

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 237 vom 11. Mai 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-05-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_237](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__237)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 237 du 11 mai 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 237 del 11 maggio 2015

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

## Erwägungen

### E. 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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

### E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité.

### E. 3

A titre préalable, il sied de relever qu'indépendamment de la problématique liée à l'évaluation du taux d'invalidité de la recourante, on peut s'interroger sur la question de savoir si l'intéressée satisfait aux conditions générales du droit à une rente AI. En effet, ces dernières prévoient notamment qu'a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations (cf. art. 36 al. 1 LAI), dont en tous les cas une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par.

1 et 57 par. 1 du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RS 0.831.109.268.1] ; cf. TAF C-1301/2013 du 18 septembre 2014 consid. 6 ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2220 p. 599 s.). Or, en l'occurrence, les extraits du compte individuel AVS de l'assurée tels que figurant au dossier n'attestent de périodes de cotisations en Suisse que pour les mois de juin à septembre 2009 et de décembre 2011, étant par ailleurs relevé que les fiches de salaire produites par l'intéressée pour l'activité au domaine U. \_\_\_\_\_ font état de cotisations prélevées exclusivement pour le mois de janvier 2011. Cela étant, on se situe donc en deçà de la limite d'une année évoquée ci-dessus. Quant au droit à une rente extraordinaire, il n'est ouvert qu'aux ressortissants suisses – ainsi qu'aux ressortissants des Etats membres de l'Union européenne (cf. Valterio, op. cit., n° 2253 p. 607), telle que la recourante – qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (cf. art. 13 LPGA) en Suisse, s'ils ont le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais n'ont pas droit à une rente ordinaire parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins (cf. art. 39 al. 1 LAI en relation avec l'art. 42 al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]), tel n'étant toutefois pas le cas de la recourante. La Cour de céans peut toutefois s'abstenir de trancher formellement ces questions, attendu que le droit de la recourante à une rente d'invalidité doit de toute manière être nié pour les motifs développés ci-dessous.

#### **E. 4**

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (cf. art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; cf. TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C\_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. TF 9C\_275/2014 du 21 août 2014 consid. 3, TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1, 9C\_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2, 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 avec les références ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C\_500/2011 précité loc. cit., 9C\_28/2011 précité loc. cit. et 9C\_745/2010 précité loc. cit.). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGa. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 49) et la fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65). Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il

existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et 131 V 49 consid. 1.2). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 ; cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (cf. Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 77). En revanche, d'autres circonstances constituent plutôt des indices du caractère exigible d'un tel effort. Parmi elles figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation de symptômes intenses dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 et 131 V 49 consid. 1.2).

## **E. 5**

Se fondant sur le rapport d'examen clinique du 26 novembre 2012 des Drs P.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ du SMR, l'intimé a retenu que si l'assurée n'était plus à même de travailler au-delà de 20% dans l'activité d'ouvrière agricole ou dans toute activité lourde sollicitant les genoux de manière importante, elle conservait en revanche une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Pour sa part, la recourante a contesté cette appréciation pour des motifs liés essentiellement à son état de santé psychique. a) Sur le plan physique, rien n'incite à s'écarter des conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_ telles que figurant dans le rapport d'examen clinique SMR du 26 novembre 2012 (pp. 7 à 10) – ce que la recourante, du reste, ne conteste pas. aa) Bien qu'ayant constaté la présence de diverses pathologies d'ordre somatique et observé l'existence de douze points typiques de fibromyalgie (cf. consid. 4c infra), le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu que seules la gonarthrose bilatérale bicompartimentale et la périarthrite scapulo-humérale bilatérale étaient de nature à influencer sur la capacité de travail de la recourante. Il a considéré que ces atteintes entraînaient une incapacité de 80% depuis le 15 janvier 2011 dans l'activité de femme de ménage ou d'ouvrière de conditionnement de légumes, mais que la capacité de travail demeurerait entière dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ostéoarticulaires (membres inférieurs : pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeaux ou échelles, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout ou de marche de plus d'une heure, pas

de lever de charges de plus de 10 kg, nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout et privilégier un travail en position assise ; membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60° et pas de lever de charges avec les membres supérieurs de plus de 5 kg). bb) A l'examen des avis recueillis auprès des autres médecins somaticiens, la Cour de céans ne décèle aucune indice sérieux qui justifierait de s'écarter des conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_. A cet égard, il convient plus particulièrement de s'arrêter sur l'appréciation du médecin traitant de la recourante ainsi que sur celle de l'expert rhumatologue mandaté par l'assureur perte de gain. Ainsi, en ce qui concerne le Dr R.\_\_\_\_\_, on constate qu'il s'est initialement abstenu de se prononcer sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée (cf. rapport du 17 août 2011), pour ensuite indiquer que la capacité de travail n'était pas entière dans une activité adaptée (cf. rapport du 21 mai 2012), avant de retenir finalement un taux d'invalidité de 50% (cf. attestation du 10 juin 2013). Rédigeant ses avis de manière lapidaire, ce médecin n'a fourni aucun raisonnement médical objectif à l'appui de ses appréciations successives, qui ne sauraient au final l'emporter sur l'évaluation, dûment motivée, du Dr P.\_\_\_\_\_. Concernant l'expert H.\_\_\_\_\_, celui-ci a – comme le Dr P.\_\_\_\_\_ – également conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, aux termes de son rapport d'expertise du 23 septembre 2011. S'il a en revanche fixé l'exigibilité au 1<sup>er</sup> novembre 2011 et mentionné des limitations fonctionnelles circonscrites aux accroupissement répétitifs, son point de vue sur ces aspects se révèle toutefois singulièrement concis, en particulier au regard des explications circonstanciées fournies par le Dr P.\_\_\_\_\_ qui doivent dès lors se voir accorder la préséance. cc) On retiendra donc, en résumé, qu'aucun élément au dossier ne vient infirmer l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_. b) Sous l'angle psychiatrique, la recourante a considéré que les conclusions émises par la Dresse Y.\_\_\_\_\_ dans le rapport d'examen clinique SMR du 26 novembre 2012 (p. 9 s.) ne pouvaient pas être suivies. aa) Dans le cadre de son évaluation, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ a retenu que, du point de vue purement psychiatrique, l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie invalidante et que la capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité. Elle a expliqué que l'on pouvait retenir les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie et de difficultés liées à l'acculturation, mais qu'il n'y avait en revanche pas de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial (inchangé depuis l'arrivée en Suisse), d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant (vu l'absence de sentiment de détresse), de majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques ou de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante. S'il était possible que l'assurée ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive alors en rémission complète, le diagnostic de dépression était toutefois insuffisant pour une évaluation de la capacité de travail ; encore fallait-il objectiver s'il s'agissait d'un trouble affectif grave et durable ou d'une pathologie dépressive transitoire, sans impact sur la capacité de travail comme dans le cas particulier. Relevant en outre que le Dr P.\_\_\_\_\_ avait mentionné un diagnostic de fibromyalgie, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ a précisé que ce diagnostic n'était pas accompagné des critères de sévérité requis par la jurisprudence – soit une comorbidité psychiatrique manifeste, une perte d'intégration sociale, un état psychique cristallisé ou un profit tiré de la maladie. bb) Contrairement à l'avis de la recourante, on ne saurait tenir pour décisif le fait que divers intervenants aient fait mention d'une problématique dépressive (cf. mémoire de

recours du 11 novembre 2013 p. 11 ss). Il est certes constant que le Prof. F. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée était probablement dans un état dépressif grave (cf. rapport du 24 mars 2011), que le Dr R. \_\_\_\_\_ a signalé un état anxio-dépressif (cf. rapport du 17 août 2011), respectivement une dépression nerveuse (cf. rapports des 21 mai 2012 et 10 juin 2013), que l'expert H. \_\_\_\_\_ a pour sa part relevé un état dépressif dont la gravité n'était peut-être pas aussi marquée que le pensaient certains intervenants (cf. rapport d'expertise du 23 septembre 2011) et qu'enfin le Dr W. \_\_\_\_\_ a fait mention d'un état dépressif avec retrait social et troubles du comportement alimentaire (cf. rapport du 10 septembre 2013). Néanmoins, loin de reposer sur une analyse méthodique de l'état de santé psychique de l'intéressée, ces avis ont été émis sur la seule base des plaintes de l'assurée, en marge d'un quelconque examen spécialisé – et pour cause, s'agissant de médecins somaticiens dépourvus de connaissances spécifiques dans le domaine de la psychiatrie. A cela s'ajoute que ces avis ne mettent en lumière aucun élément médical objectif dont la Dresse Y. \_\_\_\_\_ n'aurait pas tenu compte. Ils ne sauraient dès lors jeter le discrédit sur les conclusions de la psychiatre du SMR, cette dernière ayant au demeurant expliqué que le diagnostic de dépression, souvent posé par des médecins non psychiatres, était insuffisant pour une évaluation de la capacité de travail (cf. rapport d'examen clinique SMR du 26 novembre 2012 p. 9). Peu importe en outre que, lors de l'enquête économique sur le ménage du 9 décembre 2011, l'assurée ait déclaré « ne pas avoir le moral, que c'[était] très difficile pour elle, n'arriv[ait] pas à se lever le matin » (cf. rapport d'enquête du 21 décembre 2011 p. 1), dès lors qu'il s'agit là simplement de plaintes – par définition subjectives – relayées par l'enquêtrice de l'OAI, en dehors de toute analyse médicale. De même, il n'est pas déterminant qu'au cours du processus d'orientation professionnelle initié par l'OAI, l'intéressée ait semblé se trouver dans un état moral et physique médiocre lors d'un entretien le 19 février 2013 (cf. rapport initial du 5 avril 2013). En effet, la simple impression produite par l'assurée sur des spécialistes en réinsertion professionnelle ne saurait être assimilée à un indice sérieux susceptible de compromettre l'appréciation médicale de la Dresse Y. \_\_\_\_\_. Sur ce plan, les griefs soulevés par la recourante ne sont donc pas fondés. cc) Dans le cadre de la présente procédure judiciaire, la recourante s'est en outre prévalu de l'appréciation du Dr V. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis le 13 décembre 2013. Aux termes d'un premier avis du 21 décembre 2013, ce dernier a exposé que l'assurée présentait une incapacité de travail de 75% qui durait – aux dires du médecin généraliste traitant – depuis deux ans, à cause d'un épisode dépressif. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a maintenu cette évaluation dans un rapport ultérieur du 1<sup>er</sup> avril 2014, précisant qu'il s'agissait d'un épisode dépressif grave, sans symptômes psychotiques, que cliniquement la patiente présentait une humeur dépressive caractérisée par une fatigabilité accrue, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une perturbation du sommeil, une diminution de l'estime de soi et un manque de confiance en soi, et qu'elle signalait en outre des idées noires, présentait une morosité avec rumination sur son sort et manifestait également des angoisses envahissantes ainsi qu'une hypersensibilité au stress. Il ressort de ce qui précède que le Dr V. \_\_\_\_\_ a en réalité pris le contre-pied des conclusions de l'examen psychiatrique du SMR. Son point de vue n'emporte cependant pas la conviction. Tout d'abord, il appert que ce médecin n'a été sollicité par la recourante qu'après le dépôt du recours interjeté c'éans, l'intéressée estimant que « dans une démarche d'investigation par l'Assurance Invalidité, le processus a[va]it été entravé par le fait qu'elle n'avait pas de psychiatre » (cf. avis du 21 décembre 2013 et rapport du 1<sup>er</sup> avril 2014 p. 1). En d'autres termes, le Dr V. \_\_\_\_\_ n'a été consulté que pour les besoins de la présente cause, ce qui,

en soi, incite déjà à considérer son appréciation avec une certaine réserve. On observe par ailleurs que l'incapacité de travail estimée à 75% par ce psychiatre ne repose sur aucune réelle motivation ; bien plus, le Dr V.\_\_\_\_\_ s'est fondé sur les seuls dires du médecin généraliste pour affirmer que ce taux d'incapacité perdurait depuis deux ans, alors même que dans son avis du 10 juin 2013 le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin traitant, signalait paradoxalement une « invalidité » de 50%. A cela s'ajoute que l'on peut s'interroger sur les propos du Dr V.\_\_\_\_\_ selon lesquels l'assurée prendrait une médication psychotrope lourde (cf. avis du 21 décembre 2013 et rapport du 1<sup>er</sup> avril 2014 p. 1). En effet, pour toute indication sur le sujet, ce médecin a signalé la prise de Venlafaxine ER 75 mg « 2-0-0 » et de Temesta 2,5 mg « 0-0-1 » (cf. rapport du 1<sup>er</sup> avril 2014 p. 1). Or, les Drs M.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du SMR ont expliqué, le 23 avril 2014, que le traitement par Venlafaxine ER 150 mg par jour était un dosage habituel, ce médicament pouvant être administré jusqu'à une dose maximale de 375 mg dans certains cas, et que le Temesta pouvait être administré en psychiatrie à des dose allant de 3 à 7,5 mg par jour. Cela étant, on peine à comprendre comment la médication de l'assurée pourrait être qualifiée de lourde. De surcroît, il faut encore noter que le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril 2014 ne contient pas d'anamnèse, que les observations cliniques qui y sont formulées tiennent sur six lignes à peine et qu'elles reproduisent essentiellement les plaintes de l'assurée. En ce sens, il y a lieu de considérer que ce rapport contient une discussion médicale des plus laconiques, dont on voit mal comment elle pourrait remettre en cause l'appréciation, dûment motivée, de la Dresse Y.\_\_\_\_\_. Peu importe, du reste, que le Dr V.\_\_\_\_\_ ait encore proposé des interventions thérapeutiques à différents niveaux (cf. rapport du 1<sup>er</sup> avril 2014 p. 2), ce point étant sans incidence pour juger de la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assurée. A l'aune de ce qui précède, il appert que le Dr V.\_\_\_\_\_ a tout au plus émis une appréciation divergente d'une même situation, ce qui ne saurait suffire pour infirmer les conclusions du SMR. Par surabondance, il convient de relever, à l'instar de l'intimé (cf. prise de position du 1<sup>er</sup> mai 2014), que même à admettre que l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_ témoigne d'une aggravation de l'état de santé psychique depuis l'examen clinique du SMR le 16 novembre 2012 (les éléments au dossier ne permettant pas d'être plus précis), celle-ci serait sans incidence sur l'issue du présent litige, attendu que le droit à la rente en relation avec cette évolution ne pourrait naître qu'un an plus tard (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), soit au plus tôt dès après le 16 novembre 2013, autrement dit à une date postérieure à celle de la décision attaquée, dont il incombe à la Cour de céans de vérifier la légalité sur la base de l'état de fait existant au moment de son prononcé, soit au 7 octobre 2013 (cf. ATF 129 V 4 consid. 2.1 et ATF 121 V 366 consid. 1). Au surplus, le Dr V.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 1<sup>er</sup> avril 2014 p. 1) – à l'instar de la recourante (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 pp 12 ss et déterminations du 25 juin 2014 p. 2) – a encore reproché à la Dresse Y.\_\_\_\_\_ de s'être prononcée sur la base d'un entretien réalisé dans un temps restreint et en langue française. Ces griefs sont toutefois dénués de fondements. D'une part, on soulignera que la durée de l'examen n'est pas en soi un critère pour juger de la valeur probante d'un rapport médical et que cet aspect ne saurait remettre en question la valeur du travail d'un expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré concerné dans un délai relativement bref (cf. TF 9C\_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 5.2 et 9C\_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2). Qui plus est, le caractère ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un médecin traitant ne saurait ensuite ôter toute valeur à la première dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre – moins influencé par la relation de confiance qui unit

généralement un médecin traitant à son patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) – et autorisé sur un cas particulier (cf. TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Du reste, quoi qu'en dise la recourante (cf. en particulier mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 14), rien ne démontre en l'espèce que la durée ou le caractère ponctuel de l'examen clinique aurait exercé une quelconque influence sur le jugement porté par la Dresse Y.\_\_\_\_\_.

D'autre part, il ressort du rapport SMR du 26 novembre 2012 (pp. 1 et 6) que l'examen bidisciplinaire pratiqué le 16 novembre 2012 a été réalisé avec le concours d'un interprète de langue roumaine, ce dont la recourante n'a du reste pas disconvenu dans un premier temps (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 13) ; au demeurant, selon les informations à disposition sur le site internet de la Fédération des médecins suisses, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ dispose de connaissances linguistiques en roumain (cf. [http://www.doctorfmh.ch/index\\_fr.cfm](http://www.doctorfmh.ch/index_fr.cfm), consulté le 30 mars 2014). Dans ces conditions, on voit mal comment des problèmes de langue auraient pu faire obstacle au bon déroulement de l'examen clinique pratiqué au SMR. Au final, rien dans l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_ ne justifie par conséquent de s'écarter de l'appréciation de la Dresse Y.\_\_\_\_\_.

dd) La recourante soutient par ailleurs que l'examen clinique du SMR – singulièrement, l'évaluation de la Dresse Y.\_\_\_\_\_ – contient des incohérences (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 14 et déterminations du 25 juin 2014 p. 2). La Cour de céans est toutefois loin de partager ce point de vue. Ainsi, il est vrai que, dans le status psychiatrique, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ a mentionné de bonnes ressources d'adaptation aux changements (cf. rapport d'examen clinique du 26 novembre 2012 p. 7). De fait, il ne faut pas oublier que l'assurée a quitté sa patrie pour déplacer son centre de vie en Grèce puis en Italie avant d'arriver en Suisse – ce qui témoigne indiscutablement de ressources d'adaptation. Ce nonobstant, il n'est pas contradictoire d'avoir retenu les diagnostics de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie et de difficultés liées à l'acculturation (cf. *ibid.* pp. 7 et 9). En effet, il n'y a rien d'antinomique à ce qu'une personne présentant des difficultés à s'acclimater à une nouvelle phase de son existence peine à solliciter les ressources dont elle dispose pour outrepasser ses difficultés. Sous un autre angle, il est constant que le rapport d'examen clinique du 26 novembre 2012 mentionne l'absence de tabac (p. 4), alors que le compte-rendu du Dr W.\_\_\_\_\_ du 10 décembre 2013 fait état d'un tabagisme chronique. Quoi qu'en dise la recourante, cette apparente contradiction ne porte pas sur un point déterminant pour l'évaluation de la capacité de travail et de gain, mais uniquement sur un aspect secondaire ayant trait à l'anamnèse. On relèvera au demeurant que l'établissement de l'anamnèse dépend généralement des indications fournies par la personne auscultée. Or, si l'assurée – laquelle, de son propre aveu, ne parle pas le français (cf. en particulier mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 13) – était assistée d'un interprète de langue roumaine lors de l'examen clinique au SMR afin de garantir le bon déroulement de l'entretien (cf. consid. 5b/cc *supra*), tel n'était pas le cas lors de la consultation avec le Dr W.\_\_\_\_\_ dont le rapport du 10 décembre 2013 ne mentionne l'intervention d'aucun tiers, circonstance laissant immanquablement présager de difficultés de compréhension de part et d'autre. Sur ce plan, l'argumentation de la recourante n'est donc pas pertinente. C'est par ailleurs en vain que l'assurée s'est prévaluée du contexte psychosocial dans lequel elle évolue (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 12). En effet, le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; cf. TF 9C\_837/2011 & 9C\_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3 et TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1,

in SVR 2010 IV 58 p. 177). ee) Il suit de là que rien au dossier ne justifie de se départir des conclusions de la Dresse Y.\_\_\_\_\_. Partant, on retiendra avec la psychiatre du SMR que la recourante ne présente aucun diagnostic psychiatrique incapacitant, singulièrement que le diagnostic de fibromyalgie ne peut se voir reconnaître aucun caractère invalidant eu égard à l'absence de comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d'intégration sociale, d'état psychique cristallisé ou de profit tiré de la maladie, conformément aux critères jurisprudentiels développés en la matière (cf. consid. 4c supra). Il suit de là que le dossier est complet sur le plan psychiatrique, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, si bien qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une contre-expertise telle que requise par la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. c) Au regard de ce qui précède, la Cour de céans conclut qu'il ne se trouve au dossier aucun avis médical – que ce soit sous l'angle somatique ou psychique – qui inciterait à doute des conclusions exposées dans le rapport d'examen bidisciplinaire des Drs P.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ du 26 novembre 2012, conclusions du reste confirmées par le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR le 11 décembre 2012. Par ailleurs et surtout, le rapport précité des Drs P.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes de la recourante, et ses conclusions sont claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra). Cela étant, il convient donc de retenir avec les spécialistes du SMR – et, corollairement, l'OAI – qu'en raison de ses atteintes physiques, la recourante ne peut certes plus travailler au-delà de 20% en tant qu'ouvrière de conditionnement de légumes ou femme de ménage, mais qu'elle conserve en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses troubles ostéoarticulaires. d) C'est encore le lieu de noter que l'assurée soutient en vain qu'au vu de son parcours, elle serait incapable d'intégrer un poste adapté à ses limitations fonctionnelles (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 15 s.). En effet, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la recourante et accessibles sans formation particulière (cf. TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Il convient de souligner qu'à cet effet, une aide au placement a été accordée à l'assurée le 23 mai 2013, afin qu'elle puisse obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, mais que cette mesure a été interrompue quelques mois plus tard devant les réticences émises par l'intéressée. On rappellera enfin que conformément à l'obligation de diminuer le dommage, la recourante est tenue d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (cf. ATF 123 V 96 consid. 4c et 113 V 28 consid. 4a ; cf. TFA I 606/02 du 30 janvier 2003 consid. 2 et les références citées).

## **E. 6**

Sous l'angle économique, l'assurée n'a soulevé aucun grief à l'encontre des revenus sans et avec invalidité tels qu'arrêtés par l'OAI. Vérifiés d'office, les calculs de l'intimé échappent du reste à toute critique. L'intéressée a contesté, en revanche, le taux d'abattement de 10% pratiqué par l'OAI sur le revenu d'invalidité. Elle a allégué que cette déduction ne tenait pas

compte de ses « problèmes d'intégration, de langue, de permis » et de son inexpérience professionnelle dans les métiers envisagés, éléments justifiant à ses yeux une déduction de 25% (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 16). a) Lorsque le revenu d'invalide est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 75). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (cf. notamment TF 9C\_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1). b) En l'occurrence, à la seule lumière des limitations fonctionnelles retenues sur le plan ostéoarticulaire, le taux d'abattement de 10% fixé par l'intimé n'est pas critiquable. Du reste, la recourante ne prétend pas – et a fortiori ne démontre pas – que ses restrictions n'auraient pas été appréciées à leur juste valeur. S'agissant des autres critères entrant en considération (cf. consid. 6a supra), on notera tout d'abord que l'intéressée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (cf. consid. 5 supra), si bien qu'elle ne subirait sous cet angle aucun désavantage salarial en cas de retour sur le marché du travail. En outre, il faut souligner que la recourante, née en 1967, est encore relativement jeune et bénéficie d'une autorisation de séjour lui permettant de travailler en territoire helvétique. S'il est vrai qu'elle a suivi une scolarité de base, n'a pas de formation particulière et ne maîtrise pas la langue française, il n'en demeure pas moins que les difficultés linguistiques, le manque de formation professionnelle ou la capacité d'apprentissage réduite ne peuvent être considérés comme des critères déterminants (cf. TF 9C\_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.5, 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3 et 9C\_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.5) au regard de la nature des activités encore exigibles (selon l'ESS, niveau de qualification 4 : activités simples et répétitives). L'aide au placement, dont la possibilité a été évoquée en cours de procédure administrative, devrait dès lors être suffisante, dans la mesure où elle se révélerait nécessaire (cf. TF 9C\_297/2011 précité, loc. cit.). Enfin, concernant les difficultés d'intégration, on rappellera ici que l'AI

n'a pas à répondre de paramètres psychosociaux ou socioculturels (cf. consid. 5c/dd supra). Par conséquent, il apparaît que les griefs invoqués par la recourante sont mal fondés et que le taux d'abattement de 10% retenu par l'office est justifié au vu des particularités du cas d'espèce. c) Partant, il y a lieu de retenir avec l'intimé que le degré d'invalidité s'élève à 10%, taux qui s'avère toutefois inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI (cf. art. 28 al. 2 LAI). C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé d'octroyer une telle prestation à la recourante. Par surabondance, l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel étant subordonné à une diminution de la capacité de gain d'au moins 20% environ (cf. ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; cf. TF 8C\_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4 et 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2), c'est à juste titre que l'intimé a considéré que le droit à de tels prestations n'était pas ouvert non plus.

#### **E. 7**

a) En conclusion, 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. (cf. 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 (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. art. 55 al. 1 LPA-VD).

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