

VD_GERICHTE ZD23.022271 vom 4. März 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-03-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.022271

FR: VD_GERICHTE ZD23.022271 du 4 mars 2025

IT: VD_GERICHTE ZD23.022271 del 4 marzo 2025

Erwägungen

E. 3

Le litige porte sur l'étendue du droit à la rente à laquelle peut prétendre la recourante.

E. 4

Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être

- 21 - entendue du fait que, dans le cadre d'une demande de précision sur un point du rapport d'expertise de la Clinique C. _____ du 26 septembre 2022, l'OAI n'a pas soumis aux experts les questions complémentaires qu'elle lui a adressées le 17 octobre 2022 à la suite de son courrier du 12 octobre 2022. a) Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2). b) En l'occurrence, comme l'observe l'OAI, il ne s'agit pas de questions que la recourante aurait souhaité poser antérieurement à l'examen expertal – possibilité qui lui a été donnée (cf. communication du 20 avril 2022) et dont elle n'a toutefois pas fait usage – mais de questions complémentaires, postérieures à l'examen. Dans ce contexte, on doit admettre, avec l'intimé, qu'il était concevable qu'il s'assure qu'un complément d'expertise quant aux éléments soulevés par l'intéressée était justifié. Or dans son avis du 3 avril 2023, le Dr L. _____ du SMR a apporté des explications de nature factuelle s'appuyant sur le dossier médical à disposition permettant d'écarter la nécessité de soumettre les questions de l'assurée aux experts. On ne discerne dès lors pas, dans ce contexte, de violation du droit d'être entendue de la recourante. Au surplus, il faut relever que la recourante a pu faire valoir ses moyens dans le cadre d'un double échange d'écritures devant la Cour

- 22 - de céans, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid.

E. 4.4

; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Ainsi, une éventuelle violation de son droit d'être entendu devrait en tous les cas être considérée comme réparée. Il convient encore d'ajouter qu'en tant que la recourante formule des critiques qui portent en réalité sur l'appréciation des éléments recueillis dans le cadre de l'évaluation de sa capacité de travail,

celles-ci se confondent avec le grief tiré d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, de sorte qu'elles doivent être examinées avec le fond du litige.

E. 5

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31

- 23 - 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. 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 18^e 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). c) 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). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021]). d) 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).

E. 6

a) 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). b) 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) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux.

- 25 - Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; 9C_748/2013 du

E. 6.2

Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

- 29 - L'assurée s'est montrée authentique durant les évaluations somatiques. Elle n'a émis aucun propos revendicateur. Elle s'est pliée sans rechigner aux tests, même si l'on a retrouvé des signes de comportement douloureux avec des mouvements de retrait et résistances. On constate également un certain hiatus entre la description de ses plaintes et les constatations objectives avec l'absence de signes cliniques ou radiologiques (IRM des mains) de synovites, et, comme rapporté dans le rapport du [...] de mars 2022, de substrat anatomique au niveau de l'IRM lombaire pouvant expliquer les douleurs et les irradiations aux membres inférieurs. Au plan internistique, le cadre nosologique des différents problèmes de santé relayés dans le paragraphe 6.1 est bien documenté et clair. C'est l'interprétation donnée par l'assurée sur leur répercussion sur sa capacité de travail qui paraît disproportionnée. [...] 7.1 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, et la discussion des chances de guérison Concernant la prise en charge des pathologies du

domaine de la médecine interne, les experts jugent cruciale l'obtention d'une perte pondérale concernant l'hépatopathie métabolique et la prévention des complications du syndrome métabolique en particulier vers un diabète par insulino-résistance périphérique. L'assurée paraît toutefois réticente à la poursuite d'un suivi diététique estimant son alimentation équilibrée et saine. D'elle-même, l'assurée a récemment abandonné l'appareillage de son syndrome des apnées du sommeil, au motif d'une mauvaise tolérance liée à une sinusite chronique. Les autres problématiques nécessitent uniquement la poursuite des contrôles cliniques, radiologiques et paracliniques au rythme proposé par les équipes spécialisées en particulier en ce qui concerne les nodules thyroïdiens, la tumeur neuroendocrine du pancréas ainsi que la surveillance de la NASH. Les atteintes dégénératives de l'appareil locomoteur sous la forme de lombalgies chroniques non spécifiques avec pyralgies et pseudosciatalgies et la tendinobursite trochantérienne ont déjà fait l'objet d'une réadaptation soutenue et de gestes infiltratifs locaux sans succès. Elle a été suivie en médecine physique au [...] sans autre proposition que la poursuite du traitement symptomatique. La gonarthrose est susceptible d'une amélioration par la poursuite des mesures visant à une perte pondérale et la poursuite de la physiothérapie. Le pronostic reste cependant réservé devant la longueur d'évolution des troubles. Enfin le rhumatisme inflammatoire de type arthropathie psoriasique ou polyarthrite séronégative est actuellement sans signe d'activité clinique (score SONAR normal, IRM des mains sans synovite), et ne justifie pas la reprise d'une quelconque biothérapie, traitement que l'assurée refuserait par crainte des effets secondaires hépatiques. Concernant les éventuelles mesures de réadaptation, celles-ci paraissent vouées à l'échec l'assurée s'en estimant subjectivement totalement incapable, convaincue de la gravité de son état physique.

- 30 - [...] 7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés Des diagnostics nouvellement survenus dans la sphère internistique depuis 2020, seule l'obésité peut limiter certaines activités de par l'augmentation significative du périmètre abdominal telles que les flexions répétées du tronc. En outre le syndrome des apnées du sommeil récemment retenu dont l'assurée ne tolère pas l'appareillage est susceptible d'entraîner une certaine somnolence diurne et fatigue. L'atteinte de l'appareil locomoteur, intriquée d'ordre dégénératif et inflammatoire, entraîne des limitations fonctionnelles dans des activités menées tôt le matin, les déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, la montée-descente répétée d'escaliers, les ports de charges répétées de plus de 10 kg, les positions en porte-à-faux du dos. [...] 8.1 Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici En raison de l'atteinte de l'appareil locomoteur la capacité de travail comme femme de ménage n'excède pas 50 % d'un 100 % et ce depuis 2017, date de la reprise professionnelle. 8.2 Capacité ou incapacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée Dans une activité adaptée aux limitations décrites ci-dessus, la capacité de travail est de 60 % d'un 100 % et ce également depuis 2017. La situation est donc restée inchangée malgré l'arrêt de travail survenu en août 2020, en raison d'investigations au plan somatique internistique. Ces dernières n'ont pas entraîné de période d'incapacité durable excédant quelques semaines. » En l'occurrence, on ne voit aucune raison objective de s'écarter de l'appréciation des Drs U. _____ et K. _____, laquelle n'est sérieusement contredite par aucun avis spécialisé au dossier. En outre, et contrairement à ce que soutient la recourante, il y a lieu de constater que les experts ont dûment motivé leur position et expliqué pourquoi ils ont retenu que la péjoration de l'état de santé de l'assurée intervenue en 2020 et ayant donné lieu à une incapacité de travail totale temporaire n'entraînait pas de modification durable de sa capacité de travail. Il s'agit donc

de se rallier également à l'appréciation des expertes somaticiennes de la Clinique C._____, étant souligné que la recourante ne s'est prévalué d'aucune pièce médicale nouvelle à cet égard au stade de la présente procédure. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir, avec l'intimée, que la recourante présente une capacité de travail de 60 % dans

- 31 - une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'activité menée tôt le matin, pas de déplacement prolongé ou en terrain irrégulier, pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de port de charges répété de plus de 10 kg, pas de position en porte-à-faux du dos et pas de flexion répétée du tronc). 8. a) Selon l'art. 16 LPGA, 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). b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1). 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 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 222 consid. 4.3.1). c) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a

- 32 - 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 (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et 33 ad art. 16 LPGA). d) 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 service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide 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 consid. 5b). e) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail

disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 et les références citées).

- 33 - S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b). Il ne s'agit ainsi pas d'apprécier si un employeur est effectivement disposé à confier un travail au recourant, mais uniquement d'apprécier si, compte tenu de son état de santé, ce dernier est à même d'exercer une activité déterminée (Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 65 ad art. 28a LAI). f) En l'espèce, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 55'118 fr. 66 et un revenu avec invalidité de 33'071 fr. 20 en se fondant sur les revenus statistiques ressortant de l'ESS. La recourante ne soutient pas que ces montants seraient erronés, de sorte qu'ils ne seront pas examinés plus avant. La recourante est cependant d'avis qu'un abattement de 20 % aurait dû être retenu sur le revenu d'invalidité. Elle fait valoir dans ce cadre

- 34 - que les rentiers AI présentant une capacité de gain résiduelle, comme c'est son cas, et touchant de ce fait une rente partielle, perçoivent en moyenne un salaire significativement plus bas que les personnes fortement restreintes en raison de leur état de santé mais n'ayant pas accès à une rente. Elle met en avant par ailleurs ses nombreuses limitations fonctionnelles, son âge au moment de la décision, son absence d'expérience dans un domaine d'activité adapté à ses problèmes de santé, ainsi que son absence prolongée du marché du travail. En réplique, la recourante a encore soutenu qu'aucun employeur ne serait disposé à l'engager. Cette argumentation doit être rejetée. D'abord, la recourante était âgée de 57 ans au moment de l'expertise (rapport du 26 septembre 2022) – soit le moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible – si bien que la jurisprudence relative aux assurés proches de l'âge de la retraite n'entre pas en ligne de compte (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3 ; TF 9C_195/2019 du 11 juin 2019 consid. 5.3.2 et 9C_638/2018 du 7 février 2019 consid. 4.2). En outre, l'âge n'a en principe pas d'incidence sur le revenu en cas d'application du niveau de compétence 1 de l'ESS (TF

9C_284/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2.3). Quant aux limitations fonctionnelles, elles ont été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail retenue, raison pour laquelle aucune déduction supplémentaire en raison du taux d'occupation ne saurait être admise. Pour ce qui est de l'absence prolongée du marché du travail, la notion de marché du travail équilibré est un concept théorique et abstrait, de sorte qu'une longue absence du marché du travail n'est pas relevante (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b) et ne constitue en effet pas un facteur déterminant pour l'abattement (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa ; TF 9C_892/2012 du 30 avril 2013 consid. 5.4). On mentionnera encore que même dans le cas où un abattement de 10 % avait été retenu, le droit à une demi-rente ne serait quoi qu'il en soit pas ouvert. En effet, un revenu avec invalidité de 29'764

- 35 - fr. 08 (33'071 fr. 20 x 90 %), comparé à un revenu sans invalidité de 55'118 fr. 66 aboutirait à un taux d'invalidité de 46 % [(55'188 fr. 66 - 29'764 fr. 08) / 55'118 fr. 66], donnant droit à un quart de rente (consid. 4b supra). Finalement, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle soutient que les limitations fonctionnelles qu'entraîne son atteinte à la santé, à savoir « pas d'activité menée tôt le matin, pas de déplacement prolongé ou en terrain irrégulier, pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de port de charges répété de plus de 10 kg, pas de position en porte-à-faux du dos et pas de flexion répétée du tronc » rendent illusoire toute recherche d'emploi, y compris sur un marché de l'emploi réputé équilibré. A la lumière des activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services (ESS 2019, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1), un nombre suffisant d'entre elles correspondent aux compétences de l'intéressée et à ses limitations fonctionnelles. Une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie donc pas pour tenir compte des circonstances liées au handicap. En effet, un abattement n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 3.2.4 et la référence), ce qui n'est pas le cas de la recourante. En outre, l'absence de formation et d'expérience ne joue pas de rôle lorsque le revenu est déterminé, comme en l'espèce, en référence à une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (TF 8C_559/2022 du 21 mars 2023 consid. 4.2.3 ; 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et la référence citée). La recourante se réfère encore à l'art. 26bis al. 3 RAI, modifié le 18 octobre 2023 avec effet au 1er janvier 2024 (RO 2923 635), qui fonderait selon elle un abattement supplémentaire sur le revenu statistique avec invalidité. Or les dispositions transitoires relatives à cette modification du RAI prévoient en particulier que pour les rentes partielles en cours à l'entrée en vigueur de la modification, pour lesquelles le revenu

- 36 - avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20 %, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la modification. Ainsi, il appartiendra le cas échéant à l'OAI de procéder à la révision de la rente, de sorte que la Cour de céans ne saurait se saisir de cette problématique en première instance. 9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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 en principe à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG). d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa

charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

- 37 -

E. 10

février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 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 asséculo-logique. 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). 7. a) En l'espèce, reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comportant un volet de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie, qui a été confiée aux experts de la Clinique C._____. L'OAI a estimé, sur la base du rapport d'expertise du 26 septembre 2022, ainsi que des avis du SMR des 28 novembre 2022 et 3 avril 2023, que la recourante présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de nettoyeuse et de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis le 1er février 2010. De son côté, la recourante estime que l'appréciation de la capacité de travail résiduelle ne tient pas suffisamment compte de sa situation. A cet égard, elle remet en cause le rapport d'expertise de la

- 26 - Clinique C._____ au motif que les experts n'ont pas suffisamment pris en compte leurs propres diagnostics par rapport à ses limitations fonctionnelles. La recourante allègue en effet une péjoration de son état survenue en 2020 (augmentation des arthralgies, nouveaux diagnostics en médecine interne, obésité, syndrome des apnées du sommeil avec somnolence diurne et fatigue), estimant que cela entraîne « forcément une répercussion » sur sa capacité de travail et voyant une incohérence dans le fait que les experts mentionnent ces aggravations mais écrivent ensuite que la situation est restée la même, sans motiver leur position. b) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 26 septembre 2022 satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur de tels documents. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré la recourante et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus. Les experts ont établi un rapport de synthèse dans lequel ils ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Ils ont fondé leur appréciation sur son dossier médical transmis par l'OAI. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes de la recourante, qu'ils ont soigneusement listées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives.

Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. c) Sur le plan psychiatrique, le Dr G. _____ n'a retenu aucun diagnostic, mentionnant un antécédent d'épisode dépressif sévère dans le passé – vers 1990 – ayant nécessité une hospitalisation en milieu spécialisé mais pour lequel l'évolution avait été favorable et ajoutait qu'actuellement, les quelques symptômes décrits dans son rapport ne constituaient pas une psychopathologie établie. Selon l'expert, il n'existait ainsi

actuellement aucune psychopathologie relevant d'une atteinte à la santé psychique, malgré un certain degré de surcharge et d'appréhension concernant une perception de l'assurée de dégradation de sa santé physique. En conséquence, aucune limitation fonctionnelle d'ordre - 27 - psychique n'était retenue (cf. rapport d'expertise de la Clinique C. _____ du 26 septembre 2022, p. 18 et 20). La recourante ne conteste pas cette appréciation, tandis que l'on ne dispose d'aucun élément médical de nature à la mettre en doute. On peut donc confirmer l'évaluation communiquée par le Dr G. _____. d) Sur le plan somatique, les Drs U. _____ et K. _____ ont retenu les diagnostics relevant de la médecine interne générale d'obésité de grade II selon l'OMS (BMI 36kg/m²) (E66.9), d'hypertension artérielle traitée (I10), de NASH (stéato-hépatite non alcoolique) (K76.0) d'origine métabolique, Metavir F2 confirmé par biopsie hépatique de novembre 2020, de tumeur neuro-endocrine non sécrétante du pancréas (C25.9) découverte fortuitement en 2021 et pour laquelle l'étude histologique est non concluante en l'absence d'arguments cliniques et paracliniques pour une hypersécrétion hormonale permettant d'écarter un insulinome, un VIPome ou une glucagonome, de syndrome d'apnée du sommeil de type obstructive de degré modéré à sévère (G47.3), de rhino-sinusite chronique anamnétique (J32.9) et d'intertrigo sous mammaire bilatéral (L30.4). Les diagnostics du point de vue rhumatologique étaient une polyarthrite séronégative, probablement de type rhumatisme psoriasique actuellement sans signe d'activité clinique, résistant aux différentes prises en charge au [...] avec une augmentation des arthralgies et des lésions cutanées et unguéales de psoriasis après l'arrêt des traitements de fond et des biothérapies, des lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) avec pygalgies et pseudosciatalgies dans un contexte de discopathies banales et tendinobursite trochantérienne prédominant à gauche ayant déjà fait l'objet de nombreux gestes infiltratifs locaux, ainsi qu'une gonarthrose bilatérale. Les expertes somaticiennes ont justifié leur évaluation médicale du cas particulier en ces termes (cf. ibidem, p. 16-20) : « 6.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assurée [...] [...] La période de 2020 à 2021 est en outre marquée par les éléments suivants au plan internistique : la prise en charge de l'obésité parallèlement à un suivi diététique, interrompu fin 2021

- 28 - l'assurée ne répondant plus aux critères pour le remboursement par la caisse maladie, au prix d'une reprise pondérale. Actuellement le BMI à 36 kg/m² classe l'obésité de grade II selon l'OMS. Celle-ci n'est pas associée à un diabète ni une dyslipidémie. Comme autre facteur de risque cardio-vasculaire l'assurée est suivie pour une hypertension artérielle traitée. Concernant la stéatose hépatique non alcoolique, celle-ci est à prédominance d'origine métabolique et s'intègre dans le contexte de l'obésité. Elle est documentée depuis au moins 2007, avec une augmentation des valeurs des enzymes hépatiques enregistrée en lien avec les médicaments de la polyarthrite dont le Leflunomide, avec à son arrêt une nette amélioration. La biopsie hépatique de novembre 2020 considère la stéato-hépatite comme légèrement fibrosante avec un score Metavir F2. On retient également la découverte fortuite sur l'imagerie d'une lésion hypervasculaire de la queue du pancréas correspondant à une

tumeur neuro-endocrine non fonctionnelle. A relever la découverte à l'ultrason de novembre 2021 de trois nodules thyroïdiens non suspects. Le bilan para-clinique montre une fonction normale de la thyroïde. L'assurée présente également un syndrome d'apnée du sommeil positionnel diagnostiqué en juin 2021 pour lequel il lui a été proposé une C-pap. Spontanément, l'assurée n'évoque pas cette problématique. On apprend qu'elle a renoncé à l'appareillage. À cela s'ajoute également un status post annexectomie bilatérale pour suspicion d'une tumeur borderline de l'ovaire droit en juin 2021 qui finalement n'a pas été confirmée histologiquement. Au total on peut admettre que postérieurement à la décision de l'AI, l'assurée a présenté d'autres problèmes de santé dont certains de découverte fortuite mais qui n'ont pas de critères de gravité ni d'évolutivité ou de quelconque impact fonctionnel, ne nécessitant qu'une surveillance clinico-radiologique et biologique à intervalles réguliers par les spécialistes référents du [...]. L'assurée admet d'ailleurs bien que c'est la problématique douloureuse qui est au premier plan dans son incapacité à rejoindre le monde du travail. Elle est ainsi régulièrement suivie en rhumatologie et en médecine physique au [...] pour une problématique de rhumatisme inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde séronégative versus arthrite psoriasique) intriquée avec des troubles dégénératifs de l'appareil locomoteur, comportant une gonarthrose bilatérale et des lombalgies chroniques. Une IRM du rachis a permis d'écarter tout signe inflammatoire pelvi-spondylien pouvant être compatible avec une spondylo-arthrite. Un syndrome douloureux chronique a aussi dans ce contexte de douleurs diffuses été suspecté par les différents médecins spécialistes. Le psoriasis a été confirmé par les dermatologues du [...], avec des lésions cutanées et unguéales augmentées à l'arrêt des traitements de fond et biothérapies pour les motifs énoncés ci-dessus. L'assurée rapporte que c'était le méthotrexate qui était la molécule ayant permis une certaine efficacité sur les douleurs articulaires. Lors de la dernière évaluation du [...], il a été décidé de ne reprendre de traitement de l'arthrite qu'en cas de signes inflammatoires avérés sur une IRM des mains. Pour l'heure, l'assurée reste sans traitement de fond et se satisfait uniquement de la prise d'antalgiques et AINS à la demande. [...]

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