

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 503 vom 15. Juli 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-07-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__503

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 503 du 15 juillet 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 503 del 15 luglio 2020

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 16 LPGA

Erwägungen

E. 1

LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité et à des mesures professionnelles, singulièrement le degré d'invalidité à la base de ces prestations.

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

E. 4

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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 4.1). c) 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée : TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). 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 assécurologique. 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). e) Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques 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 et les références citées). 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).

E. 5

a) En l'espèce, l'intimé retient que la recourante présente une capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé et de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que l'intéressée conteste. b) aa) S'agissant des troubles ostéo-articulaires dont souffre la recourante, les conclusions de l'expertise bidisciplinaire réalisée auprès du centre J. _____ sont convaincantes. Les experts admettent que l'intéressée pouvait poursuivre son travail d'auxiliaire de vie à condition d'éviter les positions prolongées accroupie ou agenouillée et le port de charge de plus de 10 kg pour éviter d'exacerber les lombalgies. En revanche, les symptômes décrits étaient manifestement exagérés avec une autolimitation. Sur le plan rhumatologique, les experts admettent une diminution de 20 % de la capacité de travail dans l'activité habituelle du fait que celle-ci ne correspond pas tout à fait au profil d'effort de la recourante (personnes lourdes et invalides, toilette complète). Les conclusions des experts ne divergent pas des autres rapports médicaux au dossier, ce qui reflète une stabilité des troubles ostéo-articulaires depuis le début de l'instruction menée par l'intimé. Dans ses rapports des 6 août et 3 novembre 2014, le Dr D. _____ estimait la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle en raison des difficultés à monter et descendre les escaliers, à porter des charges lourdes, à se baisser et à effectuer les soins et les toilettes des résidents de l'EMS où elle travaillait. Le médecin-conseil de C. _____ AG, le Dr F. _____ a initialement tiré les mêmes conclusions dans son rapport du 8 septembre 2014. Une année plus tard, le Dr D. _____ a confirmé son estimation de la capacité de travail de l'intéressée après l'examen de cette dernière par un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Nouvellement consultée par la recourante, la Dre H. _____ a estimé le 6 septembre 2016 que celle-ci présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, indiquant que sa patiente avait des difficultés à se baisser et n'était plus en mesure de porter des charges supérieures à 5 kg, de travailler en position accroupie et à genoux et de monter des escaliers. Quant au Dr I. _____, il a estimé que, dans un poste de travail adapté, sa patiente pourrait progressivement augmenter son taux d'activité de 50 % à 80 % (rapport du 3 octobre 2016). Les conclusions des experts s'agissant de la capacité de travail sur le plan rhumatologique sont donc comparables à celles des médecins ayant suivi la recourante. Le rapport du 30 août 2019 de la Dre H. _____, produit dans le cadre de la présente procédure, ne montre pas d'évolution depuis l'IRM de 2015 sur laquelle les experts se sont appuyés dans le cadre de leur rapport. Quant à l'aspect clinique, l'évaluation de la généraliste traitante n'est pas propre à jeter un doute sur les constatations objectives des experts qui décrivent une incohérence entre les plaintes exprimées par la recourante et les observations faites en entretien (absence de comportement algique notable). Il convient de rappeler que tant la Dre E. _____ (rapport du 16 avril 2014) que le Dr D. _____ (rapport du 6 août 2014) avaient déjà relevé des discordances entre les plaintes de leur patiente et les atteintes à la santé visibles sur l'IRM. Le rapport du 30 août 2019 a au demeurant confirmé que la recourante continuait de travailler à 60 % dans une activité qui n'était pas adaptée de l'avis du SMR (cf. avis du 30 septembre 2019), ce que l'intéressée a implicitement confirmé dans ses écritures en indiquant être à la recherche d'une activité plus légère. bb) S'agissant du surpoids, les experts ont relevé que celui-ci n'avait pas de répercussion quant à la capacité de travail, ce qui peut être confirmé en vue de la reprise d'une activité légère adaptée. La mise en place d'un by-pass comme indiqué par la Dre H. _____ (rapport du 30 août 2019) apparaît propre à améliorer l'état

de santé de la recourante sur ce plan. Au demeurant, l'opération en question et la convalescence en découlant n'entraîneront pas d'incapacité de travail durable, de sorte qu'aucune investigation supplémentaire sur ce point ne se justifie. cc) Aucun élément au dossier n'atteste des malaises allégués par la recourante dans sa réplique du 5 août 2019. Du reste, les médecins traitants successifs n'ont pas prescrit de consultation spécialisée en neurologie et cette question n'est pas abordée dans le cadre de la polysomnographie (rapport du 22 mai 2018). Faute de substrat organique, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction sur ce plan. dd) Enfin, le rapport du 22 mai 2018 des Drs M. _____ et N. _____ ne met pas en évidence de limitations fonctionnelles dans le domaine de spécialité de ces médecins. dd) En définitive et sur le plan somatique, la recourante n'a mis en évidence aucun élément qui aurait été ignoré ou mal apprécié par les experts. c) Sur le plan psychique, le Dr D. _____ a évoqué une atteinte à la santé dans son rapport du 22 septembre 2015 (état anxio-dépressif). A sa suite, le Dr I. _____ a estimé qu'une expertise psychiatrique se justifiait. Reste qu'avant l'examen par le Dr JA. _____, aucune pièce au dossier n'atteste de consultation chez un psychologue ou un psychiatre. Il n'y a pas lieu de s'écarter du contenu et des conclusions de l'expertise du centre J. _____ en ce qui concerne l'aspect psychiatrique. Celle-ci remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions rendues résultent d'une analyse fine et complète de la situation médicale, tant objective que subjective. Elles reposent sur une anamnèse complète, contenant notamment une description précise et exhaustive du status psychiatrique de la recourante et de son quotidien. Le tableau dépressif dressé par le Dr JA. _____ est conforme aux critères de la CIM-10. L'appréciation du cas est développée à satisfaction et se révèle convaincante. Les experts exposent de manière circonstanciée les répercussions de la pathologie retenue sur la capacité de travail de l'intéressée. Les indicateurs pertinents montrent que l'atteinte à la santé psychique est réelle. Ainsi, l'expert décrit une fatigabilité accrue, justifiant une diminution de rendement dans toute activité. Il a observé à cet égard que les somaticiens consultés avaient également identifié cette problématique, sans toutefois recommander de consultation psychiatrique. Il a identifié un appauvrissement du réseau social et, sur le plan de la personnalité, d'importantes difficultés à gérer son image de femme, qualifiée d'image meurtrie. Même si la recourante a déclaré à l'expert être prête à suivre un traitement, ce dernier a décrit une résistance subjective à un traitement psychiatrique, mise sur le compte de préjugés culturels à l'égard de cette spécialité. Au surplus, rien au dossier ne permet de mettre en doute les conclusions prises par les experts, la recourante mettant son incapacité de travail sur le compte de la seule problématique ostéo-articulaire. Aussi convient-il de confirmer la diminution de rendement de 20 % en raison de l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. d) En conclusion, la recourante présente une capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulations de charges de plus de 7 à 10 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables) du fait d'une diminution de rendement de 20 % en raison de l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (rapport J. _____ du 7 novembre 2018 ; rapport SMR du 13 décembre 2018). Les critiques émises par la recourante dans le cadre de la procédure ne permettent pas, faute d'être étayées par des éléments concrets et objectifs,

de remettre en cause les constatations des experts et du SMR. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter de leurs conclusions convaincantes, lesquelles remplissent les exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante.

E. 6

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). b) aa) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). bb) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). cc) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). dd) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

E. 7

a) Au stade de sa décision du 9 mai 2019, l'intimé s'est référé au rapport REA du 6 mars 2019 pour évaluer le degré d'invalidité. Il a retenu que la recourante présentait une capacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé en EMS et de 80 % dans une activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire, principalement en position assise, adaptée aux limitations fonctionnelles (alternance des positions, pas de port de charges de plus de 7 à 10 kg, pas de déplacement en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur ou sur échelle, pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte à faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc, activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables). Considérant que l'activité

d'auxiliaire de santé au CMS était adaptée, l'intimé a calculé le degré d'invalidité pour 2015, année de l'ouverture du droit à la rente. Il a retenu un revenu sans invalidité de 51'816 fr. 44 (salaire à un taux de 100 % réalisé auprès du dernier employeur) et un revenu d'invalidité de 43'811 fr. 84 (revenu réalisé auprès du CMS [...] dès le 1^{er} septembre 2017, rapporté à 2015 et à un taux d'activité de 80 %). Il a retenu un préjudice économique de 8'004 fr. 60, soit un degré d'invalidité de 15,44 %. Ce résultat, vérifié d'office, n'ouvrait ni le droit à la rente ni de droit aux mesures professionnelles. b) Dans ses déterminations du 4 novembre 2019, l'intimé a revu sa position en considérant que le travail d'aide-soignante dans un CMS n'était pas plus léger que celui effectué en EMS (cf. calcul REA du 30 octobre 2019). Cela peut être confirmé dans la mesure où la recourante admet elle-même que l'activité au CMS est trop lourde. Dès lors, l'intimé s'est, à juste titre, référé à l'ESS pour définir le revenu d'invalidité (cf. calcul REA du 30 octobre 2019). Dans le cas présent, le salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), était, en 2016, de 4'363 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1), soit 44'279 fr. 06 au taux de 80 % après indexation pour 2017 (0,4 %), 2018 (0,5 %) et 2019 (0,5 %) et compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2019 (cf. tableau Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique et tableau T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2019, tous deux établis par l'OFS). L'office intimé a estimé qu'un abattement sur le revenu d'invalidité ne se justifiait pas dès lors que l'estimation de la capacité de travail faite par les experts tenait déjà compte des limitations fonctionnelles, ce qui peut être confirmé. Au demeurant aucun autre facteur spécifique (cf. consid. 6b/dd ci-dessus) ne peut justifier un abattement en l'espèce. d) Sur le vu de ce qui précède, la perte de gain s'élève à 9'302 fr. 04 (53'581 fr. 10 – 44'279 fr. 06) et le degré d'invalidité à 17,36 %. En présence d'un préjudice largement inférieur à 40 %, le droit à la rente n'est pas ouvert (cf. art. 28 al. 2 LAI). Ce degré d'invalidité est également insuffisant pour permettre à la recourante de bénéficier de mesures professionnelles, octroyées en présence d'une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

E. 8

a) En définitive, le recours 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI) qui doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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