suit : " Conclusion : - Persistance d'une atteinte polyneuropathique plus axonale que myélinique, à prédominance sensitive, plus prononcée qu'en 2018. - Dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur droit, malgré une apparente faiblesse globale, le bilan myographique révèle des tracés normalement riches mais à basse fréquence évoquant plus des phénomènes de lâchages qu'un déficit moteur neurogène ou myogène. RESUME DU CAS ET APPRECIATION : Mme V._____ rapporte donc une aggravation de son atteinte polyneuropathique depuis l'examen de 2018. A l'examen clinique, on note effectivement une marche spontanée plus difficile que préalablement, une apparente impossibilité à tenir sur la pointe des pieds et sur les talons et une instabilité au Romberg. L'examen des membres supérieurs est essentiellement caractérisé par un ralentissement des mouvements rapides et des phénomènes de lâchages/faiblesse globaux bilatéraux. Au niveau des membres inférieurs, on note maintenant une hypoaréflexie achilléenne, une altération en chaussette de la sensibilité superficielle et profonde et des phénomènes de faiblesse/lâchages de l'ensemble des groupes musculaires. Lorsqu'on compare le présent à celui de 2018, il y a effectivement une aggravation sur le plan de la motricité, des réflexes et de la sensibilité. L'examen clinique a été complété par un ENMG [électroneuromyogramme] qui montre une petite aggravation des paramètres neurographiques alors que l'étude myographique du membre inférieur droit ne révèle pas d'atteinte neurogène périphérique et/ou myogène susceptible d'expliquer les déficits moteurs constatés cliniquement. Pour répondre à votre demande de prise en charge d'un test par Xeljanz, je dois malheureusement vous dire que je n'ai pas l'habitude de cette substance et que je ne me sens pas apte à en monitorer le traitement et l'efficacité. " ; - un rapport du 24 juillet 2020 consécutif à une densitométrie osseuse par DXA du 16 juillet 2020 réalisée au Centre interdisciplinaire des maladies osseuses du CHUV, mettant en évidence une ostéoporose en péjoration depuis l'examen initial de 2017 (avec une perte significative sur la colonne lombaire et sur le fémur total) ; - un rapport du 11 août 2020 du Prof. S._____ ne posant pas de nouveau diagnostic et décrivant l'introduction d'un traitement par Lyrica® (2x/200 mg) en parallèle à la poursuite de la physiothérapie (notamment l'aquagym). Indiquant que « Madame V._____ présente toujours de[s] douleurs généralisées sur la base de plusieurs pathologies dégénératives avancées ainsi qu'une inflammation chronique, diagnostic différentiel dans le cadre d'une maladie de Sjögren avec une cholangite primitive », ce praticien estimait la capacité de travail à « 0 % pour toutes les activités, y compris les activités adaptées compte tenu des faibles ressources de la patiente qui souffre également d'un syndrome douloureux chronique secondaire ». Dans sa duplique du 8 septembre 2020, produisant un avis du 25 août précédent de la Dre

A.A. _____, du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a relevé que les pièces médicales transmises n'apportaient aucun élément nouveau et ne faisaient état d'aucune aggravation de l'état de santé de la recourante, excepté le rapport d'imagerie du 24 juillet 2020 mais qui était postérieur à la décision attaquée. Ce faisant, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Dans ses déterminations du 1^{er} octobre 2020, la recourante a de nouveau insisté sur la nécessité d'une instruction complémentaire compte tenu de l'évolution de son état de santé telle qu'attestée dans les rapports médicaux produits par ses soins. Le 5 novembre 2020, la recourante a produit un ultime rapport du 16 octobre 2020 du Prof. S. _____, dont on extrait ce qui suit : “ Diagnostic : • Connectivite avec hépatite auto-immune • ANA 1/2560 anti-mitochondrial positif • Syndrome inflammatoire avec VS de 50 à 60mm/h • Infection urinaire • Déchirure complète du tendon supra-épineux épaule droite • IRM de l'épaule droite de juin 2020 : avec rétraction à l'apex de la tête humérale. Rupture non transfixiante du tendon intra-épineux. Tendinopathie focale du biceps brachial. Bursite sous acromio-déltôidienne. • Polyarthrose avec chondrocalcinose • IRM lombaire du 18.012.2018 : Discopathie dégénérative L3 à S1 avec MODIC 1 L5-S1 latéralisée à droite. Arthrose zygapophysaire lombaire importante avec développement d'un kyste extra-canalair L4-L5 à gauche. Discopathie dégénérative T8 à L1 avec calcification discale dans l'anneau fibreux antérieur. • Radiographie des genoux : réduction importante de l'espace articulaire médial D>G. Chondrocalcinose du genou droit. • échographie du poignet du 09.10.2020 : synovite grade 1. Doppler négatif. • Scanner du 20.06.2017 : Arthrose antérieure avec signe de vacuum bilatéral, coxarthrose postérieure • Syndrome douloureux chronique / fibromyalgie secondaire • Douleurs généralisées, troubles du sommeil et dépression • S/p post by pass gastrique en 2002 • Ostéoporose • Ostéo-densitométrie du 16.07.2020 : T-score-3.8. Colonne vertébrale -2.6. Col du fémur • Traitement par Bonviva depuis 5 ans Anamnèse : Situation douloureuse persistante. Une grande partie des symptômes est de type central avec douleurs généralisées et signes de Waddell positifs. Le traitement par Prednisone 10mg/jour a initialement aidé la patiente. Elle est actuellement traitée par Lyrica 200 mg/j. Après l'échec d'Arava, actuellement pas d'immuno-suppresseur par anti-JAK, Imurek ou Cellcept car la symptomatologie semble fortement influencée par des douleurs centrales. A l'examen clinique, je ne note pas de synovite périphérique. A l'échographie, synovite modéré du poignet gauche. Doppler négatif. Au niveau du laboratoire : persistance d'un syndrome inflammatoire avec une VS de 48mm/h. Je note une infection urinaire avec des nitrites positives et une leucocyturie. Appréciation et discussion : Il existe une polypathologie chez Madame V. _____ avec une situation douloureuse importante. Je note plusieurs maladies y compris une connectivite active, ainsi qu'une chondrocalcinose, polyarthrose et un syndrome douloureux chronique. Indépendamment de cela, il y a une infection des voies urinaires avec un traitement antibiotique prévu. Les différentes pathologies dégénératives et inflammatoires (actives avec une VS très élevée aussi en dehors de l'infection urinaire) ne permettent pas un travail adapté. La capacité de travail est à mon avis clairement à 0%. Je note qu'il y a plusieurs pathologies qui s'ajoutent aux ressources physiques et psychiques de cette patiente qui sont clairement basses et non suffisantes pour un quelconque métier. Sur le plan fonctionnel, presque tous les organes sont atteints en plus d'une inflammation systémique. ” Le 1^{er} décembre 2020, produisant un avis du 27 novembre précédent de la Dre A.A. _____, du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a constaté que les atteintes à la santé de la recourante avaient déjà été prises en compte dans le cadre de l'instruction du cas sans que les derniers rapports médicaux versés en cause ne changeaient quelque chose.

L'intimé a dès lors confirmé ses précédentes conclusions dans le sens du rejet du recours et du maintien de la décision querellée. De son côté, le 4 janvier 2021, la recourante a indiqué maintenir sa position conformément à ses déterminations précédentes. 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, vu la situation extraordinaire en lien avec le coronavirus, le Conseil fédéral a fait usage de sa compétence pour prolonger les fêtes judiciaires pascals telles que prévues par l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, et les a fixées du 21 mars au 19 avril 2020 (ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4). Le recours a ainsi été 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]). Il respecte par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte que le recours est recevable. 2. a) Le litige porte sur le droit à une rente ou à des mesures professionnelles en faveur de la recourante. 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 30 mars 2020 (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. 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. 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. b) aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). bb) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, 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). cc) 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 l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré 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 l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 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 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 l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré 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). c) 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). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées). 4. a) L'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures professionnelles, au motif que si la recourante présente une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis février 2016 pour des raisons de santé, sa capacité de travail est de 60 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charge ni soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, pas d'effort des bras au-delà de 90° d'abduction, pas de marche prolongée ou de piétinement, éviter les travaux en hauteur et les escaliers) depuis le début de ses problèmes de santé ; après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, le degré d'invalidité est de 31.26 %. Aucune mesure d'ordre professionnel ne saurait

réduire le préjudice économique. Cette décision s'appuie sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du T. _____ du

E. 30

mars 2020 de l'OAI) et refusée par la recourante (document « PLA – Rapport final du 30 avril 2020). S'agissant de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, on ne voit pas quelle autre mesure aurait pu être proposée à la recourante qui ne dispose d'une capacité de travail résiduelle que dans une activité simple et légère, qui ne nécessite pas de formation particulière, pour permettre de réduire le préjudice économique de celle-ci. d) aa) Aux termes de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 s. LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent. L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé. bb) Il est exigible de la recourante de limiter le préjudice en adaptant son activité à ses limitations fonctionnelles, voire à changer son activité dans ce but. Toutefois, la recourante n'a pas besoin d'être guidée vers l'activité dans laquelle elle aura le plus de chance de succès, son état de santé défaillant imposant l'exercice d'une activité simple et légère. e) aa) Selon l'art. 16 al. 1 LAI, l'assuré qui n'a pas encore eu d'activité lucrative et à qui sa formation professionnelle initiale occasionne, du fait de son invalidité, des frais beaucoup plus élevés qu'à un non-invalidé a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes. bb) La recourante dispose d'une longue expérience professionnelle dans le domaine de la conciergerie, et donc de connaissances qu'elle pourrait aisément mettre à profit dans une nouvelle profession, sans qu'une nouvelle formation initiale ne s'avère nécessaire. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. f) aa) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). bb) Comme on l'a vu, la recourante, en raison de son état de santé déficient, conserve une capacité de travail partielle (60 %) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, conservant une capacité de gain dont on ne voit pas en quoi, et la recourante ne l'expose du reste pas, elle pourrait encore être améliorée de sorte que celle-ci ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement de l'assurance-invalidité. C'est le lieu de rappeler qu'une mesure de reclassement ne peut pas être considérée comme adéquate lorsqu'elle est selon toute

vraisemblance vouée à l'échec eu égard aux capacités d'apprentissage limitées de l'assuré constatées par les experts (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1701 p. 457). Or les experts ont constaté que l'intéressée présentait des traits narcissiques qu'elle n'arrivait que difficilement à mobiliser pour maintenir un équilibre à minima et qu'elle n'exprimait pas le désir de travailler (expertise, p. 6). Des mesures de réadaptation étaient difficilement envisageables au jour de l'expertise (le 5 juillet 2019) mais pouvaient être entreprises dès la stabilisation de l'état de santé (expertise, p. 20). On déduit du refus d'une aide au placement au printemps 2020 qu'un reclassement dans une nouvelle profession n'a pas plus de chance d'aboutir chez cette assurée. g) aa) Conformément à l'art. 18d LAI, une aide en capital peut être allouée à l'assuré invalide susceptible d'être réadapté, afin de lui permettre d'entreprendre ou de développer une activité en tant qu'indépendant, et afin de financer les aménagements nécessaires à cette activité en raison de son invalidité. Le Conseil fédéral règle les modalités et fixe les formes de cette prestation. L'octroi de l'aide en capital ne dépend pas d'un degré d'invalidité minimum déterminé (ATF 97 V 162 consid. 1 ; TF 9C_290/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.2 et les références citées). Une aide en capital peut être allouée à l'assuré invalide domicilié en Suisse qui est susceptible d'être réadapté, s'il a les connaissances professionnelles et les qualités personnelles qu'exige l'exercice d'une activité indépendante, si les conditions économiques de l'affaire à entreprendre paraissent garantir de manière durable l'existence de l'assuré et si les bases financières sont saines (art. 7 al. 1 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]). L'aide en capital peut être accordée sans obligation de rembourser ou sous forme de prêt à titre gratuit ou onéreux. Elle peut aussi être accordée sous forme d'installations ou de garanties (art. 7 al. 2 RAI). bb) En l'espèce, la recourante qui a déclaré aux experts ne pas vouloir travailler n'a logiquement émis aucun souhait d'entreprendre ou de développer une activité en tant qu'indépendante. Dès lors une mesure sous la forme d'aide au capital n'est pas requise dans le cas présent. h) Au final, à côté d'une aide au placement refusée par la recourante aucune mesure de réadaptation n'est à envisager dans le cas présent. 7. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante dans ses écritures – à savoir, la réalisation d'une expertise judiciaire neutre – doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 130 II 425 consid. 2.1). 8. a) En définitive, le recours doit être rejeté. La décision attaquée doit cependant être réformée en ce sens que la limitation fonctionnelle manquante, à savoir « le changement de position debout/assis chaque 60 minutes » doit être ajoutée. 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).