

VD_GERICHTE ZD22.037130 vom 11. Januar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-01-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.037130

FR: VD_GERICHTE ZD22.037130 du 11 janvier 2024

IT: VD_GERICHTE ZD22.037130 del 11 gennaio 2024

Erwägungen

E. 3

a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

- 11 - raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 12 - Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). 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).

E. 4

En l'espèce, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne, de

- 13 - rhumatologie et de psychiatrie, qui a été confiée aux Drs C._____, H._____ et Q._____ du Centre d'expertise S._____. L'OAI a estimé, sur la base du rapport d'expertise du 18 janvier 2022, ainsi que de l'avis du SMR, que la recourante présentait depuis le 1er décembre 2020 une capacité de travail de 70 % aussi bien dans son activité habituelle de gouvernante, que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 7-10 kg, pas de sollicitations répétitives du rachis et des quatre membres, pas d'horaires irréguliers, pas de responsabilité importante). La recourante conteste l'appréciation que font les experts de sa capacité de travail, estimant qu'elle est en contradiction avec celle arrêtée par ses médecins traitants. a) Le rapport d'expertise de Centre d'expertise S._____ comprend un volet rhumatologique, investigué par le Dr H._____. Celui-ci a exclu tout diagnostic incapacitant et retenu que le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Il a indiqué que ce diagnostic était confirmé, au terme de son expertise, par la présence de 17/19 points positifs. La symptomatologie était ancienne et les traitements n'avaient pas permis d'améliorer les symptômes douloureux. Il n'y avait toutefois pas de somnolence ni de troubles mnésiques, et la fatigue était modérée. Il a ajouté que le degré global de sévérité de cette fibromyalgie était très faible et évalué à 3/12, soit 2/9 au test SSA (asthénie, somnolence, troubles mnésiques) et 1/3 au test SSB pour les signes associés. Le diagnostic n'avait ainsi pas d'influence sur la capacité de travail. Pour le surplus, le Dr H._____ a précisé que l'examen clinique était quasiment normal, ce qui démontrait qu'il s'agissait bien d'une

fibromyalgie ; la mobilité de toutes les articulations était conservée et l'examen neurologique était parfaitement normal. En outre, il n'y avait pas d'argument pour une polyarthrite inflammatoire, ni de signe d'une spondylarthropathie, ni de pathologie auto-immune, raison pour laquelle aucun examen complémentaire n'avait

- 14 - été demandé et en particulier radiologique. Cette appréciation apparaît motivée et convaincante. S'il est exact que l'appréciation de l'expert H. _____ n'est pas superposable à celle du Dr K. _____, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que l'expert rhumatologue n'a pas discuté les raisons de cette divergence. Il a en effet pris connaissance des rapports du Dr K. _____, puis procédé à un examen complet de la recourante. Sur la base de cet examen et de l'étude des pièces du dossier, il a relevé que l'examen clinique était quasiment normal. Il a au demeurant bien noté en quoi consistaient les plaintes de la recourante, à savoir des douleurs sur la face antérieure des deux épaules, quelques douleurs lombaires et parfois des douleurs des genoux, sans douleurs nocturnes ni dérouillage matinal (cf. point 3.2 du volet rhumatologique) Le Dr H. _____ a en outre bien indiqué que la fatigue de l'intéressée était devenue plus importante à l'été 2019, car elle avait pris un travail supplémentaire de nettoyage en hôtel pendant les vacances, lequel s'était associé à des problèmes avec son compagnon, ainsi qu'à une cohabitation difficile avec son fils. Toutes ces difficultés l'avaient amenée à faire une demande de prestations AI le 12 novembre 2020 (cf. point 7.1 du volet rhumatologique). Le Dr H. _____ a au demeurant clairement étayé le diagnostic de fibromyalgie qu'il a retenu. Dans la mesure où ce diagnostic est posé et discuté avec soin, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que l'expert rhumatologue n'a pas discuté la raison pour laquelle il s'est distancé du Dr K. _____. Au demeurant, le SMR, par avis du 15 mars 2022, a ajouté aux limitations fonctionnelles retenues par les experts dans leur évaluation consensuelle celles de port de charges de plus de 7-10 kg et de sollicitations répétitives du rachis et des quatre membres, rejoignant ainsi en cela les limitations fonctionnelles retenues par les Drs G. _____ et K. _____. Enfin, le bref certificat établi le 8 juin 2023 par le Dr K. _____ selon lequel la capacité de travail de l'assurée ne serait que de 30 %, n'est

- 15 - pas motivé et ne permet donc pas de remettre en cause les conclusions du Dr H. _____. b) Le volet de médecine interne de l'expertise a été confié au Dr C. _____, qui a exclu tout diagnostic incapacitant et posé le diagnostic de troubles de la réfraction, myopie (H52.1), sans effet sur la capacité de travail. L'expert a examiné avec soin l'assurée, listé ses plaintes et procédé à examen détaillé par status, plus particulièrement les status endocrinologique, dermatologique, hémato-immunologique, cardiovasculaire, respiratoire, digestif, urinaire, ophtalmologique, ORL et neurologique. Il a rapporté que l'assurée, qui travaillait à raison de 14 heures par semaine, estimait ne pas pouvoir travailler plus et bénéficiait donc de l'aide sociale. Elle souffrait d'une fibromyalgie, ce qui relevait de l'expertise rhumatologique. Il existait en parallèle un état dépressif traité. Le problème somatique était d'ordre rhumatologique et la gêne au quotidien était présente lors du port de charges et des gestes répétitifs. S'il était évoqué une potentielle atteinte neurologique, du fait des doléances mal systématisées, le Dr C. _____ n'a relevé aucun élément au dossier qui aurait permis d'étayer une quelconque cause de cet ordre, même s'il existait des antécédents familiaux. En définitive, il a indiqué être face à un symptomatologie douloureuse chronique dont le substrat organique devrait être défini par les expertises rhumatologique et psychiatrique. Sur le plan de la médecine purement interne, il n'y avait en effet pas d'affection susceptible d'interférer avec cette symptomatologie et de limiter la

capacité de travail. Cette appréciation est congruente avec les différents rapports au dossier. Il apparaît en effet que l'expert a évoqué les problématiques ayant trait aux volets rhumatologique et psychiatrique de l'expertise, comme relevées par les médecins traitants de l'assurée. Toutefois, sur le plan de la médecine interne, force est de constater que les Drs K._____ et G._____ n'ont évoqué aucun diagnostic ou pathologie interne, de sorte que rien ne s'oppose aux conclusions de l'expert C._____.

- 16 - c) L'aspect psychiatrique a été évalué par le Dr Q._____, qui a retenu les diagnostics de trouble somatoforme (F45.40), avec incidence sur la capacité de travail, et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.0), sans effet sur la capacité de travail. Après avoir établi l'anamnèse de l'assurée, par système, et listé ses plaintes, l'expert psychiatre a relevé que l'intéressée avait sûrement présenté quelques troubles d'attention et une carence affective pendant son enfance ou son adolescence, sans trouble psychopathologique patent. Les premiers troubles psychiatriques étaient apparus à la naissance de son premier enfant, en 1995. Ce trouble avait été étiqueté jusqu'à ce jour comme dépression postnatale, mais il semblait plus s'agir d'une psychose puerpérale. L'assurée avait ensuite eu une rechute dépressive manifestée par une insomnie brutale en 1998, puis en 2003 après la naissance de son deuxième enfant, en 2005 après la séparation conjugale et enfin en 2012 et en octobre 2013 en raison d'une perte d'emploi. Elle a ensuite présenté des épisodes dépressifs, surtout en hiver. A partir du 1er décembre 2020, sa psychiatre traitante considérait qu'elle pouvait effectuer un travail adapté à 70 %. A l'issue de son entretien, l'expert psychiatre a estimé qu'il n'existait pas de trouble de la personnalité, avec tout au plus une légère dimension histrionique. Il n'y avait en outre, au jour de l'expertise, pas d'état dépressif caractérisé, mais uniquement un trouble somatoforme persistant en raison des douleurs chroniques, qui n'étaient toutefois pas forcément quotidiennes et étaient très fluctuantes, mal systématisées et sans substrat organique. Le Dr Q._____ rejoint ainsi la psychiatre traitante en retenant un trouble dépressif récurrent. Il a toutefois estimé que ce trouble était actuellement en rémission et n'était donc pas incapacitant. Il a relevé que les symptômes qui persistaient à ce jour étaient des troubles du sommeil, sans ralentissement, et des troubles douloureux. Il a constaté que l'assurée était euthymique, sans avoir repéré d'état dépressif. Son appétit était bon, l'énergie était variable mais en fonction de la météo, sans irritabilité. L'assurée n'avait jamais présenté de trouble euphorique ou maniaque, elle ne présentait plus d'idée de culpabilité, ne se sentait pas dévalorisée et l'avenir n'était pas vu de manière pessimiste. L'intéressée pouvait être stressée et fatigable, surtout en hiver. Les douleurs dont elle se plaignait étaient peu systématisées,

- 17 - mais ne la mettaient pas en situation de détresse. Il n'existait pas de trouble anxieux. Concernant la compliance au traitement, l'expert psychiatre a constaté que le traitement actuel était conforme aux règles de l'art. Le dosage sanguin de l'antidépresseur pris par l'assurée correspondait à la dose prescrite. Le suivi régulier devait être poursuivi tant au niveau médicamenteux qu'au niveau du suivi psychiatrique. L'expert a encore procédé à l'analyse des ressources de l'assurée et retenu qu'elle avait quelques amis et un compagnon, qu'elle était capable de s'adapter aux règles, de structurer ses tâches, d'assurer ses soins, de se déplacer sans difficulté (en voiture, à vélo ou en train) et de s'organiser. Sur le plan de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a relevé qu'il n'y avait aucune incohérence dans l'expression des troubles qui persistaient, ni divergence entre les symptômes décrits et ses propres constatations. En fondant son analyse sur la base de la grille des indicateurs,

l'expert a livré une appréciation qui peut se voir conférer une pleine valeur probante. On précisera que, contrairement à ce que la recourante soutient, ce n'est pas le dépôt de la demande de prestations qui a fondé l'augmentation de la capacité de travail de 50 à 70 %, mais bien le fait que la psychiatre traitante elle-même a estimé que la capacité de travail était de 70 % à compter du 1er décembre 2020 (cf. rapports des 1er décembre 2020 et 2 juin 2022). L'expert le signale en effet dans son évaluation médicale et médico-assurantielle. d) Pour le surplus, les experts ont procédé à une évaluation consensuelle du cas, à l'issue de laquelle ils ont retenu les diagnostics posés dans chacune de leur évaluation individuelle et ont constaté que la capacité de travail avait été nulle entre la fin 2007 et la fin 2008, puis de 50 % de 2016 au 12 novembre 2020, de 70 % dès le 1er décembre 2020 puis entière dès la date de l'expertise, le 3 novembre 2021. Toutefois, le SMR, suivant en cela l'appréciation de la Dre M. _____, a estimé que la capacité de travail de la recourante était de 70 % depuis le 1er décembre 2020, au motif que les limitations décrites avec un trouble dépressif

- 18 - récurrent en rémission et un trouble somatoforme ne permettraient pas d'exercer une activité à plein temps (cf. avis SMR des 15 mars 2022 et 6 juillet 2022), ce qui apparaît convaincant. L'OAI était ainsi fondé à se baser sur l'expertise probante du Centre d'expertise S. _____ et l'avis du SMR pour retenir que la recourante présente une capacité de travail de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir tenant compte de ses algies, sa fatigabilité surtout en hiver et sa labilité thymique, sans port de charges de plus de 7-10 kg, sans sollicitations répétées du rachis et des quatre membres, sans horaires irréguliers, sans responsabilité importante.

E. 5

Dans un autre moyen, la recourante conteste le caractère adapté de son activité habituelle, et plaide en faveur de l'application de la table T17 de l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité. Elle estime ensuite que compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 30 %, avec un abattement de 15 %, elle aurait droit à une rente entière. Très subsidiairement, elle soutient qu'en retenant une capacité de travail de 70 %, également avec un abattement de 15 %, elle aurait droit à un quart de rente. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). 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 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à

- 19 - défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe

que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS

- 20 - et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). 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). b) En l'occurrence, la capacité de travail de la recourante n'est pas de 30 %, mais de 70 % (cf. consid. 4d ci-dessus). Est en revanche débattue la question de savoir si l'activité habituelle est adaptée. L'OAI admet en effet que l'activité concrètement exercée auprès du précédent employeur ne semble plus possible, mais estime que les limitations fonctionnelles retenues n'empêcheraient pas la recourante d'œuvrer dans le domaine des nettoyyages, par exemple dans une entreprise comprenant plusieurs personnes où les tâches pourraient être réparties, un collègue se chargeant des tâches exigeant un port de charges de plus de 7-10 kg. aa) Il y a lieu de constater que les limitations fonctionnelles retenues paraissent difficilement compatibles avec une activité de femme de ménage/gouvernante/employée de maison. L'OAI ne pouvait en conséquence pas retenir que l'assurée disposait d'une capacité de travail dans son activité habituelle et retenir que le taux d'invalidité correspondait au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4). Dans ces circonstances, il convient de procéder à une comparaison des revenus. bb) En procédure, l'OAI a remis un calcul du salaire exigible réalisé le 16 novembre 2022, dont il ressort que le revenu sans invalidité a

- 21 - été déterminé en tenant compte du revenu réalisé par l'assurée auprès de son dernier employeur (1'380 fr. selon le rapport employeur complété le 27 décembre 2020), en tant qu'employée de maison, ramené à un salaire à temps complet, soit un revenu sans invalidité de 51'257 fr. 15, en 2021. L'OAI a en effet considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à plein temps, au vu de sa situation personnelle et financière, ce qui n'est pas contesté. En présence de telles données salariales, l'OAI pouvait légitimement se fier aux salaires perçus pour arrêter le revenu sans invalidité, sans avoir recours aux données

statistiques contenues dans l'ESS. Les données salariales permettent en effet de déterminer de manière concrète ce qu'aurait gagné l'assurée en tant qu'employée de maison, si elle avait travaillé à 100%, cas échéant auprès de plusieurs employeurs (cf. consid. 5a ci-dessus). On observera que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI est plus favorable à la recourante que celui qui serait arrêté au moyen du salaire médian statistique de la branche 77, 79-82 « Activités de services admin (sans 78) » de l'ESS (49'189 fr. 32 ; ESS 2020, tableau TA1_skill- level, niveau de compétence 1 pour une femme travaillant à 100 %, indexé en 2021). La recourante ne peut au demeurant être suivie lorsqu'elle soutient qu'il y aurait lieu de faire application de la table T17, qui serait plus spécifique. L'assurée travaillait en effet au moment du dépôt de sa demande de prestations, de sorte qu'en présence de données salariales concrètes, on ne recourt pas aux données statistiques. La table T17 contient en outre les données salariales regroupées par profession, âge et sexe, dans les secteurs privés et publics. Or, rien ne permet de retenir que l'assurée aurait travaillé dans le secteur public, au vu des activités exercées par le passé. Les emplois de gouvernante et d'employée de maison sont en effet spécifiques au secteur privé, sans que l'on ne trouve d'équivalents dans le secteur public. Enfin, il y a lieu de relever que dans l'arrêt dont se prévaut la recourante (TF 8C_682/2021 du 13 avril 2022) le Tribunal fédéral a estimé que le recours aux données spécifiques d'une branche de la table T17 se justifiait pour permettre la

- 22 - parallélisation du revenu sans invalidité de l'assuré concerné avec celui de la branche dans laquelle il œuvrait. Les circonstances du cas d'espèce diffèrent sensiblement de celles de l'arrêt en question et ne justifient donc pas le recours à la table T17. cc) Concernant le revenu avec invalidité, la recourante ne conteste pas le recours aux données statistiques de l'ESS, mais soutient qu'un abattement de 15 % devait être appliqué audit revenu. Or, dans la mesure où la capacité de travail de 70 % intègre déjà les limitations fonctionnelles (cf. avis SMR du 15 mars 2022), l'OAI n'avait pas à en tenir compte une deuxième fois. En effet, les limitations fonctionnelles incluses dans l'examen de la capacité de travail résiduelle ne doivent pas avoir d'influence supplémentaire sur l'examen de l'abattement, afin d'éviter une double prise en compte du même aspect (TF 9C_481/2017 du 1er décembre 2017 consid. 5.2). En outre, la recourante est certes de nationalité étrangère, mais elle est au bénéfice d'un permis d'établissement C, de sorte que son statut en droit des étrangers ne la place pas dans une situation précaire. Elle est au demeurant en Suisse depuis 2003, ce qui ne justifie pas non plus un abattement supplémentaire. dd) La comparaison du revenu sans invalidité de 51'257 fr. 15 avec le revenu d'invalidité de 37'370 fr. 04 aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 27,1 %, inférieur à 40 %, qui exclut le droit à la rente. c) A toutes fins utiles, on relèvera encore que selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) 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 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). Aux termes de l'art.

- 23 - 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus

raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 2b). Certes, le seuil de 20 % est dépassé, ce qui devrait conduire à examiner le droit à une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI. La recourante ne peut cependant pas prétendre à un tel reclassement professionnel, dès lors que sa capacité de gain n'apparaît pas susceptible d'être améliorée par dite mesure, des activités simples et répétitives lui étant accessibles. D'autres mesures de réadaptation ne sont pas non plus susceptibles d'entrer en ligne de compte, dès lors que les limitations fonctionnelles ne rendent pas illusoire l'existence d'une capacité de travail sur un marché équilibré de travail (TF 9C_597/2018 du 18 janvier 2019 consid. 5).

E. 6

Il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

E. 7

a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

- 24 - b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 20 septembre 2023, Me Monney a chiffré à 22 heures et 24 minutes le temps consacré au dossier de la recourante. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. En effet, plusieurs opérations figurant dans la liste ne sont manifestement pas en rapport avec la présente cause et doivent être retranchées. Il s'agit des opérations relatives à des contacts avec les médecins de l'assurée qui n'ont toutefois établi aucun rapport figurant au dossier. Doivent également être retranchées les opérations consistant en la prise de connaissance de courriers ou courriels, ne nécessitant qu'une brève lecture. En outre, trois opérations des 2 septembre, 12 septembre et 21 novembre 2022, soit un total de 3 heures, ont été réalisées par une avocate collaboratrice de l'étude, dont les initiales sont « MJ », qui n'a pas été autorisée à procéder au titre de l'assistance judiciaire. Il y a donc lieu de retrancher ces

- 25 - opérations du total des heures, en l'absence de circonstances particulières (ATF 143 III 10 consid. 3.1 ; 141 I 70 consid. 6 ; TC CASSO – PP 6/19 – 37/2020). Au final, les heures réalisées doivent être ramenées à 14 heures et 57 minutes. Compte tenu du tarif horaire applicable, du forfait de 5 % pour le défraiement des débours et de la TVA, l'indemnité de Me Monney est arrêtée à 3'043 fr. 10, TVA par 217 fr. 55 et débours par 134 fr. 55 compris. La rémunération de l'avocate d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable 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.