

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Maxime Darbellay,
avocat, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 16 et 17 LPGA ; at. 28 aLAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, mariée et mère de deux filles désormais adultes, a exercé l'activité de livreuse de repas à domicile auprès de l'Association A._____ à 50 % depuis octobre 2005.

Elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton _____ de _____ Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 15 septembre 2010, exposant souffrir d'une dépression responsable d'une incapacité totale de travail dès le 28 juin 2010.

Par décision du 16 mars 2011, l'OAI a rejeté cette demande, faute d'atteinte à la santé invalidante, dans la mesure où l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail et repris son activité habituelle dès le 4 octobre 2010.

B. B._____ a formulé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 31 mai 2013, indiquant être atteinte de fibromyalgie et de douleurs diffuses. Elle était en incapacité totale de travail depuis le 19 novembre 2012. Elle précisait avoir été engagée à 50 % par l'Association A._____ en tant qu'auxiliaire de santé, après avoir achevé une formation en cours d'emploi et obtenu le certificat corrélatif.

Invitée à rendre plausible une modification de son état de santé depuis la décision du 16 mars 2011, l'assurée a sollicité un rapport auprès _____ de _____ la Dre D._____, médecin généraliste. Celle-ci a relaté, les 14 juin et 3 décembre 2013, l'apparition d'une importante symptomatologie douloureuse, pour laquelle un diagnostic de fibromyalgie avait été posé à la consultation du Dr C._____, spécialiste en rhumatologie (cf. rapport du 10 janvier 2013). Une problématique neurologique avait été exclue par le Dr F._____, spécialiste en neurologie (cf. rapport du 6 décembre

2012). L'assurée présentait également un trouble dépressif, pour le traitement duquel elle était suivie par la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. La capacité de travail était nulle depuis le 19 novembre 2012, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, alors que l'assurée n'arrivait pas à gérer son quotidien.

L'OAI a requis un rapport auprès de la Dre G._____, qui l'a complété le 3 février 2014. Elle retenait les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, et de personnalité anankastique. L'assurée bénéficiait d'un traitement psychiatrique intégré. L'humeur s'améliorait avec la diminution de l'anxiété et des crises d'angoisse. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, tandis que, théoriquement, un « autre travail sans charge, à temps partiel » était envisageable.

Le contrat de travail de l'assurée a été résilié par l'Association A._____ avec effet au 30 novembre 2014.

Dans l'intervalle, sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, le 27 mars 2014. Le mandat a été confié au Centre d'expertises médicales H._____ le 29 avril 2015, où l'assurée a été examinée par les Drs J._____, spécialiste en médecine interne, K._____, spécialiste en rhumatologie, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont communiqué leur rapport le 1^{er} octobre 2015, ne retenant aucun diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de l'assurée. Les diagnostics d'anxiété généralisée, existant depuis toujours, de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de cure d'un kyste du poignet droit avec greffe osseuse sur fracture du poignet droit, d'arthrodèse des pouces des pieds des deux côtés pour déformation congénitale, d'obésité, d'hypertension artérielle limite, de lipomes du cuir chevelu et de fibrome utérin étaient sans incidence sur dite capacité. La capacité de travail était donc entière dans toutes activités, sans baisse de rendement ; seules des incapacités

de travail passagères pouvaient être retenues en raison des épisodes dépressifs survenus en 2001 et 2010.

Fondé sur ces éléments, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations le 3 mai 2016, retenant que la situation n'avait pas évolué depuis sa précédente décision du 16 mars 2011, l'assurée demeurant dotée d'une capacité de travail entière dans toutes activités. Cette décision est entrée en force.

C. B._____ a complété une troisième de prestations à l'attention de l'OAI le 10 avril 2018, alléguant une incapacité totale de travail dès le 30 septembre 2017, au motif d'une spondylarthrite ankylosante diagnostiquée en octobre 2017. A la demande de l'OAI, l'assurée a fait parvenir un rapport établi le 23 avril 2018 par la Dre N._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Cette dernière, assumant le suivi de l'assurée depuis septembre 2017, indiquait que la situation s'était aggravée depuis « probablement trois ans ». Sa patiente présentait des douleurs de la nuque et la région dorsale, du bassin, des lombaires, des périhanches et du coccyx. Elle observait également des douleurs périphériques, des mains, des doigts, des pieds, des talons et des bras. Le pronostic était celui d'un rhumatisme inflammatoire, conditionné par la réponse au traitement instauré.

Aux termes d'un questionnaire complété le 3 avril 2019, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative d'aide-soignante à 80 % depuis le début d'apprentissage de ses filles en 2014, pour des raisons financières.

Sur questions du SMR, la Dre N._____ a signalé, le 28 juillet 2019, que l'assurée présentait une spondylarthropathie inflammatoire axiale et périphérique (HLA-B27 négatif). Elle avait bénéficié d'un bypass gastrique en avril 2019, ce qui lui avait permis de perdre une vingtaine de kilos. Les douleurs du rachis, du bassin, des doigts et des poignets avaient récidivé deux semaines après l'intervention chirurgicale. La capacité de travail demeurait nulle dans toutes activités. Les limitations

fonctionnelles avaient trait au rachis (port de charges supérieures à 5 kg, mouvements en flexion antérieure ou rotation, en porte-à-faux, station assise ou debout prolongée), aux membres supérieurs (bras au-dessus de l'horizontale et gestes répétitifs) et aux membres inférieurs (accroupissement, escaliers, marche sur de longues distances). Etant donné le bypass, l'assurée ne pouvait plus recourir aux anti-inflammatoires non stéroïdiens pour pallier les douleurs. Etaient joints des rapports d'imagerie, datés de 2014, 2017 et 2018, lesquels mettaient en évidence une arthrose fémoro-patellaire avec œdème sous-chondral de la partie supérieure de la rotule et avec probable déchirure de la corne postérieure du ménisque interne (2014), ainsi qu'un trouble dégénératif disco-vertébral cervical, une altération des articulations sacro-iliaques des deux côtés « évoquant plutôt une pathologie dégénérative qu'une pathologie inflammatoire » (2017). Les lésions dégénératives au niveau cervical lombaire et de la portion antérieure des sacro-iliaques « sans évidence de lésion suspecte spécifique d'une spondylarthrite ankylosante » persistaient en 2018 (cf. rapport du Prof. M._____, spécialiste en radiologie, du 26 septembre 2018).

Par complément du 3 mars 2020, la Dre N._____ a fait part d'une évolution défavorable de l'état de santé de sa patiente, laquelle présentait une importante fatigabilité, des lombopygalgies et une raideur matinale. L'assurée relatait des douleurs lombo-fessières, des phalanges des doigts, des épaules et de la nuque. Des douleurs aux pieds et des talalgies avaient été investiguées par une radiographie, qui avait objectivé une enthésopathie calcifiée et ossifiée de l'enthèse terminale du tendon d'Achille. La capacité de travail demeurait nulle. L'assurée était impactée dans ses activités quotidiennes (ménage et activités sociales).

Le SMR a considéré, dans un avis du 11 mars 2020, que les douleurs alléguées par l'assurée et la symptomatologie rapportée par la Dre N._____ étaient superposables aux observations ressortant de l'expertise du H._____ du 1^{er} octobre 2015. Il n'y avait par ailleurs aucun argument pour retenir le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. L'état

de santé était par conséquent inchangé depuis la précédente décision de l'OAI.

Par projet de décision du 31 mars 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

L'assurée a contesté ce projet de décision par correspondance du 14 avril 2020, rappelant ses importantes douleurs et son impossibilité à conserver son emploi d'auxiliaire de santé. Par complément du 31 juillet 2020, elle s'est prévalué d'un nouveau rapport de la Dre N._____ du 29 juillet 2020, laquelle réitérait le diagnostic de spondylarthropathie axiale et périphérique (HLA-B27 négatif), accompagné de troubles dépressifs réactionnels récurrents. Elle relevait que son diagnostic principal résultait d'examens exhaustifs et d'une anamnèse fouillée. La spondylarthropathie était donc confirmée aussi bien par l'anamnèse, que par les plaintes alléguées par sa patiente, de même que par les examens cliniques et radiologiques. La situation était dégradée depuis la décision de l'OAI du 3 mai 2016. La capacité de travail était nulle dans toutes activités, au vu du caractère invalidant des limitations fonctionnelles de l'assurée. La Dre N._____ soulignait également la fragilité psychique de sa patiente. L'assurée relevait pour sa part que ses journées étaient rythmées par les poussées douloureuses, lesquelles imposaient plus de temps pour effectuer toutes les activités basiques du quotidien.

Le 14 septembre 2020, le SMR a suggéré de diligenter une nouvelle expertise pluridisciplinaire de l'assurée.

L'OAI a délivré le mandat au Centre d'expertises médicales P._____SA, par communication du 9 novembre 2020. Les Drs R._____, spécialiste en médecine interne, S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T._____, spécialiste en rhumatologie, ont procédé à leurs examens respectifs et à une évaluation consensuelle du cas avant de communiquer leur rapport, rédigé le 9 février 2021. Les experts ont retenu les diagnostics incapacitants de douleur de l'épaule gauche sur

arthropathie acromio-claviculaire sur tendinite du supra épineux avec syndrome sous-acromial, de cervicalgie sans irradiation sur trouble dégénératif, de lombalgie sans irradiation sur trouble dégénératif, de douleur en extension du poignet droit après ablation d'un kyste, fracture et greffe osseuse, et de douleur des deux gros orteils après chirurgie pour hallux valgus. Au titre de diagnostics sans impact sur la capacité de travail, étaient mentionnés une fibromyalgie, une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit avec atteinte fémoro-patellaire sans douleur spontanée et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Les limitations fonctionnelles, d'ordre exclusivement rhumatologique, impliquaient l'absence d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, de porte-à-faux du buste, de port de charge proche du corps excédant 10 kg, d'effort du membre supérieur droit, de position du bras au-delà de la ligne des épaules, d'effort du poignet en extension et de mise sur la pointe des pieds. L'assurée n'était plus en mesure d'exercer une activité de livreuse de repas ou d'aide-soignante depuis le 30 septembre 2017. Elle demeurait en revanche dotée d'une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées.

Le SMR a fait siennes les conclusions des experts du P. _____ SA, dans un avis du 8 mars 2021, concédant une aggravation de la situation rhumatologique depuis le 30 septembre 2017. Il était admis que l'assurée n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle, tandis que sa capacité de travail était préservée dans une activité adaptée.

Par décision 9 mars 2021, accompagnée d'une correspondance explicative à l'assurée, l'OAI a communiqué les conclusions expertales et indiqué que la comparaison des revenus sans et avec invalidité conduisait à un degré d'invalidité de 15,9 %, lequel n'ouvrait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI maintenait donc le projet de décision du 31 mars 2020 dans son résultat.

D. B._____, assistée de Me Maxime Darbellay, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 23 avril 2021. Elle a conclu principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité « dès le 30 septembre 2017 », ainsi que de toutes autres prestations entrant en ligne de compte. A titre subsidiaire, elle a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Elle a fait grief à ce dernier d'avoir accordé pleine valeur probante au rapport d'expertise du P._____SA, en particulier sur le plan rhumatologique, estimant que les rapports de la Dre N._____SA avaient exposé de manière convaincante les motifs à la base du diagnostic de spondylarthrite et ses conséquences fonctionnelles. Selon l'assurée, l'OAI aurait dû procéder à une nouvelle expertise ou, à tout le moins, solliciter des explications spécifiques du Dr T._____SA eu égard aux considérations _____ de _____ la Dre N._____SA. Par ailleurs, l'assurée a fait valoir que l'évaluation de l'invalidité opérée par l'OAI ne tenait pas compte des réalités du marché du travail et des contraintes imposées par ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, l'OAI avait, à son avis, violé son devoir de motivation, en ne détaillant pas les postes de travail qui lui étaient accessibles, sans examiner l'opportunité de mesures professionnelles.

L'OAI a répondu au recours le 26 mai 2021 et conclu à son rejet. Sur le plan médical, il s'est référé à un nouvel avis du SMR du 18 mai 2021, lequel soulignait que l'assurée n'avait fait état d'aucun élément nouveau qui justifierait de s'écarter de l'appréciation des experts du P._____SA. Quant à l'évaluation de l'invalidité, il s'est référé à la jurisprudence fédérale rendue en la matière. Il a, au surplus, souligné avoir satisfait à son obligation de motivation, dans la mesure où il avait mentionné les domaines d'activités accessibles à l'assurée en dépit de ses problèmes de santé. Le droit à des mesures professionnelles était nié, sans qu'il se soit avéré nécessaire de s'étendre particulièrement sur ces prestations.

Par réplique du 3 août 2021, l'assurée a maintenu ses conclusions. Elle a relevé que les rapports de la Dre N._____SA attestaient

d'une aggravation manifeste de son état de santé depuis la décision du 3 mai 2016. Par ailleurs, un rapport de la Dre N. _____ du 29 juin 2021 et un rapport de scintigraphie osseuse et spect-ct du corps entier de la Clinique O. _____ du 12 juillet 2021, produits en en annexe, venaient, à son avis, confirmer le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Eu égard à l'évaluation de l'invalidité, l'assurée a estimé que la jurisprudence citée par l'OAI ne s'appliquait pas à son cas. Elle a persisté à invoquer le caractère irréaliste des possibilités de travail envisagées par l'OAI, se prévalant de la jurisprudence fédérale rendue en lien avec les cas d'assurés proches de la retraite. A son avis, ses importantes limitations fonctionnelles rendaient tout engagement illusoire. Enfin, l'abattement de 10 % effectué par l'OAI sur le revenu d'invalidité lui apparaissait insuffisant, au vu de sa situation médicale et personnelle.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1, let. a, LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93, let. a, LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 23 avril 2021 contre la décision de l'intimé du 9 mars 2021 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et son degré d'invalidité, à la suite de sa troisième requête auprès de l'intimé.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

c) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

5. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201)).

b) Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher

l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte 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 l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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

8. a) En l'espèce, la précédente décision rendue par l'intimé le 3 mai 2016 reposait sur les conclusions médicales communiquées par le H._____ aux termes du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} octobre 2015. Les experts avaient fait part de leur évaluation consensuelle comme suit (cf. rapport précité, p. 16 et 17) :

« [...] *Situation actuelle et conclusions*

Sur le plan de la médecine interne, Madame B._____ présente une obésité de stade II, vraisemblablement responsable de l'hypertension artérielle constatée lors de l'expertise.
Il n'y a pas de pathologie influençant la capacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, les plaintes de Madame B._____ sont restées inchangées au cours des années concernant des arthralgies, des rachialgies et des myalgies diffuses associées à une fatigue chronique et des troubles du sommeil (se sont péjorées, à ses dires, dès l'automne 2011), ce qui a entraîné une incapacité de travail dans son activité professionnelle d'auxiliaire de santé qu'elle exerçait à 50 % [...].

L'examen du rachis et des articulations périphériques est dans les limites de la norme, hormis un status post-arthrodèse du premier rayon des pieds des deux côtés (correction d'une anomalie congénitale de position des orteils) Le status neurologique est dans les limites de la norme. On relève la présence de 11/18 signes de fibromyalgie typiques associés à une palpation douloureuse des masses musculaires des membres supérieurs et des membres inférieurs des deux côtés.

En l'absence de tout élément anamnestique, clinique ou biologique en faveur d'une étiologie inflammatoire/immunologique/endocrinienne, nous retenons chez Madame B._____ le diagnostic de fibromyalgie.

En conclusion, Madame B. _____ est apte à exercer toute activité professionnelle à 100 % et sans perte de rendement, y compris son ancienne activité professionnelle d'auxiliaire de santé polyvalente.

Sur le plan psychique, Madame B. _____ se plaint d'une symptomatologie dépressive (apparue la première fois en 2001 et s'étant installée depuis 2012, mais de manière légère) et anxieuse. [...].

L'examen psychiatrique montre une femme obèse, légèrement déprimée. Nous ne constatons pas de ralentissement psychomoteur ni de troubles cognitifs. Le contenu de la pensée est fixé sur ses douleurs chroniques et la fatigabilité qui l'empêchent de vivre normalement.

Les dosages plasmatiques du citalopram et de la trazodone montrent des taux légèrement en dessous de l'intervalle de référence. Il serait nécessaire de répéter les dosages pour s'assurer d'une observance thérapeutique optimale

En conclusion, le tableau clinique est compatible avec les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) existant depuis toujours, de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Contrairement à son psychiatre traitant nous ne retenons pas de trouble de personnalité.

D'après ses dires, le syndrome douloureux est apparu dans la même période du décès de son grand-père. L'expertisée vit des tensions dans son couple, son mari tolérant mal qu'elle ne travaille plus. Elle se décrit comme une battante, mais elle est anxieuse depuis toujours. La symptomatologie dépressive actuelle est légère et directement liée au syndrome douloureux, nous estimons qu'actuellement l'humeur dépressive est à mettre sur le compte du syndrome somatoforme. L'assurée estime que la psychothérapie lui fait du bien.

D'après la grille d'examen en cas de troubles somatoformes découlant de l'arrêt du Tribunal Fédéral du 3 juin 2015, nous retiendrons qu'il existe des troubles psychiques, mais qui ne sont pas suffisamment sévères actuellement pour réduire ses ressources internes. Il n'y a pas de trouble de la personnalité entraînant de possibles comportements dysfonctionnels. On relève qu'elle n'a jamais eu de problèmes relationnels au sein des différents postes qu'elle a occupés, elle a réussi à faire face aux divers problèmes de son existence et elle n'a pas de dettes. Elle ne peut pas compter sur le soutien de son mari, avec qui elle a cependant un bon dialogue, mais a tout de même un réseau social soutenant. Ses plaintes sont cohérentes avec la description des activités quotidiennes, l'observance médicamenteuse semble correcte et elle bénéficie d'un suivi psychothérapeutique régulier. On notera aussi qu'elle a bien collaboré avec les trois experts.

En conclusion, nous ne constatons pas de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique, la capacité de travail est complète dans toute activité sans diminution de rendement. [...] »

b) La décision litigieuse a été établie, en tenant compte des conclusions des experts du P. _____ SA, lesquels ont admis une péjoration de la situation sur le plan rhumatologique. Les limitations fonctionnelles de ce registre compromettaient la capacité de travail dans l'activité

habituelle, mais non dans une activité adaptée, depuis le 30 septembre 2017. L'évaluation consensuelle du cas est notamment libellée en ces termes (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 9 février 2021, p. 4) :

« [...] Une IRM [réf. : imagerie par résonance magnétique] lombaire le 13.10.17 montre l'absence totale de spondylarthrite ankylosante, mais l'existence de trouble dégénératif disco-vertébral cervical et lombaire. Une nouvelle IRM lombaire et des sacro-iliaques réalisée le 26.09.18 confirmait l'atteinte dégénérative lombaire sur l'IRM lombaire, montrait que les sacro-iliaques étaient parfaitement normales ou que les signes étaient uniquement dégénératifs, sans aucun signe de spondylarthrite ankylosante. Le bilan biologique était également normal. Néanmoins, le diagnostic de spondylarthrite ankylosante a été posé par sa rhumatologue, et elle a été traitée successivement par Méthotrexate, Enbrel et Simponi, à chaque fois pour des durées extrêmement courtes, dont les arrêts ont été motivés par des réactions aux points de piqûre. De plus, en décembre 2019, des radios des mains et des pieds n'ont montré que des atteintes dégénératives.

Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante peut être donc largement remis en question, devant l'absence totale de signes objectifs. Les critères internationaux ne sont pas respectés, HLA B27 négatif et de plus, tous les traitements qui ont été mis en place se sont révélés totalement inopérants. Il faut plutôt s'orienter vers une fibromyalgie, dont les points se sont révélés positifs et dont l'association avec troubles du sommeil et surtout une fatigue importante peuvent sceller le diagnostic.

L'expertisée présente 13 points de fibromyalgie sur 19. Il existe également une asthénie que l'expertisée met volontiers en avant, associée à des troubles du sommeil. Les signes de sévérité, appréciés par le test SSA (asthénie, somnolence, troubles mnésiques) sont à 6/9 et les signes associés, représentés par le test SSB sont 1/3. La sévérité globale est donc de 7/12. Le retentissement de cette fibromyalgie est donc modéré. Les douleurs présentées par l'expertisée sont extrêmement riches et diffuses, sans spécificités, et les traitements engagés par les différents intervenants se sont toujours soldés par une inefficacité.

Sur le plan de la médecine interne générale, il n'y a aucune atteinte incapacitante. Notons dans ses antécédents l'existence d'une obésité avec réalisation en avril 2019 d'une intervention par bypass avec perte pondérale de 40 kg, et une évolution favorable.

L'expertisée relate une enfance marquée par la sévérité d'un père, ce qui a entraîné une légère atteinte narcissique. La personnalité de l'expertisée est néanmoins très forte, marquée par un certain perfectionnisme, mais sans véritable aspect pathologique. Le décès de son grand-père maternel en 2001 a été difficile. A partir de 2000 sont apparues des douleurs, qui vont se généraliser, entraînant un sentiment d'injustice et de colère, car l'expertisée avait le sentiment de ne pas être entendue et crue. En 2010, elle fera un épisode dépressif d'intensité moyenne, qui sera résolutif, mais elle présentera un nouvel épisode dépressif à partir de 2012, avec une accentuation de l'anxiété de janvier 2017 à octobre 2017, du fait d'une accentuation de la douleur et d'éléments anxieux. Depuis octobre 2017, il est noté une amélioration progressive de son état

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

9. a) Du point de vue de la médecine générale, l'experte du P. _____ SA, la Dre R. _____, a rappelé que la recourante avait présenté une obésité. Tel n'était plus le cas, étant donné une perte pondérale de 40 kg à la suite d'une intervention par bypass en avril 2019. L'évolution était donc favorable, en l'absence de la plainte de la recourante à cet égard. La capacité de travail était par conséquent entièrement préservée (cf. rapport d'expertise de médecine générale, Annexe 2 du rapport du P. _____ SA du 9 février 2021, p. 23).

b) Il n'y a pas lieu de douter des conclusions du P. _____ SA dans ce contexte, la recourante ne produisant aucun élément médical nouveau, ni ne faisant valoir aucun grief à l'égard de l'évaluation de médecine interne générale.

10. a) Il en va de même sur le plan psychiatrique, investigué spécifiquement par le Dr S. _____, pour le compte du P. _____ SA. Ce spécialiste a retenu un trouble dépressif récurrent en rémission, rapportant les éléments suivants (cf. rapport d'expertise psychiatrique, Annexe 3 du rapport du P. _____ SA du 9 février 2021, p. 30) :

« [...] Nous retenons un trouble dépressif récurrent : existence de plusieurs épisodes dépressifs, dont un en 2001, probablement en rapport avec le décès de son grand-père maternel qui était très important à ses yeux mais il nous est difficile de dire s'il s'agissait d'un épisode dépressif avéré. En revanche, l'épisode de 2010 ne laisse aucun doute, l'épisode dépressif était d'intensité moyenne, malgré l'existence d'idées suicidaires - il n'y a pas eu de scénarisation précise ni aucune intention de passage à l'acte. Il n'y a pas eu d'éléments psychotiques associés ni de sentiment majeur de culpabilité. Cet épisode s'est résolu de manière complète mais à partir de 2012, on note la réapparition d'un épisode dépressif, qui a duré jusqu'en octobre 2017, date de fin de son activité professionnelle. Depuis, nous ne notons pas d'éléments en faveur d'un épisode dépressif puisque l'expertisée ne présente pas de manque d'intérêt, de ralentissement psychomoteur, de tristesse d'humeur ni d'idées suicidaires. L'épisode actuel est donc en rémission.

Nous ne retenons pas d'anxiété généralisée, car malgré l'existence d'une pesanteur gastrique, il n'est pas noté de sensation de mort imminente, de dépersonnalisation, de manifestations neurovégétatives. De janvier à octobre 2017, surtout au moment de

la reprise de l'activité professionnelle, on a pu observer une accentuation de l'anxiété. Il est noté dans le rapport d'expertise du 15.06.2015 l'existence d'un épisode anxieux avec une appréhension à sortir. Cet élément ne peut être retenu comme une véritable agoraphobie car actuellement l'expertisée peut sortir seule de chez elle sans aucune difficulté. Nous ne retenons pas de trouble panique : pas de crises d'angoisse aiguës accompagnées de manifestations neurovégétatives.

Nous ne retenons pas de trouble somatoforme : pas de douleurs inexpliquées. Pas de douleurs prégnantes, évidentes, pas d'exagération de la douleur.

La personnalité de l'expertisée ne peut être retenue comme anankastique, et nous sommes encore en accord avec l'expertise du 15.06.2015 qui ne reconnaît pas ce trouble de personnalité. Certes, il existe un certain perfectionnisme, mais celui-ci n'entrave pas l'achèvement des tâches. Il n'existe pas de véritable scrupule, pas de véritable rituel ni de comptage, ce qui élimine un trouble obsessionnel compulsif associé.

La personnalité de l'expertisée ne peut être considérée comme pathologique. Nous ne pouvons parler de trouble de personnalité paranoïaque : pas d'hypertrophie du moi, de tendance procédurière, de méfiance excessive. Nous ne retenons pas de personnalité dépendante, ou évitante, puisqu'il n'existe pas de crainte excessive de la critique, de tendance à la fuite, ou de difficultés à prendre des décisions importantes.

Nous ne retenons pas de trouble de personnalité émotionnellement labile, puisque l'expertisée ne présente pas de relation instable, de tendance explosive. L'expertisée a tendance à être perfectionniste mais cela s'explique par le fait que dans son enfance, elle a été victime de nombreuses critiques de la part de son père et qu'elle a voulu être par la suite irréprochable. Nous ne pouvons donc parler de véritable personnalité obsessionnelle.

Nous ne retenons pas d'abus nocifs en alcool, ou de dépendance en produits toxiques, car le taux de CDT est à 0,8%. Par ailleurs, la recherche de toxiques dans les urines est négative.

Nous retenons un antécédent d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques. Il existe en effet une obésité consécutive à des douleurs et à des événements stressants comme des deuils. Il n'existe pas actuellement d'hyperphagie.

Nous sommes en accord avec le rapport du 03.02.2014 de la Dre G. _____ lorsqu'elle évoque un trouble dépressif récurrent et nous avons évoqué les raisons pour lesquelles nous ne retenons pas un trouble de personnalité anankastique. Nous sommes aussi d'accord avec le rapport d'expertise du H. _____ en date du 15.06.2015. Le récit biographique est tout à fait identique. Nous sommes en accord avec l'absence de trouble de personnalité. En revanche, nous ne retenons pas le diagnostic d'anxiété généralisée et nous avons expliqué pourquoi. [...] »

L'expert a par ailleurs relevé qu'un traitement antidépresseur ne se justifiait pas en l'état. Il pourrait être réintroduit, de même que le suivi psychothérapeutique, en cas de survenance d'un nouvel épisode dépressif. Au surplus, la recourante était, à son avis, dotée de ressources

personnelles (adaptabilité, confiance en soi et persévérance) et d'un entourage familial soutenant (cf. ibidem, p. 31).

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

11. a) Le volet rhumatologique, analysé au sein du P. _____ SA par _____ le Dr T. _____, est en revanche l'objet principal des griefs de la recourante, appuyée par sa rhumatologue traitante, la N. _____. Le Dr T. _____ a justifié sa position diagnostique notamment comme suit (cf. rapport d'expertise rhumatologique, Annexe 1 du rapport d'expertise du P. _____ SA du 9 février 2021, p. 14 et 15) :

« [...] Il s'agit d'une expertisée qui présente des douleurs diffuses depuis de très nombreuses [années], associées à une asthénie importante qui est souvent mise en avant.

La pathologie actuelle de l'expertisée ne répond pas aux critères internationaux pour une spondylarthropathie. Que ce soient les critères de New York 1984, les critères de spondylarthrite d'Amor, les critères de l'ESSG ou les critères de l'ASAS. Il n'a pas été constaté d'augmentation de volume des articulations. Il n'y a pas non plus de limitation importante de la mobilité lombaire puisque la distance main-sol est à 12 cm et le test de Schober à + 4 cm et que l'ampliation thoracique est également à + 4 cm. Les douleurs nocturnes sont présentes, uniquement aux changements de position et le dérouillage matinal est entre 10 et 20 minutes ce qui est court pour une spondylarthrite. Les IRM lombaire ou des sacro-iliaques n'ont pas montré de signes d'inflammation à ce niveau. Il n'y a pas non plus de synovite clinique ou d'atteinte sur les radios des mains. L'expertisée est HLA B 27 négatif.

Je me permets de préciser que le test de BASDAI ou de BASFI ne sont pas des tests diagnostiques mais des tests d'évolutivité. Ils

peuvent être utilisés pour toutes pathologies rachidiennes, y compris mécaniques.

[...] Les douleurs présentées par l'expertisée sont extrêmement riches et diffuses, sans spécificités, et les traitements engagés par les différents intervenants se sont toujours soldés par une inefficacité.

Il est nécessaire de patienter pour apprécier l'efficacité de l'infiltration de l'épaule droite que l'expertisée vient de recevoir la veille de cette expertise.

Il n'y a pas de traitement spécifique de la fibromyalgie. On peut lui proposer une physiothérapie, préférentiellement en piscine, qui permettra également de traiter les atteintes dégénératives rachidiennes. On peut lui proposer des antidouleurs comme les antidépresseurs tricycliques, la Gabapentine, le Pregabaline et enfin une neurostimulation transcutanée type TENS.

Il n'y a pas de traitement à lui proposer pour son poignet droit et ses gros orteils.

[...]

Il existe une cohérence entre les constatations objectives cliniques et les constatations objectives radiologiques. L'incohérence vient de l'importance des plaintes, extrêmement diffuses, et de l'examen clinique qui est plutôt rassurant mais également des capacités de l'expertisée dans la vie quotidienne qui sont importantes. Finalement les plaintes sont à 6/10, alors que l'expertisée ne prend plus de traitement spécifique de la spondylarthrite. [...] »

b) De son côté, la Dre N. _____ a maintenu le diagnostic de spondylarthropathie inflammatoire et s'est exprimée en ces termes dans un rapport au mandataire de la recourante du 29 juin 2021 :

« [...] 1. Je suis Madame B. _____ depuis le 27.09.2017 pour une spondylarthropathie inflammatoire.

2. J'ai effectivement constaté une aggravation de son état de santé depuis 2016 avec une accentuation importante des douleurs qu'elle présente au niveau de diverses enthèses, acutisation de son asthénie en raison de mauvaises nuits liées à la rythmicité inflammatoire de la symptomatologie algique. D'importantes douleurs de l'épaule gauche, apparues dès 2019 ont été évaluées par une IRM objectivant une arthropathie acromio-claviculaire avec synovite, bursite, conflit sous-acromio-deltaïdien en présence d'une enthésopathie calcifiée sur l'insertion distale du supra-épineux et d'une tendinopathie du long chef du biceps et du sous-scapulaire.

La multiplicité des sites algiques fait que j'ai proposé à Madame B. _____ la réalisation prochaine d'un examen couplant une scintigraphie osseuse avec un spect-CT qui nous permettra d'objectiver précisément la situation actuelle.

3. A mon sens actuellement, il n'existe pas de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée [...] ».

L'examen préconisé par la Dre N. _____ a eu lieu le 12 juillet 2021. Le rapport de la Clinique O. _____ du même jour conclut à une atteinte inflammatoire de l'articulation sacro-iliaque droite, une

enthésite du tendon d'Achille droit, une hypercaptation des processus épineux de l'ensemble du rachis dorsal et lombaire associée à une atteinte du rachis dorsal inférieur, ainsi qu'à l'absence de signe positif scintigraphique pour une atteinte des mains [ou] du rachis cervical.

c) Indépendamment de la querelle diagnostique sur le caractère avéré ou non d'une spondylarthropathie inflammatoire, on observe que les limitations fonctionnelles retenues par les Drs T. _____ et N. _____ sont relativement proches. Le Dr T. _____ a préconisé de respecter les limitations fonctionnelles suivantes (cf. rapport d'expertise rhumatologique, Annexe 1 du rapport d'expertise du P. _____ SA du 9 février 2021, p. 15 et 16) :

« Limitations fonctionnelles : Pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 10 kg. Pas de position à genoux accroupie maintenue. Pas d'efforts du membre supérieur droit, pas de position du bras au-delà de la ligne des épaules. Pas d'effort du poignet droit en extension. Pas de mise sur la pointe des pieds. »

Quant à la Dre N. _____, elle a retenu les restrictions supplémentaires ci-après dans son rapport du 29 juin 2021 :

« [...] 5. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles également, une réévaluation de la situation actuelle tiendra compte des résultats de l'examen sus-décrit [réd. : scintigraphie osseuse et un spect-CT]. Le port de charges proche du corps limité à 10 kg par l'expert m'apparaît toutefois trop élevé. Il faut y ajouter que la rythmicité inflammatoire et la fatigabilité liées au rhumatisme inflammatoire sont des facteurs limitatifs sur le plan d'une éventuelle activité qui devrait tenir compte également de ce point mais aussi de l'imprévisibilité de l'apparition d'une symptomatologie douloureuse, notamment enthésitique. [...] »

Auparavant, cette même spécialiste avait évoqué les restrictions fonctionnelles de sa patiente dans un rapport du 29 juin 2020, à savoir :

« [...] Activité sous rendement avec stress
Activité nocturne
Activité au froid
Toutes les évictions rachidiennes contraignant l'axe vertébral (posture en flexion antérieure, en porte-à-faux, en hyperextension combinant les rotations)
Posture statique maintenue à la fois assise et debout

Port de charge supérieur à 3 kg
Travail répétitif des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale
Marche sur de longues distances et sur terrain instable
Position accroupie
Travail nécessitant une concentration élevée (ce point pourrait d'ailleurs faire l'objet d'une évaluation neuropsychologique pour objectivation)
Difficultés importantes à monter ou descendre les escaliers.[...] »

d) Il convient manifestement d'écarter les limitations d'ordre psychologique énoncées par la Dre N._____ (activité sous stress ou requérant de la concentration), lesquelles sortent du champ de compétences de cette praticienne. Abstraction faite de ces éléments, on peut déduire des observations des Drs T._____ et N._____ qu'il s'agit de privilégier une activité essentiellement légère et sédentaire, ménageant le rachis et les quatre membres, dénuée de port de lourdes charges. Cette conclusion correspond également aux observations rapportées par la Clinique O._____ le 12 juillet 2021.

e) En définitive, étant donné les limitations fonctionnelles retenues dans le cas de la recourante, on ne voit aucune raison d'exclure l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée, dans la mesure envisagée par le P._____ SA. Il y a donc lieu de concéder, avec l'intimé, que la recourante présente un état de santé péjoré sur le plan rhumatologique, ce qui confirme une modification de la situation au sens entendu par l'art. 17 LPGA. Elle n'est dès lors plus capable d'exercer son activité habituelle, mais demeure dotée d'une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles rhumatologiques, à compter du 30 septembre 2017.

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

(ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

c) S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité

de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2).

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

13. a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

b) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb).

Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la

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

14. En l'espèce, on ne saurait suivre le raisonnement de la recourante qui considère que la jurisprudence fédérale pour les cas d'assurés proches de la retraite serait applicable à son cas. Ainsi que l'a souligné le Tribunal fédéral, cette jurisprudence n'entre en ligne de compte qu'à partir de l'âge de 60 ans environ. La recourante était âgée de 46 ans lorsque le P. _____ SA a déterminé qu'elle disposait d'une capacité résiduelle de travail préservée dans une activité adaptée (dès le 30 septembre 2017). Par ailleurs, on ne voit pas que ses restrictions fonctionnelles impliquant une activité dans un poste léger, tel que décrit par l'intimé (cf. évaluation de l'invalidité du 9 mars 2021), rendraient l'exigibilité inexploitable sur un marché du travail équilibré. On rappellera que la recourante est dotée d'une capacité de travail entière et que lesdites restrictions ont pour but essentiellement de ménager le rachis, ainsi que l'usage des membres supérieurs et inférieurs, ce qui n'exclut manifestement pas des activités administratives ou industrielles légères. L'intimé était donc légitimé à déterminer la perte de gain rencontrée concrètement par la recourante en procédant à une comparaison des revenus conforme aux exigences de l'art. 16 LPGA.

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

adéquat de recourir aux données ressortant de l'ESS pour fixer le revenu déterminant. En l'occurrence, la ligne 86-88 du TA1 tirage_skill_level englobe les activités relatives à la santé humaine et à l'action sociale et correspond par conséquent au domaine de compétences de la recourante. En 2018, la ligne 86-88 du TA1 indique un salaire de référence de 4'860 fr. par mois, part au treizième salaire comprise, pour des femmes présentant un niveau de compétence 1. Ce montant doit être porté à 5'066 fr. par mois compte tenu de la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2018 (cf. Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1), ce qui représente en définitive un revenu annuel déterminant de 60'798 francs.

b) Eu égard au revenu d'invalidé, le montant mis en évidence par l'intimé au moyen du montant total du TA1 de l'ESS, compte tenu de la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures en 2018, ne prête pas flanc à la critique. De même, l'abattement de 10 % tient adéquatement compte de la situation personnelle de la recourante. En dépit de ses limitations fonctionnelles et de son âge, on observe en effet qu'elle est dotée d'une capacité de travail entière et qu'elle a démontré être capable d'adaptation pour se former à une nouvelle activité par le passé. Il n'y a donc pas lieu de remettre en question le montant de 49'213 fr. pris en considération au titre de revenu d'invalidé. On ajoutera que les domaines d'activité mis en évidence par l'intimé apparaissent suffisamment ciblés pour exclure une motivation lacunaire à cet égard.

c) Le degré d'invalidité de la recourante s'élève par conséquent à 19 % ($[60'798 - 49'213 \times 100] / 60'798$), ce qui exclut le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 aLAI).

d) On observe, cela étant, à toutes fins utiles que le statut de la recourante n'a pas fait l'objet d'investigations, ni de griefs particuliers, alors même que celle-ci avait indiqué le 3 avril 2019 que sans atteinte à la santé, elle aurait envisagé une activité à un taux de 80 %. Si son statut devait être considéré comme celui d'une personne mixte (active à 80 %, cf. art. 28a al. 3 LAI : méthode mixte d'évaluation de l'invalidité), son

degré d'invalidité serait de toute façon inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une prestation sous forme de rente. Il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur ce point en l'absence de tout grief.

e) Eu égard enfin aux mesures professionnelles susceptibles d'entrer en ligne de compte (mesure d'aide au placement ; cf. art. 18 LAI), elles apparaissent en l'état dénuées de pertinence, la recourante s'estimant incapable d'exercer une activité lucrative.

16. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 9 mars 2021 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Maxime Darbellay, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :