

# **VD\_GERICHTE ZD21.044704 vom 11. Mai 2023**

VD Tribunal cantonal, 2023-05-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD21.044704](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.044704)

FR: VD\_GERICHTE ZD21.044704 du 11 mai 2023

IT: VD\_GERICHTE ZD21.044704 del 11 maggio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours formé le 21 octobre 2021 contre la décision de l'intimé du 15 septembre 2021 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente et à des mesures professionnelles.

- 27 -

### **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 rendue le 15 septembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

### **E. 4**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7

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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

#### **E. 4.1**

; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). b) En l'espèce, il convient, à l'instar de l'intimé, de déterminer le revenu sans invalidité au moyen de l'ESS dans la mesure où la recourante a cessé toute activité lucrative dès septembre 2013 et a vu son contrat de travail résilié par son employeur en 2014. Il y a lieu de tenir compte de l'évolution des salaires jusqu'à l'année d'ouverture théorique du droit à la rente, à savoir 2021, étant rappelé que les experts du T. \_\_\_\_\_ SA ont retenu une capacité de travail partielle uniquement à partir de mai 2020. c) L'intimé s'est fondé sur le montant total, tous secteurs d'activités confondus (production et services), du TA1 tirage\_skill\_level de l'ESS 2018, mettant en évidence un salaire de 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise, réalisable par une femme exerçant une activité ne nécessitant pas de compétence ou de formation particulière (niveau de

- 41 - compétence 1). Ce montant doit être porté à 4'556 fr. 77 compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2021 (cf. Indicateurs du marché du travail 2021 ; TA2.1). Après indexation de 1 % en 2019, de 0,9 % en 2020 et 0,6 % en 2021, selon l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2021 »), on aboutit à un revenu annuel de 56'059 fr. pour une activité exercée à 100%. d) On relève qu'au vu du parcours professionnel de la recourante, laquelle n'a jamais exercé d'activité du secteur de la production, il aurait été envisageable de prendre en considération le salaire ressortant au secteur des services (lignes 45-96) du TA1 tirage\_skill\_level de l'ESS 2018, à savoir un salaire mensuel de 4'293 fr., part au treizième salaire comprise, réalisable par une femme sans qualifications particulières (niveau de compétence 1). Ce montant devrait être porté à 4'475 fr. 45 compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2021 (cf. Indicateurs du marché du travail 2021 ; TA2.1). Après indexation de 1 % en 2019, de 0,9 % en 2020 et 0,6 % en 2021, ressortant de l'ISS (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2021 »), on aboutirait à un revenu annuel de 55'059 fr. pour une activité exercée à 100%.

#### **E. 5**

a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré

- 28 - rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201]). b) Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C\_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021).

#### **E. 6**

a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). b) 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

- 29 - 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.

#### **E. 7**

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 l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal 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 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

- 30 - externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte 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 la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). e) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

- 31 -

## **E. 8**

a) Il convient, à titre préliminaire, de se prononcer sur l'opportunité d'une mesure d'instruction complémentaire sur le plan médical, singulièrement d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (des registres psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne), que la recourante revendique aux termes de son écriture de recours. Elle estime en effet que son cas aurait été tranché prématurément, sans que l'intimé n'ait pris en compte l'aggravation de son état de santé somatique, ni les répercussions d'un trouble somatoforme douloureux.

b) La requête de la recourante peut d'emblée être écartée par appréciation anticipée des preuves. On rappelle que celle-ci a d'ores et déjà fait l'objet de plusieurs expertises au cours de l'instruction de sa demande de prestations, lesquelles fournissent un tableau extrêmement complet de son état de santé et de son évolution jusqu'à la date de la décision litigieuse. La recourante a été examinée par le Dr K. \_\_\_\_\_, lequel a fait part de ses conclusions sur le plan orthopédique le 23 janvier 2015. Elle a également fait l'objet d'une

investigation psychiatrique par le Prof. P. \_\_\_\_\_, synthétisée dans le rapport du 19 octobre 2017. Ultérieurement, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire des registres pertinents auprès du T. \_\_\_\_\_ SA. Au demeurant, la recourante a régulièrement fait parvenir à l'intimé les rapports émis par les différents spécialistes consultés, de sorte que l'on dispose de pièces étayées, exhaustives et actualisées sur les différentes atteintes à la santé dont souffre la recourante et leurs conséquences. On ne voit ainsi pas en quoi une nouvelle expertise pluridisciplinaire permettrait d'apporter un éclairage nouveau de sa situation. On ajoutera que les nouveaux médecins traitants de la recourante, plus particulièrement les Drs O. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, ont également fait part de leurs appréciations respectives, produites auprès de la Cour de céans, laquelle est en mesure de statuer sur l'aspect médical du dossier de la recourante (cf. infra dès consid. 9).

#### **E. 9**

a) Il s'agit à ce stade de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, cette dernière reprochant à l'intimé de s'être basé exclusivement sur les conclusions du rapport d'expertise du T. \_\_\_\_\_ SA,

- 32 - alors que ce document serait entaché, selon ses médecins, d'incohérences et ne tiendrait pas compte de l'impact concret de ses nombreuses pathologies. b) On peut en l'occurrence considérer, à l'instar de l'intimé, que le rapport d'expertise du T. \_\_\_\_\_ SA est exhaustif et que les experts se sont déterminés en pleine connaissance de cause sur l'ensemble des problématiques évoquées dans le cas de la recourante. Quoiqu'en dise cette dernière, les experts ont pris en compte l'évolution de son état de santé, singulièrement l'aggravation observée dès l'IRM du 25 mai 2020, ainsi que l'éventuelle indication opératoire avancée par le Dr M. \_\_\_\_\_. Contrairement à ce que prétend d'ailleurs ce spécialiste, on ne saurait retenir des « incongruences » dans la mesure où les spécialistes du T. \_\_\_\_\_ SA ont justifié leurs points de vue respectifs, en fonction des différents constats cliniques ressortant à leurs champs de compétence. Leurs conclusions sont au demeurant dûment motivées et apparaissent en accord avec les précédentes appréciations expertales, de sorte qu'on ne voit aucune raison objective de s'en écarter.

#### **E. 10**

a) Sur le plan somatique, singulièrement rhumatologique, on observe que le Dr X. \_\_\_\_\_ a mis en évidence les diagnostics incapacitants de lombosciatalgie gauche sur discopathie et protrusion discale L5-S1 et de douleur du poignet droit après fracture, sous suite de limitations fonctionnelles destinées à épargner le rachis et le poignet. Ce spécialiste s'est par ailleurs étonné de l'importance des douleurs alléguées au vu de la pauvreté des constats cliniques objectifs. Il a dès lors conclu à une capacité de travail pour l'essentiel préservée. Son appréciation s'avère ainsi superposable à celle effectuée en son temps par le Dr K. \_\_\_\_\_, lequel considérait également que la recourante était dotée d'une capacité de travail entière dans une activité ménageant le rachis, en présence de signes de non-organicité (cf. rapport du 23 janvier 2015, p. 34). Cela étant, le Dr X. \_\_\_\_\_ a dûment pris en compte l'aggravation observée à l'IRM du 25 mai 2020, dans le cadre de la consultation du Dr M. \_\_\_\_\_. Il s'est par ailleurs prononcé en défaveur d'une intervention chirurgicale, en justifiant son point de vue et en proposant des traitements

- 33 - alternatifs de la symptomatologie présentée par la recourante (infiltrations et port d'un corset). b) On ne voit pas que les documents médicaux produits par la recourante postérieurement à l'examen rhumatologique conduit au T. \_\_\_\_\_ SA soient susceptibles

de remettre en question l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_. En particulier, les observations du Dr M.\_\_\_\_\_ du 16 avril 2021 apparaissent insuffisantes à cet égard. On note en effet que ce spécialiste s'est partiellement exprimé sur les plans de la médecine interne et de la psychiatrie, hors de son champ de compétences. Quant aux critiques relatives à l'appréciation de la capacité de travail et de la plausibilité des douleurs alléguées, on rappellera, contrairement à ce qu'indique le Dr M.\_\_\_\_\_, que tant le Dr K.\_\_\_\_\_ que le Dr X.\_\_\_\_\_ se sont interrogés sur l'intensité des douleurs en présence de constats objectifs relativement pauvres et ont tous deux conclu à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative ménageant le rachis. Eu égard à l'indication opératoire, invoquée par le Dr M.\_\_\_\_\_, ce spécialiste a finalement signalé que celle-ci n'avait pas été retenue (cf. réponses du 14 juin 2021 du Dr M.\_\_\_\_\_ au SMR). Cette indication a certes été à nouveau préconisée par la Dre O.\_\_\_\_\_ le 3 mai 2021, sans toutefois que la recourante n'ait, en l'état, donné suite à cette suggestion. La Dre O.\_\_\_\_\_ a en effet expressément indiqué être sans nouvelles de la recourante aux termes de ses rapports des 8 juillet et 25 octobre 2021. Quant au rapport du Dr Y.\_\_\_\_\_ du 29 mai 2021, ce praticien paraît rejoindre l'avis exprimé par le Dr X.\_\_\_\_\_, en envisageant un geste infiltratif avant toute intervention chirurgicale. c) On ajoutera enfin que le rapport d'IRM cervicale du 15 février 2023 ne saurait être pris en considération à ce stade, puisque ce document reflète une situation largement postérieure à la date de la décision litigieuse. d) En définitive, il convient de retenir l'évaluation rhumatologique communiquée par le Dr X.\_\_\_\_\_ pour le compte du

- 34 - T.\_\_\_\_\_SA, selon laquelle la recourante est dotée d'une pleine capacité de travail dans toutes activités jusqu'au 25 mai 2020, puis d'une capacité de 80 %, compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %, dans toutes activités respectant les limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique.

## **E. 11**

a) Le volet de médecine interne, investigué par le Dr V.\_\_\_\_\_ au sein du T.\_\_\_\_\_SA, ne prête pas davantage flanc à la critique. On observe que ce spécialiste a examiné l'ensemble des pathologies affectant ou ayant affecté la recourante, se concentrant sur les affections actuelles, à savoir la diplopie monoculaire, les migraines ophtalmiques et les dysuries nocturnes documentées au dossier. Son appréciation apparaît cohérente eu égard aux rapports médicaux à disposition, en particulier ceux établis au sein de l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_, lesquels n'ont mis en évidence aucune atteinte spécifique de ce registre. On ajoutera que la suggestion du Dr V.\_\_\_\_\_ de diminuer progressivement le traitement opiacé dans le but de réduire la diplopie apparaît adéquat en l'absence de toute pathologie oculaire avérée. En outre, l'évaluation de l'impact des dysuries, survenant uniquement durant la nuit, n'est contredite par aucun élément au dossier de la recourante. b) La recourante a mentionné subséquemment une cholélithiase symptomatique (cf. rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 17 septembre 2020) et une lithiase rénale (cf. rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 3 février 2022), pour lesquelles des interventions chirurgicales avaient été nécessaires. Ces affections, somme toutes banales, n'ont a priori nécessité que de courtes hospitalisations, tandis qu'aucune pièce au dossier ne vient documenter des complications ou des répercussions fonctionnelles significatives qui en auraient découlé. Dès lors, ces problématiques ne sauraient justifier de s'écarter de l'évaluation de médecine interne communiquée par le T.\_\_\_\_\_SA.

## **E. 12**

a) L'aspect psychiatrique du cas de la recourante a fait l'objet de l'analyse du Dr W. \_\_\_\_\_ pour le compte du T. \_\_\_\_\_ SA, lequel a exclu toute pathologie de sa sphère de compétences, y inclus un éventuel trouble somatoforme douloureux, en présence de diagnostics somatiques

- 35 - avérés. Ce spécialiste a conclu à une capacité de travail préservée « depuis toujours » sur le plan psychiatrique, relevant l'absence de tout suivi spécialisé de la recourante. Quoiqu'en dise cette dernière, cette appréciation n'est pas sensiblement différente de celle communiquée en son temps par le Prof. P. \_\_\_\_\_. Ce dernier avait certes conclu à un syndrome somatoforme douloureux depuis l'année 2000, mais néanmoins à une capacité de travail de 100 % « dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée ». Il préconisait au surplus une réadaptation professionnelle « dans un milieu bienveillant dans un des domaines de sa prédilection ». Ses explications ne permettaient toutefois pas de justifier une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de secrétaire, faute de toute décompensation dépressive observée, alors que la recourante conservait « une capacité à tisser des liens et à avoir une vie sociale » (cf. rapport d'expertise du Prof. P. \_\_\_\_\_ du 19 octobre 2017, p. 13). b) En l'état, il convient néanmoins de déterminer si l'appréciation communiquée par le Dr G. \_\_\_\_\_ les 3 février et 13 avril 2022 est de nature à faire douter de l'évaluation des experts psychiatres, singulièrement de la capacité de travail attribuée à la recourante.

### **E. 13**

a) Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (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), ainsi qu'aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec 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).

- 36 - b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'un trouble psychique ou d'une dépendance 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). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). aa) 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). bb) 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

- 37 - 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) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

#### **E. 14**

a) En l'espèce, les différents spécialistes en psychiatrie divergent sur le plan diagnostique. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a exclu toute pathologie de ce registre, alors que le Prof. P.\_\_\_\_\_ estimait que la recourante présentait un syndrome somatoforme douloureux. Le Dr G.\_\_\_\_\_, de son côté, considère que sa patiente présente une accentuation de traits de personnalité (anxieux, dysthymiques et somatoformes) et des troubles mentaux et du comportement liés à la

- 38 - consommation d'opiacés sous surveillance médicale. Selon lui, la capacité de travail serait durablement nulle depuis 2013. b) S'agissant du trouble somatoforme douloureux, on peut d'emblée observer que si ce diagnostic devait être retenu, il ne revêtirait en aucun cas un degré de gravité suffisant pour être considéré comme invalidant au regard de la jurisprudence fédérale mentionnée supra (cf. consid. 13). On observe en effet tout d'abord qu'une comorbidité psychique a été niée tant par le Dr W.\_\_\_\_\_ que par le Prof. P.\_\_\_\_\_. En outre, la recourante n'apparaît pas affectée dans la même mesure dans tous les domaines de la vie. On relève que celle-ci est dotée de ressources substantielles,

notamment en présence d'un entourage soutenant (famille et compagnon) et d'un réseau social préservé. La recourante est également en mesure de réaliser différentes activités quotidiennes (nombreux gestes de la vie courante, marche et déplacements), tout en prenant soin d'elle-même. Elle a été considérée comme capable de s'adapter à une routine, de planifier et structurer ses journées, ainsi que de créer et de maintenir des liens sociaux. Elle est également en mesure de se déplacer librement au moyen de son véhicule (cf. rapport d'expertise du T. \_\_\_\_\_ SA du 24 juillet 2020, p. 4 ; rapport d'expertise du Prof. P. \_\_\_\_\_ du 19 octobre 2017, p. 13). On ne voit dès lors pas qu'un éventuel trouble somatoforme douloureux réponde aux critères requis par le Tribunal fédéral, de sorte qu'il convient de nier tout impact d'une telle affection en termes de capacité de travail. Il en va de même d'une éventuelle accentuation de traits de personnalité, laquelle ne constitue d'ailleurs pas un trouble de la personnalité au sens strict, faute de répercussions significatives sur les ressources objectivées auprès de la recourante. c) Eu égard à des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'opiacés, on relève que ce diagnostic est évoqué pour la première fois par le Dr G. \_\_\_\_\_, à compter de sa prise en charge (au demeurant postérieure à la date de la décision litigieuse). En l'état, il s'agit toutefois d'écarter une telle pathologie, que le Dr G. \_\_\_\_\_ ne motive que par des considérations d'ordre général sur les conséquences

- 39 - de la prise d'opiacés, alors qu'aucun des spécialistes ayant examiné la recourante n'a mentionné cette problématique. On observe en effet que ni le Prof. P. \_\_\_\_\_, ni le Dr W. \_\_\_\_\_, ni le Centre de psychiatrie [...] (où la recourante a été brièvement suivie durant l'été 2015) n'évoquent un trouble mental consécutif à la prise de morphine. Cet aspect n'a au surplus jamais été soulevé par les somaticiens ayant assumé la prise en charge de la recourante. On peut donc s'en tenir aux appréciations expertales à la date de la décision querellée, étant souligné que si l'état de santé psychique de la recourante devait faire l'objet d'une dégradation significative et durable, il lui appartiendrait de requérir une révision de sa situation auprès de l'intimé. On ajoutera que si une telle dégradation devait être avérée à compter de la prise en charge du Dr G. \_\_\_\_\_, elle constituerait de toute façon une nouvelle atteinte à la santé, partant un nouveau cas d'assurance, pour lequel un délai de carence d'une année devrait être pris en considération (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). d) Etant donné les éléments qui précèdent, il convient de retenir, à la date de la décision litigieuse, que la recourante est dotée d'une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, selon les considérations du T. \_\_\_\_\_ SA. e) Il s'agit en définitive de s'en tenir à l'évaluation consensuelle communiquée par ledit centre, selon laquelle la recourante a conservé une capacité de travail entière dans toutes activités jusqu'au 25 mai 2020, puis une capacité de travail de 80 % en raison des restrictions fonctionnelles d'ordre rhumatologique.

## **E. 15**

a) Il y a lieu à ce stade de se prononcer sur l'aspect économique du cas de la recourante, à savoir sur l'évaluation de son degré d'invalidité, étant souligné qu'il n'est pas contesté qu'elle revêt désormais un statut de personne active à plein temps. b) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette

- 40 - disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

#### **E. 16**

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.

#### **E. 17**

a) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – c'est-à-dire 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). b) 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

- 42 - 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). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C\_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). Dans ce cadre, le juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). c) Dans le cas particulier, le recours au montant total, tous secteurs d'activités confondus (production et services), du TA1 tirage\_skill\_level de l'ESS 2018 n'apparaît à l'évidence pas critiquable, puisque la recourante est sans activité depuis 2013. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé était, en 2018, de 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, tableau TA1\_skill\_level, niveau de compétence 1). Ce montant doit être porté à 4'556 fr. 77 pour prendre en considération la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2021 (cf. Indicateurs du marché du travail 2021 ; TA2.1). Après indexation de 1 % en 2019, de 0,9 % en 2020 et de 0,6 % en 2021 selon l'ISS (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2021 »), on aboutit à un revenu

- 43 - de 56'059 fr. par an pour une activité exercée à 100 % et donc de 44'847 fr. pour un taux d'activité de 80 %. d) On peut suivre le raisonnement de l'intimé s'agissant de l'absence d'abattement effectué sur le revenu d'invalidité. La recourante est en effet dotée d'une capacité de travail préservée en dépit d'une baisse de rendement de 20 %, laquelle tient compte adéquatement de ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, la recourante dispose de capacités d'adaptation et d'intégration, ne rencontre aucun problème linguistique et est suisse.

#### **E. 18**

a) S'agissant du degré d'invalidité de la recourante, ce taux est nul jusqu'en mai 2020 puisqu'elle ne présentait aucune incapacité de travail reconnue, tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité adaptée. b) A partir du mois de mai 2020, le degré d'invalidité de la recourante s'est élevé au maximum à 20 %  $([56'059 - 44'847 \times 100] / 56'059)$ , ainsi que l'a retenu l'intimé. On ajoutera que ce degré aurait pu être fixé à 18,55 %  $([55'059 - 44'847 \times 100] / 55'059)$  en se fondant sur le secteur d'activités des services pour déterminer le revenu sans invalidité. c) Sur le vu de ce qui précède, l'intimé était légitimé à nier le droit à la rente de la recourante, son degré d'invalidité s'avérant largement inférieur au seuil de 40 % fixé par l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021).

#### **E. 19**

a) Reste à se prononcer sur le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel, singulièrement à un reclassement professionnel, dans la mesure où elle fait grief à l'intimé d'avoir d'emblée nié le droit à ces prestations. b) Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient

- 44 - nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et pour autant que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital ; art. 8 al. 3, let. b, LAI ; cf. également art. 15 à 18d LAI). c) Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de travail, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. 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 (TFA I 370/98 du 26 août 1999 consid. 2 et les références, in VSI 2002 p. 112). d) En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée 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 droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées). e) En l'espèce, on peut se rallier à l'analyse

opérée par l'intimé le 22 janvier 2021, en ce sens que la recourante ne présente pas les conditions subjectives et objectives requises pour se voir accorder une

- 45 - mesure d'ordre professionnel, plus particulièrement un reclassement professionnel. On rappelle en effet que la recourante s'estime totalement incapable de travailler pour des raisons de santé, en dépit des conclusions communiquées par les experts mandatés par l'intimé. La mesure d'observation professionnelle diligentée du 29 janvier au 3 mars 2019 au sein du Centre E. \_\_\_\_\_ s'est du reste soldée par l'impossibilité de définir une activité sur le marché ordinaire du travail, la recourante s'étant montrée limitée notamment par des facteurs psycho-comportementaux et environnementaux (cf. rapport du Centre E. \_\_\_\_\_ du 18 mars 2019). Par ailleurs, la liste exemplative d'activités énoncée par l'intimé le 22 janvier 2021 (réception, scannage, back office, montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi ou dans le conditionnement léger) correspond au potentiel de la recourante et respecte ses limitations fonctionnelles. De telles activités lui sont accessibles sans formation particulière. On soulignera, au surplus, que la recourante n'est pas en possession d'une formation certifiée, de sorte qu'elle ne saurait de toute façon prétendre à des mesures destinées à lui fournir un niveau supérieur à l'activité antérieure (cf. notion de l'exigence de l'équivalence approximative avec l'activité antérieure : in Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 455 et 456, n. 1696 et 1697 et références jurisprudentielles citées).

## **E. 20**

a) En conclusion, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 15 septembre 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. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 10 novembre 2021.

- 46 - 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). d) Me Hichri a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 21 octobre 2021 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Par courrier du 6 février 2023, il s'est remis à justice s'agissant de la fixation de son indemnité. Compte tenu de la complexité de la cause, il y a lieu d'arrêter son intervention à 9 heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]). Il convient d'ajouter des débours à concurrence de 81 fr. et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 131 fr., ce qui représente un montant total de 1'832 fr. pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi). e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle demeure tenue de rembourser la somme de 2'432 fr. (1'832 fr. + 600 fr.), dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; cf. art. 5 RAJ) de fixer les

modalités de ce remboursement.

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