

VD_GERICHTE ZD21.017602 vom 23. Mai 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-05-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.017602

FR: VD_GERICHTE ZD21.017602 du 23 mai 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.017602 del 23 maggio 2022

Erwägungen

E. 3

Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du

E. 6

a) Pour pouvoir 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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

- 13 - 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice

concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

- 14 -

E. 7

En vertu de la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques, ainsi que les dépendances, doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018, consid. 4.1 et les références citées).

E. 8

a) En l'espèce, la précédente décision rendue par l'intimé le 3 mai 2016 reposait sur les conclusions médicales communiquées par le H._____ aux termes du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1er octobre 2015. Les experts avaient fait part de leur évaluation consensuelle comme suit (cf. rapport précité, p. 16 et 17) : « [...] Situation actuelle et conclusions Sur le plan de la médecine interne, Madame B._____ présente une obésité de stade II, vraisemblablement responsable de l'hypertension artérielle constatée lors de l'expertise. Il n'y a pas de pathologie influençant la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, les plaintes de Madame B._____ sont restées inchangées au cours des années concernant des arthralgies, des rachialgies et des myalgies diffuses associées à une fatigue chronique et des troubles du sommeil (se sont péjorées, à ses dires, dès l'automne 2011), ce qui a entraîné une incapacité de travail dans son activité professionnelle d'auxiliaire de santé qu'elle exerçait à 50 % [...]. L'examen du rachis et des articulations périphériques est dans les limites de la norme, hormis un status post-arthrodèse du premier rayon des pieds des deux côtés (correction d'une anomalie congénitale de position des orteils) Le status neurologique est dans les limites de la norme. On relève la présence de 11/18 signes de fibromyalgie typiques associés à une palpation douloureuse des masses musculaires des membres supérieurs et des membres inférieurs des deux côtés. En l'absence de tout élément anamnestique, clinique ou biologique en faveur d'une étiologie inflammatoire/immunologique/ endocrinienne, nous retenons chez Madame B._____ le diagnostic de fibromyalgie.

- 15 - En conclusion, Madame B._____ est apte à exercer toute activité professionnelle à 100 % et sans perte de rendement, y compris son ancienne activité professionnelle d'auxiliaire de santé polyvalente. Sur le plan psychique, Madame B._____ se plaint

d'une symptomatologie dépressive (apparue la première fois en 2001 et s'étant installée depuis 2012, mais de manière légère) et anxieuse. [...]. L'examen psychiatrique montre une femme obèse, légèrement déprimée. Nous ne constatons pas de ralentissement psychomoteur ni de troubles cognitifs. Le contenu de la pensée est fixé sur ses douleurs chroniques et la fatigabilité qui l'empêchent de vivre normalement. Les dosages plasmatiques du citalopram et de la trazodone montrent des taux légèrement en dessous de l'intervalle de référence. Il serait nécessaire de répéter les dosages pour s'assurer d'une observance thérapeutique optimale. En conclusion, le tableau clinique est compatible avec les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) existant depuis toujours, de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Contrairement à son psychiatre traitant nous ne retenons pas de trouble de personnalité. D'après ses dires, le syndrome douloureux est apparu dans la même période du décès de son grand-père. L'expertisée vit des tensions dans son couple, son mari tolérant mal qu'elle ne travaille plus. Elle se décrit comme une battante, mais elle est anxieuse depuis toujours. La symptomatologie dépressive actuelle est légère et directement liée au syndrome douloureux, nous estimons qu'actuellement l'humeur dépressive est à mettre sur le compte du syndrome somatoforme. L'assurée estime que la psychothérapie lui fait du bien. D'après la grille d'examen en cas de troubles somatoformes découlant de l'arrêt du Tribunal Fédéral du 3 juin 2015, nous retiendrons qu'il existe des troubles psychiques, mais qui ne sont pas suffisamment sévères actuellement pour réduire ses ressources internes. Il n'y a pas de trouble de la personnalité entraînant de possibles comportements dysfonctionnels. On relève qu'elle n'a jamais eu de problèmes relationnels au sein des différents postes qu'elle a occupés, elle a réussi à faire face aux divers problèmes de son existence et elle n'a pas de dettes. Elle ne peut pas compter sur le soutien de son mari, avec qui elle a cependant un bon dialogue, mais a tout de même un réseau social soutenant. Ses plaintes sont cohérentes avec la description des activités quotidiennes, l'observance médicamenteuse semble correcte et elle bénéficie d'un suivi psychothérapeutique régulier. On notera aussi qu'elle a bien collaboré avec les trois experts. En conclusion, nous ne constatons pas de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique, la capacité de travail est complète dans toute activité sans diminution de rendement. [...] » b) La décision litigieuse a été établie, en tenant compte des conclusions des experts du P. _____ SA, lesquels ont admis une péjoration de la situation sur le plan rhumatologique. Les limitations fonctionnelles de ce registre compromettaient la capacité de travail dans l'activité

- 16 - habituelle, mais non dans une activité adaptée, depuis le 30 septembre 2017.

L'évaluation consensuelle du cas est notamment libellée en ces termes (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 9 février 2021, p. 4) : « [...] Une IRM [réf. : imagerie par résonance magnétique] lombaire le 13.10.17 montre l'absence totale de spondylarthrite ankylosante, mais l'existence de trouble dégénératif disco-vertébral cervical et lombaire. Une nouvelle IRM lombaire et des sacro-iliaques réalisée le 26.09.18 confirmait l'atteinte dégénérative lombaire sur l'IRM lombaire, montrait que les sacro-iliaques étaient parfaitement normales ou que les signes étaient uniquement dégénératifs, sans aucun signe de spondylarthrite ankylosante. Le bilan biologique était également normal. Néanmoins, le diagnostic de spondylarthrite ankylosante a été posé par sa rhumatologue, et elle a été traitée successivement par Méthotrexate, Enbrel et Simponi, à chaque fois pour des durées extrêmement courtes, dont les arrêts ont été motivés par des réactions aux points de piqûre. De plus, en décembre 2019, des radios des mains et des pieds n'ont montré que des atteintes dégénératives. Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante peut être donc largement remis

en question, devant l'absence totale de signes objectifs. Les critères internationaux ne sont pas respectés, HLA B27 négatif et de plus, tous les traitements qui ont été mis en place se sont révélés totalement inopérants. Il faut plutôt s'orienter vers une fibromyalgie, dont les points se sont révélés positifs et dont l'association avec troubles du sommeil et surtout une fatigue importante peuvent sceller le diagnostic. L'expertisée présente 13 points de fibromyalgie sur 19. Il existe également une asthénie que l'expertisée met volontiers en avant, associée à des troubles du sommeil. Les signes de sévérité, appréciés par le test SSA (asthénie, somnolence, troubles mnésiques) sont à 6/9 et les signes associés, représentés par le test SSB sont 1/3. La sévérité globale est donc de 7/12. Le retentissement de cette fibromyalgie est donc modéré. Les douleurs présentées par l'expertisée sont extrêmement riches et diffuses, sans spécificités, et les traitements engagés par les différents intervenants se sont toujours soldés par une inefficacité. Sur le plan de la médecine interne générale, il n'y a aucune atteinte incapacitante. Notons dans ses antécédents l'existence d'une obésité avec réalisation en avril 2019 d'une intervention par bypass avec perte pondérale de 40 kg, et une évolution favorable. L'expertisée relate une enfance marquée par la sévérité d'un père, ce qui a entraîné une légère atteinte narcissique. La personnalité de l'expertisée est néanmoins très forte, marquée par un certain perfectionnisme, mais sans véritable aspect pathologique. Le décès de son grand-père maternel en 2001 a été difficile. A partir de 2000 sont apparues des douleurs, qui vont se généraliser, entraînant un sentiment d'injustice et de colère, car l'expertisée avait le sentiment de ne pas être entendue et crue. En 2010, elle fera un épisode dépressif d'intensité moyenne, qui sera résolutif, mais elle présentera un nouvel épisode dépressif à partir de 2012, avec une accentuation de l'anxiété de janvier 2017 à octobre 2017, du fait d'une accentuation de la douleur et d'éléments anxieux. Depuis octobre 2017, il est noté une amélioration progressive de son état

- 17 - clinique. Nous retenons donc un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. [...] »

E. 9

a) Du point de vue de la médecine générale, l'experte du P. _____ SA, la Dre R. _____, a rappelé que la recourante avait présenté une obésité. Tel n'était plus le cas, étant donné une perte pondérale de 40 kg à la suite d'une intervention par bypass en avril 2019. L'évolution était donc favorable, en l'absence de la plainte de la recourante à cet égard. La capacité de travail était par conséquent entièrement préservée (cf. rapport d'expertise de médecine générale, Annexe 2 du rapport du P. _____ SA du 9 février 2021, p. 23). b) Il n'y a pas lieu de douter des conclusions du P. _____ SA dans ce contexte, la recourante ne produisant aucun élément médical nouveau, ni ne faisant valoir aucun grief à l'égard de l'évaluation de médecine interne générale.

E. 10

a) Il en va de même sur le plan psychiatrique, investigué spécifiquement par le Dr S. _____, pour le compte du P. _____ SA. Ce spécialiste a retenu un trouble dépressif récurrent en rémission, rapportant les éléments suivants (cf. rapport d'expertise psychiatrique, Annexe 3 du rapport du P. _____ SA du 9 février 2021, p. 30) : « [...] Nous retenons un trouble dépressif récurrent : existence de plusieurs épisodes dépressifs, dont un en 2001, probablement en rapport avec le décès de son grand-père maternel qui était très important à ses yeux mais il nous est difficile de dire s'il s'agissait d'un épisode dépressif avéré. En revanche, l'épisode de 2010 ne laisse aucun doute, l'épisode dépressif

était d'intensité moyenne, malgré l'existence d'idées suicidaires – il n'y a pas eu de scénarisation précise ni aucune intention de passage à l'acte. Il n'y a pas eu d'éléments psychotiques associés ni de sentiment majeur de culpabilité. Cet épisode s'est résolu de manière complète mais à partir de 2012, on note la réapparition d'un épisode dépressif, qui a duré jusqu'en octobre 2017, date de fin de son activité professionnelle. Depuis, nous ne notons pas d'éléments en faveur d'un épisode dépressif puisque l'expertisée ne présente pas de manque d'intérêt, de ralentissement psychomoteur, de tristesse d'humeur ni d'idées suicidaires. L'épisode actuel est donc en rémission. Nous ne retenons pas d'anxiété généralisée, car malgré l'existence d'une pesanteur gastrique, il n'est pas noté de sensation de mort imminente, de dépersonnalisation, de manifestations neurovégétatives. De janvier à octobre 2017, surtout au moment de

- 18 - la reprise de l'activité professionnelle, on a pu observer une accentuation de l'anxiété. Il est noté dans le rapport d'expertise du 15.06.2015 l'existence d'un épisode anxieux avec une appréhension à sortir. Cet élément ne peut être retenu comme une véritable agoraphobie car actuellement l'expertisée peut sortir seule de chez elle sans aucune difficulté. Nous ne retenons pas de trouble panique : pas de crises d'angoisse aiguës accompagnées de manifestations neurovégétatives. Nous ne retenons pas de trouble somatoforme : pas de douleurs inexplicables. Pas de douleurs prégnantes, évidentes, pas d'exagération de la douleur. La personnalité de l'expertisée ne peut être retenue comme anankastique, et nous sommes encore en accord avec l'expertise du 15.06.2015 qui ne reconnaît pas ce trouble de personnalité. Certes, il existe un certain perfectionnisme, mais celui-ci n'entrave pas l'achèvement des tâches. Il n'existe pas de véritable scrupule, pas de véritable rituel ni de comptage, ce qui élimine un trouble obsessionnel compulsif associé. La personnalité de l'expertisée ne peut être considérée comme pathologique. Nous ne pouvons parler de trouble de personnalité paranoïaque : pas d'hypertrophie du moi, de tendance procédurière, de méfiance excessive. Nous ne retenons pas de personnalité dépendante, ou évitante, puisqu'il n'existe pas de crainte excessive de la critique, de tendance à la fuite, ou de difficultés à prendre des décisions importantes. Nous ne retenons pas de trouble de personnalité émotionnellement labile, puisque l'expertisée ne présente pas de relation instable, de tendance explosive. L'expertisée a tendance à être perfectionniste mais cela s'explique par le fait que dans son enfance, elle a été victime de nombreuses critiques de la part de son père et qu'elle a voulu être par la suite irréprochable. Nous ne pouvons donc parler de véritable personnalité obsessionnelle. Nous ne retenons pas d'abus nocifs en alcool, ou de dépendance en produits toxiques, car le taux de CDT est à 0,8%. Par ailleurs, la recherche de toxiques dans les urines est négative. Nous retenons un antécédent d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques. Il existe en effet une obésité consécutive à des douleurs et à des événements stressants comme des deuils. Il n'existe pas actuellement d'hyperphagie. Nous sommes en accord avec le rapport du 03.02.2014 de la Dre G._____ lorsqu'elle évoque un trouble dépressif récurrent et nous avons évoqué les raisons pour lesquelles nous ne retenons pas un trouble de personnalité anankastique. Nous sommes aussi d'accord avec le rapport d'expertise du H._____ en date du 15.06.2015. Le récit biographique est tout à fait identique. Nous sommes en accord avec l'absence de trouble de personnalité. En revanche, nous ne retenons pas le diagnostic d'anxiété généralisée et nous avons expliqué pourquoi. [...] » L'expert a par ailleurs relevé qu'un traitement antidépresseur ne se justifiait pas en l'état. Il pourrait être réintroduit, de même que le suivi psychothérapeutique, en cas de survenance d'un nouvel épisode dépressif. Au surplus, la recourante était, à son avis, dotée de ressources

- 19 - personnelles (adaptabilité, confiance en soi et persévérance) et d'un entourage familial soutenant (cf. ibidem, p. 31). b) Les conclusions de l'expert, quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps, en parfaite congruence avec les résultats de son examen, peuvent donc être suivies. La recourante ne soulève au demeurant aucun argument à l'encontre de cette évaluation et n'a produit aucune pièce médicale de ce registre. On notera également que la Dre G._____ n'a pas fourni de rapport médical dans le contexte de la nouvelle demande de prestations de la recourante. On relèvera enfin que le rapport du Dr S._____ satisfait les exigences jurisprudentielles eu égard à l'analyse du degré de gravité de l'atteinte psychiatrique et à des ressources à disposition de la recourante (cf. consid. 7 supra).

E. 11

a) Le volet rhumatologique, analysé au sein du P._____SA par le Dr T._____, est en revanche l'objet principal des griefs de la recourante, appuyée par sa rhumatologue traitante, la N._____. Le Dr T._____ a justifié sa position diagnostique notamment comme suit (cf. rapport d'expertise rhumatologique, Annexe 1 du rapport d'expertise du P._____SA du 9 février 2021, p. 14 et 15) : « [...] Il s'agit d'une expertisée qui présente des douleurs diffuses depuis de très nombreuses [années], associées à une asthénie importante qui est souvent mise en avant. La pathologie actuelle de l'expertisée ne répond pas aux critères internationaux pour une spondylarthropathie. Que ce soient les critères de New York 1984, les critères de spondylarthrite d'Amor, les critères de l'ESSG ou les critères de l'ASAS. Il n'a pas été constaté d'augmentation de volume des articulations. Il n'y a pas non plus de limitation importante de la mobilité lombaire puisque la distance main-sol est à 12 cm et le test de Schober à + 4 cm et que l'ampliation thoracique est également à + 4 cm. Les douleurs nocturnes sont présentes, uniquement aux changements de position et le dérouillage matinal est entre 10 et 20 minutes ce qui est court pour une spondylarthrite. Les IRM lombaire ou des sacro-iliaques n'ont pas montré de signes d'inflammation à ce niveau. Il n'y a pas non plus de synovite clinique ou d'atteinte sur les radios des mains. L'expertisée est HLA B 27 négatif. Je me permets de préciser que le test de BASDAI ou de BASFI ne sont pas des tests diagnostiques mais des tests d'évolutivité. Ils

- 20 - peuvent être utilisés pour toutes pathologies rachidiennes, y compris mécaniques. [...] Les douleurs présentées par l'expertisée sont extrêmement riches et diffuses, sans spécificités, et les traitements engagés par les différents intervenants se sont toujours soldés par une inefficacité. Il est nécessaire de patienter pour apprécier l'efficacité de l'infiltration de l'épaule droite que l'expertisée vient de recevoir la veille de cette expertise. Il n'y a pas de traitement spécifique de la fibromyalgie. On peut lui proposer une physiothérapie, préférentiellement en piscine, qui permettra également de traiter les atteintes dégénératives rachidiennes. On peut lui proposer des antidouleurs comme les antidépresseurs tricycliques, la Gabapentine, le Pregabaline et enfin une neurostimulation transcutanée type TENS. Il n'y a pas de traitement à lui proposer pour son poignet droit et ses gros orteils. [...] Il existe une cohérence entre les constatations objectives cliniques et les constatations objectives radiologiques. L'incohérence vient de l'importance des plaintes, extrêmement diffuses, et de l'examen clinique qui est plutôt rassurant mais également des capacités de l'expertisée dans la vie quotidienne qui sont importantes. Finalement les plaintes sont à 6/10, alors que l'expertisée ne prend plus de traitement spécifique de la spondylarthrite. [...] » b) De son côté, la Dre N._____ a maintenu le diagnostic de spondylarthropathie inflammatoire et s'est exprimée en ces termes dans un rapport au mandataire de la recourante du 29 juin 2021

: « [...] 1. Je suis Madame B. _____ depuis le 27.09.2017 pour une spondylarthropathie inflammatoire. 2. J'ai effectivement constaté une aggravation de son état de santé depuis 2016 avec une accentuation importante des douleurs qu'elle présente au niveau de diverses enthèses, acutisation de son asthénie en raison de mauvaises nuits liées à la rythmicité inflammatoire de la symptomatologie algique. D'importantes douleurs de l'épaule gauche, apparues dès 2019 ont été évaluées par une IRM objectivant une arthropathie acromio-claviculaire avec synovite, bursite, conflit sous-acromio-deltoidien en présence d'une enthésopathie calcifiée sur l'insertion distale du supra-épineux et d'une tendinopathie du long chef du biceps et du sous-scapulaire. La multiplicité des sites algiques fait que j'ai proposé à Madame B. _____ la réalisation prochaine d'un examen couplant une scintigraphie osseuse avec un spect-CT qui nous permettra d'objectiver précisément la situation actuelle. 3. A mon sens actuellement, il n'existe pas de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée [...] ». L'examen préconisé par la Dre N. _____ a eu lieu le

E. 12

a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent

- 23 - (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35). b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). c) S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois

difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité - 24 - de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). d) Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

E. 13

a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). b) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la

- 25 - rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

E. 14

En l'espèce, on ne saurait suivre le raisonnement de la recourante qui considère que la jurisprudence fédérale pour les cas d'assurés proches de la retraite serait applicable à son cas. Ainsi que l'a souligné le Tribunal fédéral, cette jurisprudence n'entre en ligne de compte qu'à partir de l'âge de 60 ans environ. La recourante était âgée de 46 ans lorsque le P. _____ SA a déterminé qu'elle disposait d'une capacité résiduelle de travail préservée dans une activité adaptée (dès le 30 septembre 2017). Par ailleurs, on ne voit pas que ses restrictions fonctionnelles impliquant une activité dans un poste léger, tel que décrit par l'intimé (cf. évaluation de l'invalidité du 9 mars 2021), rendraient l'exigibilité inexploitable sur un marché du travail équilibré. On rappellera que la recourante est dotée d'une capacité

de travail entière et que lesdites restrictions ont pour but essentiellement de ménager le rachis, ainsi que l'usage des membres supérieurs et inférieurs, ce qui n'exclut manifestement pas des activités administratives ou industrielles légères. L'intimé était donc légitimé à déterminer la perte de gain rencontrée concrètement par la recourante en procédant à une comparaison des revenus conforme aux exigences de l'art. 16 LPGA.

E. 15

a) S'agissant du revenu sans invalidité, il n'est pas contesté que la recourante aurait vraisemblablement poursuivi une activité d'auxiliaire de santé. Dans la mesure où son contrat de travail a été résilié par l'Association A. _____ avec effet au 30 novembre 2014, il apparaît

- 26 - adéquat de recourir aux données ressortant de l'ESS pour fixer le revenu déterminant. En l'occurrence, la ligne 86-88 du TA1 tirage_skill_level englobe les activités relatives à la santé humaine et à l'action sociale et correspond par conséquent au domaine de compétences de la recourante. En 2018, la ligne 86-88 du TA1 indique un salaire de référence de 4'860 fr. par mois, part au treizième salaire comprise, pour des femmes présentant un niveau de compétence 1. Ce montant doit être porté à 5'066 fr. par mois compte tenu de la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2018 (cf. Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1), ce qui représente en définitive un revenu annuel déterminant de 60'798 francs. b) Eu égard au revenu d'invalidité, le montant mis en évidence par l'intimé au moyen du montant total du TA1 de l'ESS, compte tenu de la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures en 2018, ne prête pas flanc à la critique. De même, l'abattement de 10 % tient adéquatement compte de la situation personnelle de la recourante. En dépit de ses limitations fonctionnelles et de son âge, on observe en effet qu'elle est dotée d'une capacité de travail entière et qu'elle a démontré être capable d'adaptation pour se former à une nouvelle activité par le passé. Il n'y a donc pas lieu de remettre en question le montant de 49'213 fr. pris en considération au titre de revenu d'invalidité. On ajoutera que les domaines d'activité mis en évidence par l'intimé apparaissent suffisamment ciblés pour exclure une motivation lacunaire à cet égard. c) Le degré d'invalidité de la recourante s'élève par conséquent à 19 % ($[60'798 - 49'213 \times 100] / 60'798$), ce qui exclut le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 aLAI). d) On observe, cela étant, à toutes fins utiles que le statut de la recourante n'a pas fait l'objet d'investigations, ni de griefs particuliers, alors même que celle-ci avait indiqué le 3 avril 2019 que sans atteinte à la santé, elle aurait envisagé une activité à un taux de 80 %. Si son statut devait être considéré comme celui d'une personne mixte (active à 80 %, cf. art. 28a al. 3 LAI : méthode mixte d'évaluation de l'invalidité), son

- 27 - degré d'invalidité serait de toute façon inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une prestation sous forme de rente. Il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur ce point en l'absence de tout grief. e) Eu égard enfin aux mesures professionnelles susceptibles d'entrer en ligne de compte (mesure d'aide au placement ; cf. art. 18 LAI), elles apparaissent en l'état dénuées de pertinence, la recourante s'estimant incapable d'exercer une activité lucrative.

E. 16

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 9 mars 2021 confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal

cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, bis arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

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