

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 227 vom 25. Juli 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-07-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__227

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 227 du 25 juillet 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 227 del 25 luglio 2022

Regeste

REJET DE LA DEMANDE, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, RENTE D'INVALIDITÉ, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, EXPERTISE MÉDICALE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES | 28a al. 3 LAI, 8 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 27bis al. 2 RAI

Erwägungen

E. 4

On relèvera, à titre liminaire et pour autant que de besoin, qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 % retenu par l'intimé, cette appréciation ne prêtant pas le flanc à la critique et n'est, du reste, pas contestée par la recourante.

E. 4.1

; 129 V 222). dd) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). ee) Dans le cas présent, le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) était, en 2018, de 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, TA 1, niveau de qualification 1). Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2018, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau 9.2), ce montant doit être porté à 4'556 fr. 75, et pour 2019 à 4'602 fr. 30 (+ 1 % ; cf. T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2020). Compte tenu de la diminution de rendement de 20 % retenue par les experts et d'un abattement de 5 % au vu de l'âge restreignant les perspectives salariales de la recourante, le revenu d'invalidité s'élève ainsi à 3'497 fr. 75 ($[4'602 \text{ fr. } 30 - 20\%] - 5\%$), ce qui correspond à un revenu annuel de 41'973 francs ($3'497 \text{ fr. } 75 \times 12$). A cet égard, contrairement à ce que soutient la recourante, il ne convient pas d'appliquer un taux d'abattement supplémentaire, dans la mesure où les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Une diminution de rendement de 20 % a été retenue précisément pour prendre en compte le caractère inflammatoire de la maladie, nécessitant notamment des changements de position réguliers. i) Le degré d'invalidité pour la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative s'élève, après comparaison du revenu sans invalidité (76'059 fr. 95) avec le revenu d'invalidité (41'973 fr.), à 44,81 % ($[(76'059 \text{ fr. } 95 - 41'973 \text{ fr.}) / 76'059 \text{ fr. } 95] \times 100$).

E. 5

a) Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Depuis le 1^{er} janvier 2018, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) n'est plus déterminé sur la base du revenu effectivement réalisé, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (art. 27bis al. 3 let. a RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021). b) L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités – qui peuvent être assimilées à une activité lucrative – que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 s. de la Circulaire de l'OFAS (Office Fédéral des Assurances Sociales), valable à partir du 1^{er} janvier 2015, état au 1^{er} janvier 2021, sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références).

E. 6

a) En ce qui concerne la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative, il convient de déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a retenu une capacité de travail de 100 %, avec baisse de rendement de 20 % d'ordre rhumatologique, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« Pas d'effort de > 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux ni de rotations répétées du buste, comme du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg, permettre changement de position régulier ») depuis juillet 2018. b) Il n'y a pas lieu de s'écarter en l'espèce des conclusions de l'expertise du W. _____ et son complément. aa) Sur le plan psychique, l'expert Z. _____ n'a pas retenu de maladie psychiatrique, ni de trouble de la personnalité ni trouble de l'addiction chez l'assurée. Il a constaté qu'elle avait des ressources psychologiques ainsi que des mécanismes adaptatifs, même si ceux-ci étaient légèrement diminués à cause de la douleur. Il a relevé, comme l'intéressée l'avait elle-même déclaré le 14 avril 2020 à l'OAI, l'absence de prise en charge psychiatrique ou psychologique, avec la prise de temps en temps du Temesta® pour dormir. Dans ces circonstances, il a estimé que l'intéressée était en mesure de fonctionner tout à fait normalement dans la vie quotidienne ; elle était en effet capable de s'adapter à des règles de routine, savait planifier et structurer ses tâches ; elle possédait de la flexibilité et la capacité de changement, pouvait mobiliser ses compétences et connaissances ; elle était apte à prendre des décisions, possédait du discernement, était capable d'initiatives et d'activités spontanées ; elle était par ailleurs en mesure de s'affirmer, de tenir une conversation et d'établir le contact avec des tiers ; elle pouvait vivre en groupe, lier d'étroites relations, prendre soin d'elle-même et subvenir à ses besoins ; enfin, elle disposait de mobilité et avait les moyens de se déplacer. Selon l'expert psychiatre, la capacité de résistance et d'endurance était légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée. Aucune incapacité de travail du point de vue psychiatrique n'a été

retenue. Par conséquent, en l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3c supra) n'a pas à être effectuée (TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). bb) Sur le plan somatique, l'experte de la médecine interne a diagnostiqué une recto-colite ulcéro-hémorragique, K51.9. Lors de l'entretien, l'assurée a rapporté une consultation auprès d'un rhumatologue qui avait évoqué un diagnostic de spondylarthrite avec la proposition d'un traitement anti-TNF qu'elle n'avait pas voulu prendre. Plus, récemment, en décembre 2018, après une crise « monstrueuse » touchant à la fois les genoux, les coudes, les mains et les poignets avec des décharges électriques, un diagnostic de tunnel carpien avait été posé ; au vu de l'amélioration des symptômes après une prise en charge par une guérisseuse, une intervention programmée avait finalement été annulée. En raison des douleurs diffuses, un bilan effectué avait confirmé le diagnostic de maladie de Lyme, et la prise d'antibiotiques pendant un mois n'avait pas calmé les douleurs. L'assurée décrivait l'existence de douleurs articulaires diffuses avec plusieurs diagnostics évoqués, à savoir la spondylarthrite, la fibromyalgie et la maladie de Lyme. Elle avait refusé la proposition d'un traitement anti-TNF par crainte des effets secondaires et poursuivait la physiothérapie (à la fréquence d'une fois par semaine) avec un effet bénéfique, ainsi que de l'auto-rééducation, avec un réel bénéfice au niveau des raideurs matinales. Elle continuait également la marche quotidienne, une heure le matin et une heure le soir. Elle disait limiter au maximum la prise d'antalgiques par crainte des effets secondaires et prenait ponctuellement du Co-Dafalgan®, mal supporté. Elle se soignait avec du curcuma, de la tisane des reines des prés et divers traitements à base de plantes, sans véritable efficacité rapportée. Il n'était pas retenu de perte de capacité de travail pour la médecine interne générale compte tenu de ressources disponibles chez l'assurée capable de s'adapter à des règles de routines, de planifier, de structurer les tâches, et qui pouvait s'assumer elle-même et prendre soin d'elle. Elle était apte à établir des contacts avec les autres. Il n'existait pas d'altération des relations sociales. Elle était par ailleurs autonome pour ses déplacements. Sur le plan rhumatologique, l'expert a diagnostiqué, avec impact sur la capacité de travail, une spondylarthropathie dans le cadre d'une recto-colite hémorragique (M45), un canal carpien bilatéral (G56.0) ainsi qu'une douleur lombaire sur discopathie (M51.9). Sans incidence sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics d'arthrose des doigts avec nodosités d'Heberden, de ténosynovite des fléchisseurs des doigts des deux mains, une douleur des poignets, des coudes et des genoux non retrouvés cliniquement, ainsi qu'une discopathie cervicale sans douleur. Dans le cadre de son examen, l'expert a noté que l'assurée présentait une recto-colite ulcéro-hémorragique depuis 2014, associée à une spondylarthrite, qu'elle présentait par ailleurs un syndrome du canal carpien, ainsi qu'un syndrome dépressif. Il a relevé l'absence d'élément susceptible de faire penser à une polyarthrite inflammatoire, de trouble cutané, ophtalmologique ou urinaire. Il ne retrouvait également pas de xérostomie, xérophtalmie, syndrome de Raynaud ou arthrose évoquant une pathologie auto-immune. S'agissant des douleurs rachidiennes, la physiothérapie était un traitement extrêmement efficace. Sur le plan social, l'expertisée était en stress permanent et angoissée. Selon la description rapportée par l'expert, le déroulement d'une journée-type était le suivant : « L'expertisée se lève en général entre 5h30 et 6h, met une vingtaine de minutes pour se lever, va aux toilettes et passe ses mains sous l'eau. Elle va ensuite prendre un petit déjeuner. De préférence, elle prend sa douche le soir, dans une baignoire, car « c'est plus facile de grimper dans la baignoire le soir que le matin », l'eau chaude lui fait beaucoup de bien. Puis, le plus souvent le matin, elle se prépare pour sortir et va marcher

entre 1 et parfois 2h en faisant des photos. Elle se sent beaucoup mieux quand elle rentre. Elle fait ensuite quelques travaux de ménages, petit à petit, prépare le dîner qu'elle partage avec son ami, puis fait généralement une sieste courte, souvent moins d'1h. Ensuite, elle va faire sa vaisselle, puis ressort pour remarquer. Elle en profite pour aller faire quelques courses, les grandes courses étant généralement effectuées par son ami. Ils soupent légèrement pain-fromage. Elle regarde peu la télévision, surtout des émissions sur YouTube. Elle va se coucher vers 22h, en général en s'endormant vite, grâce au Temesta qu'elle va prendre en moyenne 4x/semaine. Elle a également l'impression que le Temesta diminue sa douleur. " Au status, hormis une statique montrant une légère scoliose lombaire, compensée en dorsale droite, la hauteur étant horizontale, la palpation du rachis montrait une douleur dorsale et lombaire sur la ligne des épineuses, et en paravertébrale droite et gauche, ainsi qu'une douleur sacro-iliaque des deux côtés, mais plus aiguë à droite. Il n'y avait pas de signe de la sonnette. L'examen des épaules était sans particularité. Il en allait de même des coudes et des poignets. S'agissant des mains, des nodosités d'Heberden sur les 2 et 3 èmes doigts de main droite, et les 2 et 4 èmes doigts de la main gauche, ainsi que des signes de ténosynovite du fléchisseur du 3 ème doigt de la main gauche ainsi que des 3 et 4 èmes doigts de la main droite ont été relevés. Il existait un signe de Tinel à droite, comme à gauche, mais sans douleur à la percussion du canal de Guyon, ni de douleur à la gouttière épitrochléo-olécranienne. L'expert a constaté que l'assurée se plaignait auparavant de paresthésies dans les deux mains la nuit, mais bien améliorées par la mise en place d'atèles (sic). Elle portait également des genouillères et une ceinture lombaire, mais rarement. Pour le reste, les examens des hanches, des genoux et des chevilles était normaux. Cliniquement, le tableau montrait une atteinte diffuse inflammatoire avec réveils nocturnes et dérouillage matinal touchant essentiellement le rachis lombaire et les talons, ainsi qu'une amélioration progressive jusqu'à une quasi-normalité dans la journée. Le traitement précédent par Salazopyrin® avait été très mal supporté, et l'assurée ne voulait pour l'instant pas prendre de traitement biologique. Depuis la prise du Temesta® le soir et la pratique de la physiothérapie de manière régulière, l'état somatique s'améliorait, ce qui se traduisait par une douleur ; l'assurée la situait à 2,5 sur 10 selon l'EVA (Echelle Visuelle Analogique). Selon l'expert rhumatologue, il n'était pas urgent d'envisager un traitement de fond pour l'instant, mais il convenait par contre de poursuivre la physiothérapie, et probablement l'intensifier. Par ailleurs, le syndrome du canal carpien avait bien été amélioré par la mise en place d'atèles (sic), lesquelles pouvaient néanmoins être plus systématiques. Il existait également la possibilité pour l'assurée de bénéficier d'infiltrations articulaires postérieures, comme cela lui avait déjà été proposé en décembre 2018 par le centre d'antalgie. Enfin, pour l'instant, les ténosynovites des doigts des deux mains n'étaient pas douloureuses et il n'y avait donc pas de geste spécifique à effectuer. En lien avec son appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, cet expert a relevé que l'intéressée effectuait tous les gestes de la vie quotidienne exceptés ceux physiques (elle conduisait, marchait souvent plus d'une heure et demi deux fois par jour, et s'intéressait à la photo). Malgré cela, elle tenait un langage plutôt négatif par rapport à ses capacités physiques. De l'avis de l'expert si l'activité d'auxiliaire n'était plus exigible, dans une activité parfaitement adaptée, il n'existait pas de limitation rhumatologique en tenant compte toutefois d'une baisse de rendement en raison d'une maladie inflammatoire avec nécessité de changement de position régulier. Les limitations fonctionnelles retenues sur le plan rhumatologique étaient : « Pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, ni de rotations répétées du buste, comme du rachis cervical, port de charge proche du

corps limité à 10 kg. Changement de position régulier ». La capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée au handicap physique a été estimée à 80 % (soit 100 % avec une baisse de rendement de 20 %) depuis juillet 2018. Par complément du 3 novembre 2020, l'expert rhumatologue a indiqué qu'une diminution de la capacité de travail pouvait être admise depuis le début 2018, en raison de discopathies lombaire et cervicale, chiffrée à 20 % en janvier 2018 par la Dre I. _____, taux qui baissait à 0 % en lien avec la spondylarthrite ankylosante. Avant le mois de juillet 2018, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée aux restrictions listées. c) Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans s'en tiendra donc à l'appréciation des experts du W. _____ sur les plans de la psychiatrie, de la médecine interne et de la rhumatologie. Ces experts ont dûment motivé leurs conclusions et ont distingué les éléments subjectifs basés sur les plaintes exprimées et leurs propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail. Dans ce contexte, l'heure à laquelle chaque spécialiste a examiné la recourante n'a aucune incidence sur la validité de l'expertise W. _____. Le fait que chaque expert n'a reçu l'intéressée qu'à une seule reprise alors que sa maladie est cyclique n'est également pas susceptible de remettre en cause l'expertise en question ; au demeurant, il importe de rappeler que le rôle de l'expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé du patient dans un délai relativement bref (TF 9C_812/2014 du 16 février 2015 consid. 4.1 et les références). L'expertise multidisciplinaire du W. _____ et son complément ne souffrent pas de contradictions ni de défauts manifestes et ont ainsi pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3e supra). d) Les rapports dont se prévaut la recourante ne permettent pas de s'écarter des constatations des experts du W. _____. Les 9 janvier et 9 avril 2019, la Dre E. _____ diagnostique, avec effet sur la capacité de travail, une spondylarthrite avec sacro-iliite droite depuis 2018, une discopathie de type Modic 2 L4-L5 depuis 2017, une arthrose rachidienne pluri-étagée, une rectocolite ulcéro-hémorragique ainsi qu'une polyarthrose des doigts depuis 2014. La médecin traitante de l'époque estime alors la capacité de travail comme nulle dans l'activité d'aide-soignante depuis le 1^{er} juillet 2018, puis à 20 % dans une activité adaptée dès le 8 janvier 2019 et à 30 % à partir du 16 janvier 2019. Les limitations fonctionnelles sont des douleurs polyarticulaires et rachidiennes. Dans le second rapport, cette situation est décrite comme stationnaire, avec une baisse de mobilité et la persistance des douleurs lombaires, aux talons ainsi qu'aux coudes. Cette analyse du cas ne comporte aucun élément qui n'aurait pas dûment été étudié, ni scrupuleusement pris en compte lors de l'expertise du W. _____ mais procède tout au plus d'une appréciation divergente, par une médecin généraliste, d'une situation médicale identique à celle prise en compte par les experts l'année suivante. Quant aux rapports des 6 novembre 2018, 30 janvier 2019 et 7 avril 2020 rédigés par la Dre I. _____, il en ressort des diagnostics d'une atteinte mixte inflammatoire du rachis (discopathie type Modic 2, L4-L5 et arthrose postérieure pluri-étagée), d'une spondylarthrite (sacro-iliite droite), d'une polyarthrose des doigts, tunnel carpien droit et probablement gauche, d'une maladie de Dupuytren des 3 et 4^{èmes} rayons prédominant à droite, d'une rectocolite ulcéro-hémorragique et d'un épuisement, voire d'état dépressif, depuis plusieurs années. Dans le cadre d'une situation tenue pour stationnaire, la capacité de travail est considérée comme nulle dans l'activité d'auxiliaire de CMS et d'une à deux heures par jour (soit 20-30%) dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles (à savoir, tout mouvement répétitif du tronc, flexion, extension, rotation, le port de charge répétitif supérieur à dix kilos ainsi que les positions prolongées) depuis la première consultation de l'assurée le 7 septembre 2018. Le traitement mis en œuvre alliait la prise de

médicaments et la physiothérapie. A nouveau, cette appréciation divergente de la capacité de travail résiduelle de l'assurée ne comporte aucun élément dont les experts du W. _____ n'ont pas déjà dûment tenu compte. Dans le cadre de son suivi de l'assurée, la Dre I. _____ n'a elle-même d'ailleurs certifié aucun arrêt de travail. Etant rappelé que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.2.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références ; TF 8C_590/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.1), les rapports des médecins et intervenants produits ultérieurement au stade de la procédure de recours n'ont en principe pas à être examinés. Cela étant, on constate de toute manière que ces éléments ne permettent pas de se distancer des constatations des experts. Le certificat médical du 15 septembre 2021 du Dr P. _____, consulté depuis le 29 juillet 2021 par l'assurée, rapporte une spondylarthrite ankylosante ainsi qu'une rectocolite ulcéro-hémorragique, diagnostics déjà connus des experts. Il y est indiqué que pour ces atteintes à la santé la patiente est suivie par la Dre I. _____ et que l'assurée présente un syndrome dépressif réactionnel à l'état physique ainsi qu'aux douleurs. Ce médecin note également une indication, selon la Dre I. _____, à instaurer un traitement médicamenteux anti-TNF qui ne peut être démarré pour des motifs financiers selon la patiente. Enfin, le Dr P. _____ écrit qu'il lui paraît opportun de demander un rapport directement à la Dre I. _____ qui connaît bien l'assurée alors que lui-même ne la suit que depuis peu de temps. La Cour ne peut se fier aux constatations indirectes du nouveau médecin traitant qui n'a été consulté que très peu de temps avant la décision d'août 2021. Au demeurant, le Dr P. _____ n'atteste aucune incapacité de travail de sa patiente et ne fait état d'aucun suivi sur le plan psychiatrique. De par son contenu, le rapport de septembre 2021 du nouveau médecin de l'assurée n'est dès lors pas de nature à rediscuter valablement le travail des experts du W. _____. Le rapport d'ergothérapie du 30 août 2021 n'émane pas d'un médecin mais est rédigé par l'ergothérapeute M. _____. Il s'en suit que ce document ne saurait, de par sa nature, valablement discuter la fiabilité du rapport d'expertise W. _____ et de son complément. C'est en effet aux experts médicaux qu'il appartient d'évaluer l'état de santé de la personne assurée et les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; TF 8C_398/2014 du 28 octobre 2014 consid. 4.3.1). Après la description du contenu des deux séries de séances suivies du 1^{er} juin au 30 août 2021, l'intervenante se limite à constater qu'une reprise de travail est très compromise, vu l'âge et la formation professionnelle de l'assurée au motif qu'elle devrait bénéficier d'un poste adapté, soit alternant les positions de manière régulière, sans activités répétitives et « bouger mais pas trop et surtout correctement pour ne pas déclencher des crises ». Ce pronostic repose uniquement sur le constat de douleurs cycliques et chroniques (au dos, à la nuque, des coudes et des mains) affectant l'assurée. Dans cette mesure, il n'y a donc aucun élément nouveau dont les experts du W. _____ n'ont pas déjà eu connaissance lors de leurs examens respectifs. Aux termes de son rapport du 18 octobre 2021, rappelant les différents diagnostics retenus, la Dre I. _____ décrit une situation qui n'a pas évolué depuis le début de son suivi le 7 septembre 2018. A ses dires, les traitements sont compliqués à mettre en œuvre en raison des effets secondaires (digestifs) chez la recourante affectée d'une rectocolite ulcéro-hémorragique. Ce faisant, elle renvoie aux divers examens radiologiques dont une IRM montrant des altérations mixtes, à savoir dégénératives et inflammatoires, en précisant que la sacro-iliite est désormais localisée plutôt à gauche, et non plus uniquement à droite. S'agissant de la composante inflammatoire, la Dre

I. _____ émet des doutes sur le succès d'une biothérapie en raison notamment du risque de mauvaise tolérance. Elle ajoute qu'un tel traitement n'agirait pas sur les troubles dégénératifs. Elle se positionne par ailleurs sur les restrictions fonctionnelles, rappelant la nécessité de changer de positions, une limitation des mouvements répétitifs du tronc ainsi que le port de charge répétitif limité. Pour la Dre I. _____, la capacité de travail de l'assurée est nulle dans toute activité. Selon l'annexe du 12 octobre 2021, elle confirme au Dr P. _____ ses réserves liées à une biothérapie en lien avec la maladie de Lyme ainsi qu'une nouvelle période de crise traversée par l'assurée, avec des douleurs et une limitation de la mobilité de tout le rachis. La lecture de ce rapport ne permet pas de comprendre quels sont les motifs médicaux objectifs justifiant la prise en compte d'une totale incapacité de travail de l'assurée même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Un tel constat ne peut donc pas être partagé par la Cour de céans faute de disposer des explications médicales nécessaires. Le 26 octobre 2021, la Dre E. _____ ne fait que reprendre l'historique médical de la recourante depuis sa première consultation le [...] jusqu'à son évaluation du cas en 2019. Il n'en ressort donc aucun élément médical nouveau à ceux déjà rapportés par la médecin traitante de l'époque et dont les experts du W. _____ n'auraient pas eu connaissance. Enfin, dans un rapport de physiothérapie du 1^{er} novembre 2021, la physiothérapeute Q. _____ a mentionné qu'une amélioration de l'état général de l'assurée était intervenue au bout de seulement neuf séances débutées en novembre 2019. Toutefois, quatre mois plus tard, des douleurs importantes étaient réapparues justifiant une nouvelle prise en charge ininterrompue depuis avril 2020. Elle a préconisé la reprise d'une activité sans charge, sans contrainte articulaire, et dans laquelle l'assurée pourrait s'arrêter chaque fois que nécessaire pour éviter que la douleur n'augmente trop ; dans cette activité, le mouvement doux devait être privilégié, avec des changements de positions ainsi qu'un rythme doux et sans contrainte de vitesse. Compte tenu des douleurs variables, sa thérapeute a également estimé que, dans son quotidien, l'assurée devait arrêter ses activités et se reposer, ralentissant toutes ses activités. De son point de vue, les activités préconisées par l'OAI d'ouvrière de conditionnement, d'ouvrière à l'établi, d'assistante socio-éducative, dans le domaine industriel n'étaient pas adaptées à l'état physique et aux limitations fonctionnelles de sa patiente. Il convient de retenir que ce rapport de physiothérapie ne permet pas de rediscuter valablement les constatations des experts du W. _____, faute d'émaner d'un médecin. Il ne contient du reste aucune estimation précise de la capacité de travail résiduelle de la recourante, et ne décrit en particulier pas quelles sont les activités adaptées à son état de santé. e) aa) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces divers documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). bb) En

l'occurrence, c'est à tort que la recourante reproche à la Dre T. _____, du SMR, de ne pas l'avoir elle-même examinée. Après examen de l'ensemble du dossier, le SMR a préconisé à juste titre la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Dans son rapport du 9 novembre 2020, le SMR s'est finalement déterminé sur le cas de la recourante après avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces du dossier, en particulier le rapport d'expertise W. _____ du 25 septembre 2020 et son complément du 3 novembre 2020. Dans ces conditions, l'appréciation du SMR ne saurait être écartée. f) La recourante fait en outre valoir qu'elle n'est pas en mesure d'assumer une activité adaptée à 100 % avec une baisse de rendement de 20 % sur le plan rhumatologique sans risque d'entraîner une dégradation plus intense de son état de santé. A cet égard, elle est d'avis que les activités envisageables, et retenues par la division réadaptation de l'OAI, nécessitent une bonne condition physique qui lui fait défaut. Les limitations fonctionnelles retenues sont pour rappel : « Pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux de buste, ni de rotations répétées du buste, comme du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg. Changement de position régulier ». En l'espèce, la recourante ne présente aucune limitation fonctionnelle concernant l'usage des mains, au vu de la stabilité des pathologies constatées par les experts du W. _____ à ce niveau. On ne saurait y voir un quelconque frein à la reprise d'une activité adaptée. Il existe en effet un large éventail d'activités variées et non qualifiées accessibles à la recourante au vu de ses limitations fonctionnelles qui se limitent au port de charges légères ainsi qu'au changement régulier de positions (cf. TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007 consid. 4.4). On peut dès lors se rallier au point de vue de l'OAI selon lequel le type d'activité qui pourrait être réalisé est un emploi comme animatrice en EMS (activité déjà exercée par le passé) ainsi qu'un travail simple 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, ouvrière dans le conditionnement, ainsi que comme aide-administrative (réception, scannage et autres ; cf. pièce 51). g) Aussi convient-il de retenir, sur la base de l'expertise du W. _____ et son complément, que la recourante présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« Pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, ni de rotations répétées du buste, comme du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg. Changement de position régulier »), moyennant une diminution de rendement de 20 % sur le plan rhumatologique, depuis juillet 2018. h) Dans la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative, il convient encore d'examiner le bien-fondé de la comparaison des revenus effectuée par l'office AI. aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid.

E. 7

a) Pour la part que l'assurée consacre à l'accomplissement de ses travaux habituels, au stade de la procédure administrative, la recourante a critiqué le rapport d'enquête économique sur le ménage du 8 mars 2021 retenant des empêchements pour un total de 8,1 %. Au stade de la contestation, elle a fait valoir à cet égard sa propre appréciation de la situation évaluant, pour sa part, un total d'empêchements de 32,06 %. b) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base

appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on admet que si la personne assurée n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, elle doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_568/2017 du 11 janvier 2018 consid. 5.4). c) En l'espèce, la recourante n'a fourni aucun élément concret à l'appui de sa critique du rapport d'enquête économique sur le ménage. Aucun indice n'est propre à remettre en cause l'appréciation à laquelle s'est livrée l'enquêtrice de l'OAI. L'entretien réalisée par téléphone en raison de la situation sanitaire liée au Covid-19 a en effet permis à cette dernière d'évaluer soigneusement les empêchements ménagers, et cela poste par poste. Cette enquêtrice qualifiée a eu connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des atteintes à la santé de l'assurée. Ainsi, sous la rubrique intitulée « 2.- Atteinte à la santé selon les indications de l'assurée » du rapport d'enquête économique sur le ménage du

E. 8

Le taux d'invalidité global doit être fixé à 37,46 % ($[44,81 \% \times 0,8] + [8,10 \% \times 0,2]$), arrondi à 37 % (cf. ATF 130 V 121), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (cf. consid. 3b supra).

E. 9

Dans un dernier moyen, la recourante reproche à l'intimé d'avoir refusé l'octroi de mesures de réadaptation. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation

poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.). b) In casu, la recourante présente un degré d'invalidité supérieur à 20 %, de sorte qu'il convient d'examiner son droit à des mesures de réadaptation. Celles-ci lui ont été refusées par l'OAI au motif que son service de réadaptation a estimé qu'aucune d'entre elles n'était de nature à réduire le préjudice économique de l'intéressée (cf. pièce 52). Par ailleurs, les experts ont relevé que « l'expertisée a du mal à se projeter, ne se voit pas reprendre une activité professionnelle (cf. rapport d'expertise, p. 15) ». Dans ces circonstances, des mesures de réadaptation n'avaient donc pas à être allouées, dès lors qu'elles étaient vouées à l'échec selon toute vraisemblance (cf. consid. 9a supra). En définitive, et comme elle en a été informée, la recourante pourra bénéficier, si nécessaire, de l'aide du service de placement de l'OAI sur simple demande écrite afin de retrouver une activité professionnelle (cf. courrier accompagnant la décision attaquée du 26 août 2021, p. 2).

E. 10

On rappellera à toutes fins utiles qu'il est loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI si elle estime avoir subi ultérieurement à la décision litigieuse une péjoration substantielle de son état de santé susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité.

E. 11

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 déterminations du 25 janvier 2022 – à savoir l'audition en qualité de témoin de son compagnon K. _____ – 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 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

E. 12

a) En définitive mal fondé, 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 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 LPGA). d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Lauris Loat peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 25 janvier 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 4'445 fr. 40 (sur la base de vingt-trois heures et vingt-cinq minutes de travail d'avocat annoncées), dont des débours

par 210 fr. 75 et la TVA par 19 fr. 65 (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité 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).

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