

VD_GERICHTE ZD23.001504 vom 22. August 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.001504

FR: VD_GERICHTE ZD23.001504 du 22 août 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.001504 del 22 agosto 2024

Erwägungen

E. 2

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

E. 3

a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). b) En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette - 11 - date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. c) En l'occurrence, la décision attaquée date du 13 décembre 2022. Elle porte sur une demande de prestations déposée par la recourante le 4 janvier 2018, compte tenu d'atteintes à la santé responsables d'incapacités de travail à compter du 2 août 2017. Les pièces médicales et les événements fondant la décision litigieuse sont ainsi pour l'essentiel antérieurs au 1er janvier 2022, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer l'ancien droit.

E. 4

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) 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).

- 12 - c) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

E. 4.1

; 129 V 222 consid. 4.3.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). d) 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 pas dans la mesure exigible –, le revenu d'invalide est évalué sur la base des salaires ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). aa) Lorsque les tables de l'ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1_skill_level, à la ligne « total secteur privé » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale. Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et les références citées). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 pour se référer à la table T17 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 ; 8C_66/2020 du

E. 5

a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. b) aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en

principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 52 ad art. 16 LPGA).

- 13 - cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité global. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). c) En dépit des termes utilisés à l'art. 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé, ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194). Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications

- 14 - professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2).

E. 6

a) En l'espèce, il convient de se pencher sur la question du statut de la recourante, que les parties n'ont aucunement discuté, l'intimé paraissant être parti du principe que la recourante revêtait un statut d'active à plein temps. b) On observe toutefois qu'à l'occasion de sa demande de prestations du 4 janvier 2018, la recourante a indiqué travailler à un taux de 90 % en qualité d'adjointe-gérante auprès de F. _____ SA depuis 2009 (cf. également : rapport d'employeur complété le 7 mars 2018). Elle a ensuite signalé que sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité habituelle au taux de 90 % par nécessité financière (cf. formulaire complété à la demande de l'intimé le 23 février 2018). c) S'agissant de la

situation personnelle de la recourante, on rappellera que celle-ci est divorcée depuis 2004 et mère d'un fils né la même année, avec lequel elle fait toujours ménage commun en dépit de la majorité atteinte par ce dernier. Sur le plan professionnel, elle a régulièrement exercé une activité lucrative à temps partiel depuis 1991, hormis durant les années 2005 à 2008, avant de reprendre une activité à 90 % dès octobre 2009 auprès de F. _____ SA. Elle a suivi nombre de formations en cours d'emploi et a obtenu un CFC de gestionnaire du commerce de détail en 2016. d) Compte tenu des éléments ci-dessus, on peut retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante, en bonne santé, aurait poursuivi une activité lucrative au taux de 90 %, telle que déployée au sein de F. _____ SA depuis 2009. On ne voit en effet aucune

- 15 - raison de s'écarter des propres déclarations de la recourante datant de février 2018, lesquelles correspondent à sa situation effective avant la survenance de ses problèmes de santé et semblent avoir satisfait durablement aux besoins financiers de son ménage. e) Par conséquent, il convient, en l'occurrence, de retenir que la recourante revêt un statut mixte, avec une proportion de 90 % consacrée à une activité lucrative et de 10 % dévolue aux tâches ménagères.

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

- 16 - 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) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par

l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

E. 8

a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations

- 17 - 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).

E. 9

Quelle a été selon vous l'évolution de l'état de santé de Mme C. _____ depuis l'expertise réalisée par le J. _____ SA au mois de novembre 2021 ? En particulier, l'état de santé s'est-il selon vous aggravé ? Cas échéant de quelle manière ? L'état de santé de Mme C. _____ se péjore chaque jour qui passe sans qu'une prise en charge multidisciplinaire adéquate soit mise en place, surtout sur le plan psychique. On retient surtout des rachialgies et contractures musculaires engendrant des postures vicieuses et des déséquilibres articulaires qui seront de plus en plus difficiles à traiter. Conclusion Mme C. _____ est une patiente qui souffre depuis de nombreuses années, sans avoir pu bénéficier d'une prise en charge adéquate et ciblée sur sa problématique, ce qui a par la suite déclenché cet énorme déséquilibre dans son état de santé général ainsi qu'un important retentissement personnel, social et professionnel. Malgré tout, la patiente a toujours été compliant et collaborante avec les mesures instaurées par son médecin traitant, ses différents employeurs ainsi que par l'Office de l'Al. En lisant tout son dossier, nous nous rendons compte que la patiente a donné aussi preuve de sa résilience et volonté en renverser [sic] sa problématique. Mère d'un garçon mineur et dépendant à l'époque, ayant aussi subi toutes les contraintes pour les traitements et la réintégration dans le marché de travail pendant la période pandémique les deux dernières années [sic]. Lorsque le mal de dos persiste au-delà de 6 mois ou que les épisodes récidivants sont de plus en plus fréquents, on parle de chronicité, comme c'est le cas de Mme C. _____. Malheureusement, la patiente n'a jamais fait l'objet d'une détection précoce des facteurs de risque de chronicisation [...]. La douleur chronique n'est pas un symptôme pur. C'est un stade avec une pléthore de conséquences somatiques et psychosomatiques, y compris un dysfonctionnement végétatif et des problèmes de sommeil. Selon les rapports du [...] aux [...], parmi les patients qui souffrent de lombalgies chroniques, la moitié d'entre eux présente des symptômes anxiodépressifs. La

grande majorité des lombalgies ne montrent aucune lésion significative sur un scanner ou une IRM, car elles découlent d'un désordre musculosquelettique. Dans ce cas, il en résulte une cacophonie qui se traduit physiquement par une douleur. Mme C._____ présente non seulement des atteintes structurelles rachidiennes bien documentées, mais aussi une atteinte fonctionnelle dynamique chronique sous forme de troubles musculaires posturaux et de surcharges articulaires.

- 22 - Ces déséquilibres s'observent surtout dans les situations multifactorielles de la lombalgie chronique avec le remplacement physiologique de la musculature phasique par de la musculature posturale [...]. Ceux-ci ont aussi été constatés chez Mme C._____ lors de notre examen clinique, sous forme d'importantes contractures musculaires paravertébrales. Ces désordres ne se corrigent pas spontanément et doivent faire l'objet d'une prise en charge à long terme. De fortes douleurs persistant sur une longue durée lors d'un mouvement particulier, peuvent générer, à la longue, une angoisse d'anticipation, connue comme la kinésiophobie. Cela mène à des comportements d'évitement, engendrant anxiété et dépression [...]. Dans ce sens, en tant que chirurgiens spécialistes dans le domaine du rachis, nous nous mettons à disposition pour soutenir la patiente dans la recherche d'une solution définitive pour sa problématique. Il est en effet impératif de définir une stratégie de traitement à long terme. Nous proposons dans le plus bref délai possible un suivi dans une consultation multidisciplinaire individualisée du dos (en suisse romande [...] ou [...]). Ces filières réunissent plusieurs intervenants provenant des services de neurochirurgie, rhumatologie, réadaptation, orthopédie/traumatologie, antalgie/anesthésie, psychiatrie, physiothérapie, ergothérapie, chiropraxie et ostéopathie. Du point de vue clinique, nous proposons donc de compléter le bilan rachidien par une évaluation et un suivi en antalgie, puis par la suite, par une éventuelle électro-neuro-myographie (ENMG) et des infiltrations ciblées. Une incapacité de travail de 50 % nous semble tout à fait judicieuse et donnera à Mme C._____ le temps et la disponibilité pour les examens, traitements ainsi que pour pouvoir suivre un programme de traitement multidisciplinaire individualisé. »

E. 10

a) Il convient d'emblée d'observer que le rapport d'expertise rédigé par le J._____ SA respecte les exigences jurisprudentielles rappelées supra sous consid. 7b. Les experts ont en effet dûment fait état des plaintes de la recourante, analysant l'ensemble des pathologies avérées et alléguées de manière approfondie. On retient que les experts ont procédé à des examens complémentaires (IRM dorsolombaire du 21 septembre 2021) et des investigations cliniques minutieuses dans chacune des spécialités sollicitées par l'intimé avant de se prononcer sur le cas particulier. Le rapport du 22 novembre 2021, complété le 7 janvier 2022, apparaît dûment motivé, exempt de contradictions et consécutif à une analyse fouillée de l'ensemble des pièces versées au dossier. Il n'y a donc a priori pas lieu de douter du bien-fondé des conclusions des experts. Quoi que soutienne la recourante, on ne saurait reprocher aux experts un défaut de motivation de l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail. On relève en effet que les limitations fonctionnelles retenues dans le cas

- 23 - d'espèce consistent essentiellement en des mesures usuelles d'épargne du rachis. De telles restrictions permettent manifestement l'accomplissement d'une activité lucrative légère à un taux substantiel. On ne voit au demeurant pas en quoi le fait de chiffrer une baisse de rendement de 20 % en raison d'un besoin de pauses supplémentaires serait insuffisant ou incohérent. En revanche, cette appréciation – expliquée aisément par les restrictions fonctionnelles énoncées – emporte la conviction et tient adéquatement compte

des contraintes imposées à la recourante dans l'exercice d'une activité adaptée. b) On ne saurait accorder de crédit aux appréciations communiquées par la Dre B. _____, comme le souhaiterait la recourante. On relève en effet que cette praticienne a modifié son évaluation de la capacité de travail au gré de ses différents rapports à l'attention de l'intimé, sans toutefois faire état de motifs médicaux objectifs susceptibles de justifier des fluctuations de l'exigibilité (cf. notamment : rapports des 28 octobre 2019 et 8 avril 2021). Les rapports de la Dre B. _____ sont extrêmement succincts, celle-ci s'étant contentée de répondre à des questions du SMR de manière lapidaire. Ces documents sont également imprécis, notamment eu égard aux dates auxquelles prendrait effet une limitation de la capacité de travail (cf. en particulier : rapport du 8 avril 2021). Ils sont donc insuffisants pour remettre en question les conclusions des experts du J. _____ SA. c) Il en va de même du rapport d'expertise privée établi par le Prof. N. _____. On remarque que ce spécialiste a globalement posé des diagnostics superposables à ceux retenus au sein du J. _____ SA dans son domaine de compétence, ajoutant pour l'essentiel des considérations liées aux mesures thérapeutiques envisageables dans le cas particulier. Cela étant, le Prof. N. _____ s'est permis de faire état de diagnostics du registre psychique, pour lesquels il ne dispose pas de compétences spécialisées. On ajoutera qu'il a également pris en considération des facteurs étrangers à l'invalidité (cf. à cet égard : ATF 127 V 294 consid. 5a), notamment relatifs à la situation psychosociale vécue par la recourante, tout en faisant part de généralités sur la prise en charge des

- 24 - douleurs chroniques et leurs potentielles conséquences psychologiques. Quoi que soutienne la recourante, on ne saurait considérer que l'appréciation de la capacité de travail effectuée par le Prof. N. _____ soit motivée par des éléments cliniques objectifs. Il apparaît bien plutôt que ce praticien a pris en considération la participation à des mesures thérapeutiques pour justifier son appréciation. Il semble en effet que la capacité résiduelle de travail de la recourante serait restreinte à 50 % essentiellement pour des raisons de confort organisationnel, ce qui lui permettrait de poursuivre un programme de rééducation dorsale. Par ailleurs, le Prof. N. _____ s'est largement basé sur les douleurs alléguées par la recourante, sans démontrer une modification significative du tableau clinique depuis l'examen expertal conduit au J. _____ SA. A cet égard, on rappellera que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Enfin, on peine à comprendre comment le Prof. N. _____ appréhende la notion de limitations fonctionnelles, puisque, parmi elles, il a également retenu un domaine d'activités (les tâches ménagères) qui ne constitue manifestement pas une limitation fonctionnelle. Compte tenu de ce qui précède, on ne voit pas que le rapport communiqué par ce spécialiste puisse être doté d'une quelconque valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de retenir ses conclusions pour trancher le cas d'espèce. d) On ajoutera que les éléments ressortant de l'observation professionnelle, bien que concordants avec l'évaluation du Prof. N. _____, n'apparaissent pas déterminants. Il est en effet souligné que les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des

- 25 - éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C_323/2018 du 20 août 2018 consid. 4.2 et les références). e) Les pièces dont se prévaut la recourante

apparaissant insuffisantes pour faire douter du bien-fondé des conclusions communiquées par le J. _____ SA, il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire du cas particulier. Les conclusions préalable et subsidiaire de la recourante à cette fin peuvent donc être écartées. Il s'agit en définitive de se rallier à l'évaluation du J. _____ SA et de retenir que la recourante est dotée d'une capacité résiduelle de travail de 80 %, eu égard à une baisse de rendement de 20 %, dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

E. 11

a) A ce stade, il s'agit de se prononcer sur le degré d'invalidité retenu dans la sphère d'activité lucrative. Il est incontesté que, depuis le mois d'août 2017, la recourante est totalement incapable d'exercer son ancienne activité d'adjointe-gérante dans le commerce de détail. Elle est en revanche dotée d'une capacité de travail de 80 %, en raison d'une baisse de rendement de 20 %, dans toutes activités adaptées à son état de santé, y compris celle de vendeuse en librairie. b) La comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA s'effectue, en règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). 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). c) 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. Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe

- 26 - 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 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid.

E. 14

a) Vu les chiffres ci-dessus, la comparaison des revenus met en évidence un degré d'invalidité de 26,95 % $[(59'880 - 43'744) \times 100 / 59'880]$ en se fondant sur le TA1, total (production et services). Le degré

- 30 - d'invalidité se monte à 28,25 % $[(59'880 - 42'964) \times 100 / 59'880]$ en se fondant uniquement sur le secteur des services du TA1. b) Si l'on prenait en considération les heures supplémentaires dans la détermination du revenu sans invalidité, on obtiendrait un degré d'invalidité de 28,55 % $[(61'224 - 43'744) \times 100 / 61'224]$ sur la base du TA1, total (production et services), et de 29,83 % $[(61'224 - 42'964) \times 100 / 61'224]$ sur la base du secteur des services du TA1.

E. 15

a) Il convient désormais d'examiner si le degré d'invalidité dans la sphère des tâches ménagères peut être déterminé en l'état du dossier de la recourante, en dépit de l'absence d'enquête réalisée à son domicile (cf. art. 69 al. 2 RAI), laquelle constitue en règle générale une base appropriée pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (cf. ATF 140 V 543 consid. 3.2.1). b) S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on soulignera que si l'assuré n'accomplit

plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur

- 31 - ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (TF 9C_716/2012 du 11 avril 2012 consid. 4.4). Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; 130 V 97 consid. 3.3.3 et les références).

E. 16

a) Concernant les empêchements dans le ménage, l'expert en médecine interne générale du J. _____ SA, le Dr L. _____, a eu l'occasion de se prononcer précisément sur les différents postes usuellement examinés dans le cadre d'une enquête ménagère (cf. rapport d'expertise du J. _____ SA du 22 novembre 2021, expertise spécialisée en médecine interne, p. 20 et 21) : « [...] Alimentation Actuellement : Préparer et cuire les aliments : réalisé à 100 % par la personne assurée. Servir les repas : réalisé à 100 % par la personne assurée. Nettoyer la cuisine au quotidien : réalisé à 100 % par la personne assurée. Faire des provisions : réalisé à 100 % par la personne assurée (elle peut porter 2 kg au maximum, avec l'aide de son fils pour les charges supplémentaires, selon ses dires). Avant son incapacité de travail : Préparer et cuire les aliments : réalisé à 100 % par la personne assurée. Servir les repas : réalisé à 100 % par la personne assurée. Nettoyer la cuisine au quotidien : réalisé à 100 % par la personne assurée. Faire des provisions : réalisé à 100 % par la personne assurée. Comparaison et discussion de l'expert : Du point de vue de la médecine interne, les atteintes à la santé spécifiques n'ont jamais eu d'effets sur les activités décrites ci-dessus. Entretien du logement ou de la maison, et garde des animaux domestiques Actuellement :

- 32 - Ranger, épousseter : réalisé à 100 % par la personne assurée, 1 fois par mois, en raison de la cervico-dorso-lombalgie. Passer l'aspirateur : réalisé à 100 % par la personne assurée, 1 fois tous les 3 mois, en raison de la cervico-dorso-lombalgie. Entretien des sols : réalisé à 100 % par la personne assurée, 1 fois tous les 3 mois, en raison de la cervico-dorso-lombalgie. Nettoyer les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, promener et nettoyer les animaux domestiques : réalisé à 100 % par la personne assurée, 1 fois par

semaine elle arrose les plantes. Sortir les déchets : réalisé à 0 % par la personne assurée depuis 3 ans, en raison de la lombalgie, son fils le fait à 100 %. Avant son incapacité de travail : Ranger, épousseter : réalisé à 100 % par la personne assurée. Passer l'aspirateur : réalisé à 100 % par la personne assurée. Entretien des sols : réalisé à 100 % par la personne assurée. Nettoyer les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, promener et nettoyer les animaux domestiques : réalisé à 100 % par la personne assurée, 1 fois par semaine elle arrose les plantes. Sortir les déchets : réalisé à 100 % par la personne assurée. Comparaison et discussion de l'expert : Du point de vue de la médecine interne, les atteintes à la santé spécifiques n'ont jamais eu d'effets sur les activités décrites ci-dessus. Achats et courses diverses Actuellement : Courses quotidiennes avec charges lourdes et achats plus importants : réalisé à 0 % par la personne assurée, en raison de la lombalgie, son fils les fait. Poste, assurances, services officiels : réalisé à 100 % par la personne assurée. Paiement des factures : réalisé à 100 % par la personne assurée. Avant son incapacité de travail : La personne assurée était capable de tout réaliser à 100 %, sans aide, ni adaptation. Comparaison et discussion de l'expert : Du point de vue de la médecine interne, les atteintes à la santé spécifiques n'ont jamais eu d'effets sur les activités décrites ci-dessus. Lessive et entretien du linge Actuellement : Laver, étendre : réalisé à 100 % par la personne assurée, 1 fois par semaine, en aide complémentaire son fils descend et remonte le linge de la buanderie. Plier le linge : réalisé à 100 % par la personne assurée. Repasser : réalisé à 0 % par la personne assurée, en raison de la lombalgie, « ils n'ont pas besoin ». Raccorder : réalisé à 0 % par la personne assurée, en raison des cervicalgies d'allure musculosquelettique. Nettoyer les chaussures : néant, « ils n'ont pas besoin ». Avant son incapacité de travail : La personne assurée était capable de tout réaliser à 100 %, sans aide, ni adaptation. Comparaison et discussion de l'expert :

- 33 - Du point de vue de la médecine interne, les atteintes à la santé spécifiques n'ont jamais eu d'effets sur les activités décrites ci-dessus. Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille Néant. Aucune personne à charge de soins. [...] » Le Prof.

N. _____ a, de son côté, classé les tâches ménagères dans les limitations fonctionnelles retenues dans le cas de la recourante, ce qui ne saurait – à l'évidence – refléter la réalité. Les tâches ménagères constituent au demeurant un domaine d'activités et ne correspondent pas à la notion de restrictions fonctionnelles médicales dans le cadre d'un examen pertinent en matière d'assurance sociale (cf. rapport d'expertise privée du 27 octobre 2022, p. 10). b) En l'espèce, les limitations fonctionnelles de la recourante – somme toutes modestes et usuelles pour ménager le rachis – ne justifient pas d'empêchement significatif dans l'exécution des tâches ménagères, ainsi que l'a relevé l'expert du J. _____ SA, dont l'appréciation peut être suivie. On rappellera que cette sphère d'activités ne comporte pas les exigences de rendement d'une activité lucrative, la recourante étant en mesure de ménager son rythme et ses efforts dans une mesure compatible avec son état de santé. On retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante ne rencontre des difficultés que dans l'exécution de tâches lourdes, telles que le port et le soulèvement de certaines courses, le débarras des déchets et le transport du linge. Elle dispose de l'assistance de son fils pour mener à bien ces tâches, ce qui peut être pris en compte au titre de l'aide exigible d'un jeune adulte faisant ménage commun avec sa mère. Il serait d'ailleurs envisageable que l'intéressé participe davantage aux tâches quotidiennes pour soulager sa mère, par exemple dans les nettoyages lourds ou nécessitant des mouvements particuliers, comme l'entretien des sols ou des vitres, le changement de la literie, ainsi que toute activité impliquant le soulèvement ou le port d'objets lourds ou fragiles. Au surplus, on peut également exiger de la recourante

qu'elle se dote de moyens auxiliaires pour faciliter certaines tâches difficiles (cabas à roulettes pour les courses et les objets lourds, balais et aspirateurs légers, etc.) et qu'elle recoure à

- 34 - des services courants en ligne (commandes en ligne pour les courses hebdomadaires).

c) Il s'ensuit que le total des empêchements, respectivement le degré d'invalidité, dans la sphère ménagère doit être chiffré à 0 %. On relèvera que même dans l'éventualité – manifestement non réalisée en l'espèce – d'un empêchement total dans l'accomplissement des tâches ménagères, le degré d'invalidité global resterait en-dessous du seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente (cf. consid. 17 infra), de sorte que l'on peut se passer de la réalisation d'une enquête sur les empêchements ménagers au domicile de la recourante.

E. 17

a) Compte tenu des considérants supra, le degré d'invalidité global de la recourante se monte au maximum à 26,84 % ($[29,83 \times 0,9] + [0 \times 0,1]$), arrondi à 27 %, ce qui exclut le droit à une rente de l'assurance- invalidité. Il est précisé que même si des empêchements de 100 % devaient être pris en compte dans l'accomplissement des travaux habituels (ménage), le taux d'invalidité n'excéderait pas 36,84 % ($[29,83 \times 0,9] + [100 \times 0,1]$), arrondi à 37 %, toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 LAI). b) On ajoutera qu'en l'espèce, il n'apparaît pas opportun de mettre en œuvre un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, quand bien même le degré d'invalidité de la recourante dépasse le seuil de 20 % considéré comme déterminant par la jurisprudence fédérale (cf. à cet égard : ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées). On rappelle en effet que la recourante est dotée d'un CFC de gestionnaire du commerce de détail, lequel lui donne accès à nombre d'activités légères du domaine de la vente, adaptées à son état de santé, sans nécessité d'une formation complémentaire. Au demeurant, d'autres mesures professionnelles ne semblent pas s'imposer en l'état, vu que la recourante a décidé de poursuivre l'activité déployée au sein de la Librairie D. _____ à un taux réduit, pour des motifs partiellement inhérents aux contraintes budgétaires de cet employeur.

- 35 -

E. 18

a) La recourante requiert la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport du Prof. N. _____ s'élevant à 3'000 francs. b) L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2 ; ATF 115 V 62 consid. 5c). c) En l'occurrence, le rapport du Prof. N. _____ n'a, comme le démontre la motivation du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour infirmer la position de l'intimé. Le rapport du Prof. N. _____ n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimé.

E. 19

a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision de l'intimé du 13 décembre 2022 confirmée. 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).

- 36 - 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 (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 11 juin 2024, Me Monney a chiffré à 23,65 heures (soit 23 heures et 39 minutes) le temps consacré au dossier de la recourante. aa) 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 ladite liste ne sont manifestement pas en rapport avec la présente cause et doivent être retranchées. Il s'agit des opérations concernant des contacts avec les différentes caisses de pension et autres assureurs concernés par le cas d'espèce, ainsi que les correspondances corrélatives adressées à la recourante. Si, comme le souligne Me Monney, on comprend le bien-fondé de ces opérations en vue de la défense des intérêts de la recourante, il n'en demeure pas moins qu'elles ne sont d'aucune utilité dans le cadre du présent litige, en l'absence de circonstances particulières (ATF 143 III 10 consid. 3.1 ; 141 I 70 consid. 6). Doivent également être retranchées la majorité des opérations postérieures à la duplique du 18 juillet 2023, Me Monney n'étant intervenue que le 26 mars 2024 pour s'enquérir de l'état d'avancement de la procédure auprès de la Cour de céans. On ajoutera que le temps consacré à la rédaction d'un mémoire de recours et d'une réplique apparaît excessif, alors que Me Monney a, pour l'essentiel, repris les arguments développés au stade de la procédure administrative. En définitive, les heures réalisées doivent être ramenées à un total de 15 heures au maximum, dont une heure déployée en 2024.

- 37 - bb) Compte tenu du tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ), auxquels s'ajoutent des débours à concurrence de 126 fr. et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 203 fr. 75, il y a lieu de prendre en considération un total de 2'849 fr. 75 pour 14 heures d'activités assumées durant l'année 2023. cc) S'agissant de l'année 2024, il convient de tenir compte d'une heure d'activité au tarif horaire de 180 fr. et d'y ajouter les débours par 9 fr., ainsi que la TVA au taux de 8,1 %, pour aboutir au total de 204 fr. 30. dd) C'est en définitive la somme de 3'054 fr. 05 (2'849 fr. 75 + 204 fr. 30) qui doit être retenue au titre de l'assistance judiciaire nécessaire dans la présente affaire. e) 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). f) 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, à hauteur de 3'654 fr. 05 (3'054 fr. 05 + 600 fr.), 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 (art. 5 RAJ).

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