

VD_GERICHTE ZD08.038280 vom 13. September 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-09-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.038280

FR: VD_GERICHTE ZD08.038280 du 13 septembre 2010

IT: VD_GERICHTE ZD08.038280 del 13 settembre 2010

Erwägungen

E. 1

LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans

- 13 - le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA). 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). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi 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), la valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 francs.

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 p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, sont litigieuses la question de la capacité de travail résiduelle de la recourante et celle du calcul du degré d'invalidité.

E. 3

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

- 14 - En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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'entrée en vigueur, le 1er janvier 2008, de la 5e révision de la LAI n'a pas apporté de modification à cet échelonnement (cf. art. 28 al. 2 LAI). Pour apprécier le degré d'invalidité d'un assuré, il convient en premier lieu de déterminer la méthode d'évaluation applicable. Selon l'art. 28a LAI (avant le 1er janvier 2008, il s'agissait de l'art. 28 LAI), l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 1). L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité ("méthode mixte"; al. 3). Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, respectivement le taux d'invalidité dans sa part active (ATF 9C_97/2008 du 28 août 2008, consid. 5.1), le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité (TF 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.1).

- 15 - Pour évaluer le taux d'invalidité découlant de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels, il convient d'établir une liste des activités qu'il exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'il exercerait sans elle, que l'on le compare ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut raisonnablement exiger de l'intéressé malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Dans le cas des assurés qui s'occupent du ménage, le taux d'invalidité est déterminé par le biais d'une enquête réalisée au domicile de l'assuré selon un questionnaire ad hoc ("enquête ménagère"; cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 3081 et 3083 ss; cf. également, à ce propos: TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.1; TF I 561/06 du 26 juillet 2007, consid. 5.2.2; TFA I 794/04 du 1er mai 2006, consid. 6.2 et les références).

E. 4

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 261 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.1). 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, 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

- 16 - 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 soient bien motivées. Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs 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 consid. 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 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème 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 consid. 5.2).

- 17 - S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'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). En résumé, 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 précité; 122 V 157 consid. 1c et les références; TF 9C_113/2008 du 11 novembre 2008 consid. 4.2).

E. 5

a) En l'espèce, dès lors que l'appréciation du SMR repose sur les avis médicaux de spécialistes qui ont procédé à un examen attentif des symptômes et des éléments anamnestiques et à une analyse débouchant sur un diagnostic clair et des conclusions convaincantes, la cour de céans considère qu'il a valeur probante et fait siennes ses considérations. Le fait que le médecin traitant de la recourante, le Dr Z. _____, ne partage pas l'opinion du SMR quant à la capacité de travail résiduelle de sa patiente, ne

suffit pas pour remettre en question l'avis médical du SMR, dès lors que le médecin traitant n'apporte aucun élément médical susceptible de démontrer la justesse de son diagnostic (trouble somatoforme douloureux chronique) et de ses conséquences (incapacité totale de travail). b) L'OAI s'est fondé sur l'avis médical du SMR pour retenir une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité habituelle de la recourante (soit d'une part caissière à un taux de 60 %, d'autre part femme de ménage chez un particulier à raison de 3 heures par semaine). La recourante conteste cette appréciation, estimant que son incapacité de travail est entière dans toute activité en raison de son état de santé tant somatique que psychiatrique.

- 18 - Comme on l'a vu ci-dessus, l'avis médical du SMR sur la capacité de travail résiduelle de la recourante est convaincant. Pour le surplus, la cour relève que, sur le plan somatique, le Dr R. _____, spécialiste FMH en orthopédie et en médecine de réadaptation qui suit la recourante depuis 2004 au Centre médical de V. _____, retient une capacité de travail résiduelle de 50 % en raison des troubles orthopédiques (gonalgies bilatérales sur probable arthrose fémoro- patellaire et cervico-scapulalgies) que sa patiente présente (rapport du 18 août 2006). Ce spécialiste a toutefois indiqué que la problématique était, de son point de vue, plutôt de nature psychique. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble affectif bipolaire a été retenu par deux psychiatres, soit le Dr P. _____ et le Dr A. _____ de l'Hôpital psychiatrique de B. _____. Si le premier ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail résiduelle de la recourante (rapport du 8 septembre 2004) tout en indiquant que la reprise d'une activité professionnelle dépendrait de la qualité du suivi psychiatrique qui serait institué, le Dr A. _____, qui a suivi la recourante durant son hospitalisation en juillet 2004 et les trois mois suivants, a attesté, le 21 octobre 2005, que, de son point de vue, l'activité professionnelle habituelle était exigible à 50 %, dans la mesure où il s'agit d'une activité à temps partiel (60 %) et qu'en dehors des épisodes florides psychotiques, la recourante fonctionne plus ou moins bien. Certes, le Dr Z. _____, généraliste et médecin traitant de la recourante, soutient, dans une écriture du 2 août 2006, que sa patiente présente un trouble somatoforme douloureux chronique, que le diagnostic a été posé par de nombreux confrères spécialisés en rhumatologie, psychiatrie et neurologie et que cette affection, mise en lien avec la comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, a une répercussion telle qu'elle rend la recourante totalement incapable de travailler. Dès lors que le trouble somatoforme douloureux chronique relève de la psychiatrie, que les psychiatres qui ont examiné la recourante n'ont pas retenu ce diagnostic et que le médecin traitant n'a pas produit les avis médicaux des confrères spécialistes qu'il évoque dans son courrier, il faut admettre, pour les motifs que développe le SMR (avis médical du Dr H. _____ du 6 février

- 19 - 2007), que l'existence d'un tel trouble est très peu probable, eu égard aux troubles orthopédiques que la recourante présente et aux différentes algies dont elle se plaint. Ce dernier point avait d'ailleurs été relevé par le Dr A. _____ dans son avis médical du 23 février 2005, qui mentionnait que la recourante s'était plainte, lors de la dernière consultation, d'une problématique douloureuse vague et généralisée. La brève hospitalisation de la recourante au mois d'octobre 2006 ne saurait être considérée comme remettant en question l'évaluation qui a été faite de sa capacité de travail pour atteinte psychiatrique. D'une part, la recourante n'est restée que 3 jours à l'hôpital, et d'autre part, comme le relève le SMR, la décompensation sur un mode dépressif était dû à la mauvaise observance du traitement médicamenteux, qui, de par sa spécificité, requiert l'intervention

d'un psychiatre. Les autres pathologies alléguées par la recourante, telles que fatigue, céphalées, apnées du sommeil ont été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail, dès lors qu'elles apparaissent comme les symptômes des troubles physiques et psychiques que présente la recourante. Ainsi, il y a lieu de considérer que l'appréciation médicale de la situation par l'OAI (diagnostics retenus comme atteintes invalidantes et évaluation de la capacité de travail) a été effectuée conformément aux exigences légales. Faute d'éléments pertinents nouveaux, elle ne saurait donc être corrigée. Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité tel qu'effectué par l'OAI, qui s'est fondé sur l'enquête économique de ménage, document qui répond aux exigences de la jurisprudence en la matière, et a appliqué la méthode mixte, ne prête pas le flanc à la critique et peut être confirmé. En particulier, c'est à juste titre que l'intimé a tenu compte, dans l'évaluation du pourcentage des empêchements dans l'activité ménagère, de l'aide apportée par l'époux de la recourante aux tâches ménagères. En effet, comme l'a indiqué l'OAI dans son courrier du 17 octobre 2008, la jurisprudence considère que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus

- 20 - important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504, cons. 4.2).

E. 6

En conclusion, la décision attaquée est bien fondée, de sorte que le recours doit être rejeté.

E. 7

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais, par 400 fr., doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe, en compensation de son avance. Enfin, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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