

## **VD\_GERICHTE ZD08.020435 vom 8. Dezember 2009**

VD Tribunal cantonal, 2009-12-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD08.020435](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.020435)

FR: VD\_GERICHTE ZD08.020435 du 8 décembre 2009

IT: VD\_GERICHTE ZD08.020435 del 8 dicembre 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

#### **E. 2**

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 c. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 4ème révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1er janvier 2008 est entrée en vigueur la 5ème révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative. L'entrée en vigueur de la LPGA n'a pas modifié la définition de l'invalidité et la jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi est ainsi toujours applicable. En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou des 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 c. 3.4; TFA I 7/05 du 17 mai 2005 c. 2; I 249/04 du 6 septembre 2004 c. 4). Il n'en va pas différemment s'agissant de la 5ème révision de cette loi.

#### **E. 3**

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une

- 9 - infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 (art. 7 LPGA). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. b) En vertu de l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à

60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique. Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non-actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194; RCC 1989 p. 125). Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide). Si ces salaires ne peuvent pas être déterminés exactement en francs, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi les valeurs

- 10 - approximatives ainsi obtenues sont comparées entre elles (RCC 1986 p. 432 c. 1c). Ainsi, la notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond pas forcément avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, dont la tâche consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est incapable de travailler (ATF 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2ème éd., Berne 1997, p. 83, n. 14). Les facteurs psycho-sociaux et socio-culturels ne sont pas invalidants en eux-mêmes, mais ne doivent être pris en compte que lorsqu'ils exacerbent les effets d'une pathologie avérée (ATF 127 V 294 c. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 c. 3; TF I 129/02 du 29 janvier 2003 c. 3.2). Le manque de qualifications et le défaut de connaissances linguistiques de l'assuré ne constituent pas davantage des facteurs dont il doit être tenu compte pour la fixation du taux d'invalidité (ATF 107 V 17 c. 2c; RCC 1991 p. 329 c. 3c; TF 9C\_382/2007 du 13 novembre 2007). c) Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger de l'assuré que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; 1987 p. 458).

#### **E. 4**

Le juge des assurances sociales 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,

- 11 - 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. 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 c. 3a et les références citées). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leur conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF 9C\_776/2007 du 14 août 2008; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3; ATF 125 V 351 c. 3a). 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; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème

- 12 - éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 c. 5.2). En revanche, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

## **E. 5**

a) En l'espèce, est litigieux le taux d'invalidité de la recourante et, le cas échéant, son éventuel droit à une rente d'invalidité. La recourante se prévaut des avis de son médecin traitant et de la Dresse X. \_\_\_\_\_. L'OAI se fonde quant à lui sur les conclusions de l'examen bidisciplinaire pratiqué par le SMR. b) En premier lieu, la recourante soutient que le rapport établi par la Dresse I. \_\_\_\_\_ n'a aucune valeur probante, cette praticienne ne bénéficiant pas du titre de "spécialiste en psychiatrie et psychothérapie" au sens de la législation fédérale en la matière, ni du titre FMH, et se réfère à la jurisprudence fédérale à cet égard. En l'occurrence, dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), dont les principes ont été confirmés notamment par arrêts du 26 septembre 2007 (I 47/07, ad TASS VD AI 85/05 - 191/2006 du 2 novembre 2006), du 10 octobre 2007 (I 594/06, ad TASS GE du 29 mai 2006), du 30 octobre 2007 (I 1055/06, ad TASS VD AI 83/05 - 156/2006 du 31 mars 2006) et du 18 février 2008 (I 51/07, ad TASS VD AI 18/04 - 208/2006 du 27 novembre 2006), le Tribunal fédéral a annulé un jugement cantonal du 17 octobre 2006 et la décision sur

opposition de l'OAI confirmée par ledit jugement, pour le motif qu'à la date

- 13 - de l'examen par le SMR et la Dresse I. \_\_\_\_\_ (le 13 septembre 2004 dans le cas tranché par l'arrêt du 31 août 2007), ce médecin n'était pas titulaire des titres de psychiatre FMH dont il se prévalait alors, ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal. La Haute Cour a considéré que les irrégularités d'ordre formel liées à la personne de la Dresse I. \_\_\_\_\_ et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Il est constant que la Dresse I. \_\_\_\_\_ a été autorisée à pratiquer la médecine à titre dépendant, soit sous la direction et le contrôle d'un médecin autorisé à pratiquer sans restriction, c'est-à-dire à titre indépendant, depuis le 24 novembre 2006. Cela étant, le rapport d'examen clinique bidisciplinaire, dont le volet psychiatrique a été établi par la Dresse I. \_\_\_\_\_, a été cosigné le 9 août 2007 par l'intéressée et le Dr M. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH habilité à pratiquer à titre indépendant. Il répond dès lors aux conditions énumérées par la jurisprudence ci-dessus et sa valeur probante est entière à cet égard. Le premier grief de la recourante doit par conséquent être rejeté. c) La recourante fait également valoir que le rapport d'examen du SMR ne saurait être considéré comme probant dès lors qu'il présente des lacunes. En particulier, elle reproche aux médecins examinateurs de n'avoir pas suffisamment motivé leur avis écartant le diagnostic de troubles dépressifs majeurs posé par son médecin traitant ainsi que la Dresse X. \_\_\_\_\_. Le fait que les conclusions des médecins du SMR soient en contradiction avec l'avis du médecin traitant et de la Dresse X. \_\_\_\_\_ ne suffit pas en soi à remettre en cause la valeur probante de leur rapport d'examen; encore faut-il que des éléments objectifs suffisamment pertinents aient été ignorés par les médecins examinateurs (cf. la jurisprudence à cet égard citée au c. 4 ci-dessus). En l'occurrence, la recourante relève que les médecins du SMR n'ont pas indiqué en quoi

- 14 - avait consisté l'examen clinique psychiatrique, lequel en outre "n'évoque pas de manière détaillée l'absence ou la présence des différents signes que le psychiatre recherche et observe pendant son examen". Ces critiques de la recourante tombent néanmoins à faux dès lors que les observations effectuées sur sa personne par la Dresse I. \_\_\_\_\_ sont consignées aux pages 4 et 5 du rapport d'examen. En outre, les autres avis médicaux au dossier sont expressément mentionnés en page 7 dudit rapport et les différents diagnostics posés par le Dr H. \_\_\_\_\_ et la Dresse X. \_\_\_\_\_ sont discutés par les médecins examinateurs, qui expliquent les raisons pour lesquelles ils s'en écartent (cf. rapport, p. 7). Du reste, le SMR décrit de manière détaillée la situation médicale de la recourante au travers de son anamnèse (familiale, professionnelle, actuelle générale, par système, psychosociale et psychiatrique; antécédents personnels généraux, habitudes [allergies/tabac/OH/ médicaments] et vie quotidienne) et de son status (général et psychiatrique). Il intègre les résultats d'examens médicaux (en particulier radiologique) complets tant sur le plan somatique que psychiatrique, tout en rapportant également les plaintes exprimées par la recourante. Il ne présente ni lacune, ni contradiction intrinsèque. Enfin, au terme d'une discussion sérieusement motivée, il aboutit à des conclusions explicites et cohérentes. Le rapport doit dès lors être reconnu comme conforme aux exigences de la jurisprudence rappelée au c. 4 ci-dessus. Dans son rapport médical du 21 avril 2005, le Dr H. \_\_\_\_\_ pose les diagnostics à caractère psychiatrique d'état dépressif majeur et de troubles somatoformes douloureux chroniques, concluant à une incapacité de travail totale de la recourante. Force est cependant de constater que cet avis est présenté de

manière sommaire; en particulier, ce praticien ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles de sa patiente. En outre, le Dr H. \_\_\_\_\_ est un médecin généraliste, sans spécialisation dans le domaine de la psychiatrie, et il est également médecin traitant de la recourante, ce qui affaiblit la force probante de son avis au sens de la jurisprudence (cf. c. 4 supra). Quant à la Dresse X. \_\_\_\_\_, médecin assistante auprès d'une unité de psychiatrie

- 15 - ambulatoire, si son rapport du 25 novembre 2005, qui pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen), trouble somatoforme persistant et probable retard mental léger, est plus étayé que celui du Dr H. \_\_\_\_\_, elle ne s'exprime cependant pas de manière circonstanciée sur la capacité de travail de la recourante, se contentant de répondre par la négative aux questions 1.2 ("L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible?"), 1.3 ("Y a-t-il une diminution de rendement?") et 2.2 ("Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité?") du questionnaire médical. Elle expose certes que "le pronostic est défavorable par la chronification et la fluctuation de son état dépressif", ce qui au demeurant n'explique ni ne justifie une incapacité de travail totale. L'examen effectué par le SMR, postérieur d'environ deux ans aux avis médicaux exprimés par les médecins précités, constitue le rapport médical le plus récent au dossier. Sur le plan psychiatrique, les diagnostics posés (syndrome douloureux sans substrat organique, dysthymie et épisodes récurrents de dépression réactionnelle en rémission) ne diffèrent pas fondamentalement des diagnostics formulés par les médecins de la recourante. C'est seulement la conclusion que ces atteintes n'entraînent pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique qui s'oppose aux précédents avis. Ainsi, s'agissant de l'épisode dépressif, les examinateurs du SMR concluent à sa rémission, notant en particulier que la recourante ne présente pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de rumination, de sentiment de culpabilité, de dévalorisation ou de persécution (cf. rapport, p. 4), ni de signes florides de la lignée dépressive (idem, p. 5). Il n'existe aucun élément médical indiquant que tel ne serait pas le cas, la recourante ne faisant au demeurant état d'aucune constatation établie au même moment ou plus récente attestant du contraire. Quant au syndrome douloureux, les examinateurs du SMR se déterminent clairement sur les différents critères posés par la jurisprudence pour analyser l'importance d'une telle atteinte et son influence sur la capacité de travail (cf. ATF 132 V 65 c. 4.2.2; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2), relevant l'absence d'un véritable sentiment de détresse, un discours flou et incomplet, par moments

- 16 - contradictoire, une amplification verbale des plaintes somatiques de la recourante, sans aucun signe de souffrance objectivable et sans attirer la sympathie de l'examineur, une faible fréquence de consultation du médecin traitant, l'absence d'un état psychique cristallisé ou de profit tiré de la maladie, l'absence d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ainsi que l'absence de comorbidité psychiatrique manifeste (cf. rapport, p. 7). Sur ce dernier point, il convient de préciser que, selon la jurisprudence, le diagnostic d'état dépressif ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 c. 3.3.1 et la référence). Les examinateurs soulignent en outre la discordance entre les plaintes et les observations effectuées ainsi que certaines contradictions dans les indications données par la recourante (cf. rapport, p. 5). Cela étant, leur avis, détaillé et cohérent, et qui n'est contredit par aucun élément médical pertinent, emporte la conviction. Il n'y a donc pas de raison d'admettre en l'état que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de la recourante, ou qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 c. 6.1.1 et la référence). Sur le plan

rhumatologique, le diagnostic de rachialgies diffuses posé par le Dr M. \_\_\_\_\_ au terme d'un examen clinique détaillé n'est pas expressément contesté par la recourante. En outre, les limitations fonctionnelles sont clairement établies. Il n'y a aucune raison de remettre en cause les conclusions du SMR sur ce point et on peut dès lors admettre en définitive que la recourante présente une capacité de travail exigible de 80% comme ouvrière ou blanchisseuse et de 100% dans une activité adaptée. d) Le dossier médical de la recourante s'avérant suffisamment complet pour permettre à la cour de céans de statuer, il n'y a par conséquent pas lieu d'en compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, comme le demande la recourante dont la requête en ce sens doit être écartée.

- 17 -

#### **E. 6**

La comparaison des revenus à laquelle l'OAI a procédé conformément à l'art. 16 LPGA doit être confirmée. Les revenus retenus ne sont d'ailleurs pas contestés. Ainsi, s'agissant du revenu d'invalidé, c'est à juste titre qu'il a été calculé sur la base des revenus résultant des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique valables pour l'année 2000 (ATF 126 V 75 c. 3b/aa et bb). Comme la recourante est sans qualifications, il y a lieu de se référer aux données pour les activités correspondant à cette situation, pour lesquelles le salaire mensuel se montait à 3'658 francs en 2000, part au treizième salaire comprise (TA 1; niveau de qualification 4). Le salaire de référence étant fondé sur un horaire de travail de 40 heures par semaine, son montant doit être porté à 3'822 fr. 61 par mois, soit 45'871 fr. 32 par an, pour tenir compte d'une durée hebdomadaire de travail moyenne de 41,8 heures dans les entreprises suisses en 2000 (La Vie économique, n° 10-2006, p. 90, tableau B 9.2). Ce montant annuel doit encore être indexé au taux de 2,5% représentant l'évolution nominale des salaires de 2000 à 2001 (La Vie économique, n° 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), soit 47'018 fr. 10. La réduction supplémentaire de 10% opérée par l'OAI en raison des limitations fonctionnelles propres de l'assurée, conforme à la jurisprudence (ATF 126 V 80 c. 5b/cc) n'est pas davantage critiquable. Il en résulte finalement un revenu d'invalidé de 42'316 fr. 29. Quant au revenu sans invalidité, en l'absence de données sur les précédents salaires de la recourante, il convient de se fonder sur le revenu de référence indexé établi ci-dessus, soit en l'occurrence un salaire annuel de 47'018 francs 10 pour l'année 2001. La comparaison entre le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé aboutit dès lors à une perte de gain de 4'701 fr. 81 qui détermine une invalidité de l'ordre de 10 pour-cent. Un tel taux d'invalidité, largement inférieur au seuil légal minimal de 40% (art. 28 LAI), n'ouvre pas droit à une rente.

- 18 -

#### **E. 7**

Au vu de ce qui précède, il convient de rejeter le recours et de confirmer la décision attaquée.

#### **E. 8**

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'assurance-invalidité 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. 1bis LAI, applicable ratione temporis à la présente

procédure puisque celle-ci a été introduite après le 1er juillet 2006). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 250 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). La recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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