

## VD\_FINDINFO AI 559/09 - 252/2011 vom 23. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_559\\_09\\_-\\_252\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_559_09_-_252_2011)

FR: VD\_FINDINFO AI 559/09 - 252/2011 du 23 mai 2011

IT: VD\_FINDINFO AI 559/09 - 252/2011 del 23 maggio 2011

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, INCAPACITÉ DE GAIN | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.05.2011 AI 559/09 - 252/2011

RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, INCAPACITÉ DE GAIN | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 559/09 - 252/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2011

Présidence de Mme Di Ferro Demierre Juges : M. Dind et Mme Pasche Greffière : Mme Donoso Moreta \*\*\*\*\* Cause pendante entre : C. \_\_\_\_\_, à Vevey, recourante et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA; 4 et 28 LAI E n f a i t : A. a) C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le 18 octobre 1958, mariée et mère de trois enfants majeurs, ressortissante d'ex-Yougoslavie au bénéfice d'un permis d'établissement, sans formation, a travaillé comme ouvrière à plein temps pour le compte de l'entreprise de cartonnage Q. \_\_\_\_\_ de début 2000 à fin novembre 2007, date à laquelle elle a été licenciée par son employeur, suite à une longue période d'incapacité de travail pour cause de maladie. b) En date du 16 février 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Elle y indiquait se trouver en totale incapacité de travail depuis le 12 mars 2007 pour cause de troubles dorsaux. c) Dans un rapport médical établi le 12 mars 2008 à l'intention de l'OAI, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail de l'assurée, thoracalgie sur probable dysfonction segmentaire (spondylose latérale D4-D5 et D5-D6) existant depuis août 2006, état anxio-dépressif réactionnel depuis mai 2007 et polyarthralgies des mains d'origine indéterminée depuis début 2006. Il a ajouté les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de diabète de type II débutant, existant depuis août 2007, et de lombalgies chroniques sur troubles statiques du rachis, apparues en 2001. Il a attesté une totale incapacité de travail dès le 12 mars 2007 et a émis un pronostic défavorable quant à l'évolution de l'état de santé de sa patiente, estimant que ses affections ne peuvent pas être réduites par des mesures médicales. d) En date du 24 juin 2008, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, ainsi qu'en rhumatologie, a établi un rapport à l'intention de l'OAI, dans lequel il a posé les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée : syndrome polyalgique idiopathique diffus, ténosynovite de De Quervain droit au décourt, cervico-brachialgies sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et importante discopathie

C5-C6 et C6-C7. Il a exposé que l'assurée bénéficiait d'un traitement conservateur sous forme de physiothérapie et de médication. Ce spécialiste a estimé que l'activité professionnelle exercée habituellement n'était plus exigible. Il a toutefois renoncé à se prononcer sur l'exigibilité de la capacité de travail de l'assurée dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements de préhension, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements en porte-à-faux et en antéversion). Dans un second rapport médical non daté, mais établi vraisemblablement au mois d'août 2008, ce même spécialiste a fait également état d'un probable syndrome anxio-dépressif et d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, entraînant une allodynie au moindre effleurement. Il a par ailleurs indiqué qu'au vu du contexte socio-professionnel et de la douleur qui s'étendait sous forme de tache d'huile, il était difficile de se prononcer sur une capacité de travail résiduelle.

B. Suite à un avis du Dr D. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), l'assurée a fait l'objet d'un examen rhumatologique, effectué le 12 septembre 2008 par la Dresse Y. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale au SMR, qui a notamment indiqué ce qui suit dans son rapport du 26 septembre 2008 : « DIAGNOSTICS - avec répercussion sur la capacité de travail · Cervico-scapulo-dorsalgies G dans le cadre d'un léger trouble statique et de discopathies C5-C7 avec uncarthrose, une ancienne maladie de Scheuermann dorsale basse et un syndrome myofacial. (M50.3/M42.0) - sans répercussion sur la capacité de travail · Excès pondéral à la limite de l'obésité (BMI 29,5). · Ebauche d'arthrose des doigts. · Majoration des plaintes. APPRECIATION DU CAS Cette assurée d'origine kosovare présente donc depuis 2006 des douleurs relativement diffuses qui prennent l'omoplate, l'épaule et la partie G para-vertébrale dorsale. Les investigations approfondies mettent en évidence des lésions dégénératives cervicales, notamment une uncarthrose relativement avancée bilatérale, avec rétrécissement du trou de conjugaison C4-C5 G et quelques spondylophytes D6-D7 à D et postérieur avec signes d'une ancienne maladie de Scheuermann. N'étant soulagée par aucune thérapie, l'assurée dépose une demande de rente AI, persuadée qu'elle ne peut plus travailler. Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'une femme de 50 ans, vive et tonique, malgré un aspect un peu fatigué avec les traits tirés. Le status de la médecine interne générale montre un excès pondéral à la limite de l'obésité et une discrète douleur diffuse à la palpation de l'hémi-abdomen G. Sinon le status est dans les limites de la norme. Le status ostéoarticulaire montre un discret trouble de la statique rachidienne, l'assurée a tendance à tenir sa tête légèrement penchée vers la D, probablement pour essayer de décharger le segment cervical le plus touché. La mobilité cervico-dorso-lombaire est cependant bonne, l'inclinaison latérale D provoque des douleurs cervicale[s], tous les autres mouvements dorsolombaires provoquent systématiquement les mêmes douleurs, c'est-à-dire sur la partie postérieure G de l'omoplate jusqu'aux premières lombaires. On mesure une distance doigts-sol de 12 cm (spontanément l'assurée touche facilement le sol), une distance doigts-orteils en position assise de 0 cm, et des indexes de Schober de 30/32 cm, respectivement de 10/13 cm. La musculature cervico-scapulaire G est légèrement contracturée, hautement douloureuse à la palpation, parfois même à l'effleurement. La musculature para-vertébrale dorso-lombaire est bien développée, pas spécifiquement douloureuse et souple. Les articulations sacro-iliaques sont bien mobiles. Il y a des douleurs diffuses à la palpation de toute la partie postérieure G du dos, s'arrêtant à la fin de la cage thoracique. Toutes les grandes articulations périphériques sont bien mobiles d'une façon active et passive. La mobilisation de l'épaule G, l'extension du coude et la flexion de la hanche G provoquent toujours les mêmes douleurs. Les articulations sont cependant calmes, il n'y a pas de signe clinique pour une atteinte de la coiffe des rotateurs,

pour une arthrose ou pour une arthrite. Les genoux sont calmes, les ligaments stables, le signe de Zohlen négatif. Sur le plan fonctionnel, l'assurée arrive à marcher sur les talons et les pointes des pieds, à s'accroupir et à s'agenouiller complètement. Le status neurologique ne montre aucun déficit sensitivo-moteur, les variations de la sensibilité superficielle n'entre pas dans un dermatome et touche surtout le membre inférieur G, ainsi que le thorax. 3/5 signes comportementaux sont présents. Le dossier radiologique est mince, il confirme le trouble de la statique rachidienne et met en évidence une uncarthrose distale modérée, rétrécissant quelque peu le trou de conjugaison C4-C5 à G. Il n'y a pas de CT-scan ou d'IRM à disposition. Au niveau des mains, la situation est rassurante, il n'y a pas de lésions inflammatoires, tout au plus de minimes signes pour une arthrose débutante des doigts. En résumé, cette assurée présente des douleurs cervico-scapulo-dorsales G avec une hyperalgie provoquant des douleurs même à l'effleurement. Ces douleurs peuvent du moins partiellement être expliquées par un trouble statique et dégénératif cervical, ainsi que par un status post ancienne maladie de Scheuermann dorsale. On note lors de l'entretien quand même plusieurs discordances entre les plaintes et handicaps allégués et le comportement spontané. Ainsi, l'assurée souligne à plusieurs reprises que le fait de se pencher vers la G et en avant lui provoque beaucoup de douleurs, elle a cependant posé son sac à main justement du côté G et s'en sert sans difficulté. Quand elle veut nous montrer une douleur, respectivement une enflure au niveau du pied, elle se penche en avant avec un grand bras de levier, sans aucun signe de douleur. Si elle nous décrit que c'est la rotation vers la D qui lui a provoqué des douleurs à son poste de travail, force est de constater qu'elle reste la plupart du temps dans cette même rotation, dressée vers l'interprète. A ce propos il est à noter que le Dr B. \_\_\_\_\_ a fait des observations allant dans la même direction lors de son examen du 16.11.2007 pour la caisse maladie. Il y a cependant effectivement une lésion cervicale objective, qui définit les limitations fonctionnelles contre-indiquant tout travail sollicitant le rachis, ainsi que le port de charges. Il est donc tout à fait crédible que l'ancien travail était trop pénible et n'est plus exigible, mais dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière. Les limitations fonctionnelles Il faut éviter une position statique extrême de la tête, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux. L'assurée ne peut pas travailler à la chaîne ni sur machine vibrante. Le port de charges est limité à 10 kg occasionnellement. » La Dresse Y. \_\_\_\_\_ a ainsi conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'assurée depuis le 12 mars 2007, mais à une capacité de travail entière, avec tout au plus une diminution de rendement de 10% due à la nécessité de changer de temps en temps de position, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès l'automne 2007 au plus tard. C. a) En date du 15 janvier 2009, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision, dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Se basant sur le rapport d'examen de la Dresse Y. \_\_\_\_\_, l'OAI a retenu que, si la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 12 mars 2007 dans l'activité d'ouvrière déployée antérieurement auprès de l'entreprise Q. \_\_\_\_\_, sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de position statique extrême de la tête, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, pas de travail à la chaîne ni sur machine vibrante, port de charge limité à 10 kg occasionnellement), telles des activités industrielles légères, était totale depuis septembre 2007, avec une diminution de rendement de 10%. L'assurée n'ayant pas repris d'activité professionnelle, son revenu d'invalidité a été estimé par référence aux données statistiques, telles que résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS). En l'occurrence, le salaire de référence retenu par l'OAI est celui auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives

dans le secteur privé (production et services) en 2006, soit 4'019 fr. par mois, part du 13 e salaire comprise. Après adaptation de ce chiffre à l'horaire de travail moyen usuel dans les entreprises en 2006 (41,8 heures, alors que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures) et à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 1.4% et + 2.07%), un revenu annuel de 52'161 fr. 69 a été obtenu, sur lequel l'OAI a opéré un abattement de 20%, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et de la diminution de rendement de l'assurée. Le revenu annuel d'invalidé s'élevait ainsi en définitive à 42'250 fr. 96. La comparaison de ce revenu avec le revenu de 40'383 fr. 85 que l'assurée percevrait en 2008, d'après son ancien employeur, sans atteinte à la santé, n'aboutissant à aucune perte de gain et donc à un degré d'invalidité nul, la demande de rente était rejetée. Un droit à une aide au placement était toutefois ouvert, en raison des limitations fonctionnelles présentées par l'assurée. b) En date du 11 février 2009, l'assurée a contesté le projet de décision du 15 janvier 2009, faisant valoir que ses douleurs ne lui permettaient plus de travailler ni de vivre normalement. A l'appui de ses allégations, elle a produit plusieurs rapports médicaux figurant déjà au dossier de l'OAI, ainsi que les documents suivants : aa) un certificat médical du Dr V.\_\_\_\_\_ du 28 janvier 2009, dont la teneur est la suivante : « Madame C.\_\_\_\_\_ est suivie pour des thoracalgies sur probable dysfonction segmentaire, un état anxio-dépressif réactionnel, des polyarthralgies des mains d'origine indéterminée, un diabète de type II ainsi que pour des lombalgies sur troubles statiques du rachis. Mme C.\_\_\_\_\_ est suivie conjointement par le Dr L.\_\_\_\_\_, rhumatologue à [...] et moi-même. La situation médicale a fait l'objet d'un rapport AI de ma part le 12 mars 2008. Malgré une prise en charge pluridisciplinaire, l'état de santé de Mme C.\_\_\_\_\_ s'est aggravé durant ces derniers mois. Les thoracalgies ainsi que les lombalgies se sont exacerbées sous traitement et l'on assiste à une légère péjoration de son diabète. » bb) un courrier adressé en date du 1 er décembre 2008 au Dr V.\_\_\_\_\_ par le Dr L.\_\_\_\_\_, qui mentionne ce qui suit : « J'ai eu l'occasion de voir votre patiente susnommée à ma consultation le 24.11.2008 pour le suivi des affections suivantes : o Syndrome polyalgique idiopathique diffus - diminution du seuil de déclenchement à la douleur o Rachialgies diffuses sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire Madame C.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'une prise en charge physiothérapeutique passive avec massages et glaçage. L'évolution est caractérisée par une lente amélioration de la symptomatologie douloureuse. Cependant, elle signale, de manière récidivante, une exacerbation de la symptomatologie douloureuse surtout en relation avec les changements météorologiques. Elle signale également une recrudescence des ballonnements abdominaux. Le status de ce jour est rassurant. Il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite. L'examen segmentaire est dans les normes. On note cependant la présence de 16/18 points d'insertion douloureux. Dès lors, du point de vue thérapeutique, je préconiserais de poursuivre le traitement de myorelaxant (Sirdalud le soir) et de sevrer petit à petit le traitement de Lyrica au vu du peu d'effet favorable tout en continuant le traitement de tricyclique (Saroten) qu'elle supporte bien. » c) Dans un avis médical SMR du 18 mars 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu que ces deux documents confirment les atteintes retenues par l'examen SMR du 12 septembre 2008 et ne font aucune mention de la capacité de travail de l'assurée, de sorte qu'ils ne permettent pas de retenir une aggravation objective de son état de santé ou de remettre en cause la capacité de travail précédemment retenue par l'OAI dans une activité adaptée. d) En date du 18 mai 2009, l'OAI a mis fin à l'aide au placement accordée à l'assurée, cette dernière y ayant renoncé. e) En date du 19 octobre 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité, dont la teneur est identique au projet de décision du

15 janvier 2009. La motivation de cette décision, rédigée séparément, contient notamment ce qui suit : « Dans le cadre de cette audition, vous invoquez le fait que les douleurs ne vous permettent plus de travailler et vivre normalement. A ce propos, l'attestation médicale établie par le Docteur V. \_\_\_\_\_ le 11 février 2009 fait essentiellement état de douleurs (thoraciques, polyarthralgies, lombalgies) et d'un diabète type II. Les douleurs du système ostéo-articulaire ont fait l'objet d'un examen clinique complet le 12 septembre 2008 auprès du Service médical régional (SMR) et il a par ailleurs été reconnu un certain nombre d'atteintes à la santé justifiant une incapacité de travail totale dans votre activité habituelle d'ouvrière dans le cartonnage, activité qui ne respecte pas les limitations fonctionnelles à savoir pas de position statique extrême de la tête, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, pas de travail à la chaîne ni sur machine vibrante, port de charge limité à 10kg occasionnellement. D'autre part, ledit rapport ne fait état d'aucun fait médical nouveau sur le plan objectif. Il atteste en effet une aggravation sur la base de l'exacerbation des douleurs, élément subjectif dont il n'est pas possible de tenir compte dans le cadre asséculo-logique. Quant au diabète type II, il ne s'agit pas d'une affection de nature à limiter la capacité de travail dans une activité adaptée. Pour ce qui est du rapport établi par le Docteur L. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> décembre 2008, ce dernier confirme les atteintes retenues lors de l'examen SMR du 12 septembre 2008 précité. Il mentionne quant à lui une lente amélioration de la symptomatologie douloureuse et signale que le status est rassurant, qu'il n'y a pas de signe de Synovite ou de téno-synovite et que l'examen segmentaire est dans les normes. Les autres pièces médicales jointes à ce rapport sont toutes antérieures à l'examen clinique sur lequel nous avons fondé notre détermination. L'état de fait qu'elles relatent a donc été pris en compte. De plus, tant dans le rapport du Docteur V. \_\_\_\_\_ que dans celui du Docteur L. \_\_\_\_\_ il n'[est] fait mention de la capacité de travail. En conclusion, aucun des documents précités ne permet de retenir une aggravation objective de l'état de santé et aucun ne remet en cause la capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 10% dans une activité adaptée. »

D. a) Par acte du 18 novembre 2009, C. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 19 octobre 2009, affirmant que malgré le temps qui passe, les thérapies suivies et les traitements entrepris, son état de santé ne s'améliore pas, que ses douleurs persistent et ne lui permettent en aucun cas de pouvoir travailler. Le 7 janvier 2009, la recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui avait été demandée. b) Dans sa réponse du 26 janvier 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, exposant que le rapport d'examen clinique rhumatologique effectué par la Dresse Y. \_\_\_\_\_, sur lequel la décision attaquée est fondée, remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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. 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 sur la procédure administrative du 20 décembre 2008; 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 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 al. 1 let. a LPA-VD). La cour de céans est donc compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par C. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 19 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. c) S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, soit sur la détermination de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles : alors que l'OAI a retenu une capacité de travail entière, dans une activité adaptée, à partir septembre 2007, avec une diminution de rendement de 10%, la recourante soutient que ses douleurs ne lui permettent en aucun cas de pouvoir travailler.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 3c; 105 V 156, consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des

preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 351, consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 125 V 351, consid. 3a; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

4. a) Pour déterminer le droit de l'assurée à des prestations de l'AI, l'office intimé s'est fondé sur le rapport médical de la Dresse Y.\_\_\_\_\_ du SMR du 26 septembre 2008 (cf. lettre B supra), qui conclut à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de la recourante, mais à une capacité de travail complète, avec toutefois une diminution de rendement de 10%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ce rapport est basé sur les pièces médicales figurant au dossier de l'OAI, notamment sur divers documents d'imagerie médicale, ainsi que sur l'examen clinique rhumatologique de la recourante, effectué le 12 septembre 2008. Il comporte une anamnèse détaillée, qui prend en considération les plaintes exprimées par la recourante, ainsi qu'un status général et ostéoarticulaire. Quant à l'appréciation médicale, elle est claire et suffisamment motivée. La Dresse Y.\_\_\_\_\_ explique notamment de façon détaillée, avec des exemples à l'appui, les raisons pour lesquelles elle retient des cervico-scapulo-dorsalgies gauches comme seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Le rapport SMR du 26 septembre 2008 satisfait donc à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée (cf. consid. 3.c supra).

b) Par ailleurs, l'appréciation de la Dresse Y.\_\_\_\_\_ ne saurait être remise en cause par les rapports des autres médecins qui se sont exprimés sur l'état de santé de la recourante. En effet, tant le certificat médical émis le 28 janvier 2009 par le Dr V.\_\_\_\_\_ (cf. lettre C.b.aa supra) que le courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2008 adressé à ce dernier par le Dr L.\_\_\_\_\_ (cf. lettre C.b.bb supra) ne font que confirmer les atteintes à la santé de la recourante déjà retenues lors de l'examen du SMR, sans faire état d'aucun fait médical nouveau sur le plan objectif et sans d'ailleurs se prononcer sur la capacité de travail de la recourante. Certes, le Dr V.\_\_\_\_\_ atteste une aggravation de l'état de santé de sa patiente, sur la base d'une exacerbation de ses douleurs depuis quelques mois. Cette appréciation apparaît toutefois uniquement fondée sur les plaintes subjectives de la recourante, plutôt que sur des éléments médicaux concrets et précis. Par conséquent, le certificat médical du 28 janvier 2009 ne s'avère pas suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien fondé des conclusions adoptées fin septembre 2008 par le SMR ou pour permettre de retenir une aggravation objective de l'état de santé de la recourante depuis lors. Par ailleurs, il convient de relever que l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_ semble contredite par celle du Dr L.\_\_\_\_\_, qui mentionne quant à lui une lente amélioration de la symptomatologie douloureuse de sa patiente. En ce qui concerne

l'existence d'une éventuelle affection psychiatrique invalidante, il convient de relever que le Dr V. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 12 mars 2008 (cf. lettre A.c supra), fait état d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel, alors que le Dr L. \_\_\_\_\_, plus nuancé, ne retient que la probable existence d'un tel diagnostic dans son rapport médical d'août 2008 (cf. lettre A.d supra). Cette appréciation, outre le fait qu'elle doit être relativisée, dès lors qu'elle émane principalement du médecin traitant de la recourante (cf. consid. 3.c supra), ne repose toutefois sur aucune motivation ou symptôme autre que les douleurs dont se plaint la recourante au moindre effleurement. Or ces plaintes ont été dûment prises en compte et investiguées par la Dresse Y. \_\_\_\_\_, qui n'a retenu qu'un diagnostic de majoration des plaintes, sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, l'état dépressif attesté par le Dr V. \_\_\_\_\_, qui est postérieur de deux mois au début de l'incapacité de travail de sa patiente, apparaît dès lors bien plus comme la conséquence de cette incapacité de travail que comme sa cause. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'OAI n'a pas retenu d'atteinte à la santé invalidante sur le plan psychique, sans qu'il eût été nécessaire de compléter l'instruction du dossier de son assurée par une évaluation médicale émanant d'un spécialiste en psychiatrie. c) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit aucun motif de s'écarter de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante retenue par l'OAI sur la base notamment du rapport de la Dresse Y. \_\_\_\_\_. Il s'ensuit que la décision de l'OAI du 19 octobre 2009 échappe à la critique, en tant qu'elle retient que la recourante présente, depuis le mois de septembre 2007 et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle une activité industrielle légère, une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 10%. 5. a) Selon la jurisprudence constante (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb), en l'absence d'un revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé, son revenu d'invalidé (second terme de la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGa pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative) peut être évalué sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, singulièrement sur les salaires mensuels bruts (groupe de tableaux A), en partant de la valeur centrale (médiane) (TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009, consid. 3.1.1). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393, consid. 3.3; 126 V 75, consid. 6). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (TF 9C\_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1). b) En l'espèce, et bien que ce dernier point ne soit pas contesté par la recourante, il convient de relever d'office que le calcul du préjudice économique n'a pas été correctement effectué par l'autorité intimée, en ce sens qu'en 2006, l'horaire de travail moyen usuel dans les entreprises était de 41,7

heures et non de 41,8 heures. Par ailleurs, les taux concernant l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 sont de 1,5% et de 1,8%, et non de 1,4% et de 2,07% comme indiqué dans la décision litigieuse. Cela étant, le revenu annuel d'invalidé, qui doit ainsi être porté à 41'450 fr. 30, reste supérieur au revenu que la recourante percevrait en 2008 sans atteinte à la santé, compte tenu également du fait que l'autorité intimée n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant un abattement de 20% sur le revenu d'invalidé de la recourante, soit un taux proche du maximum autorisé par la jurisprudence, afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles et de la diminution de son rendement. 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision attaquée est confirmée. III. Les frais de justice fixés à 400 fr. sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ C. \_\_\_\_\_, ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. 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 :

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