

# **VD\_GERICHTE ZD09.003464 vom 24. Februar 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-02-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.003464](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.003464)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.003464 du 24 février 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.003464 del 24 febbraio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 s. LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale

- 17 - vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). 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]). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Il est, en outre, recevable en la forme.

### **E. 2**

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; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b; 116 V 246, consid. 1a, et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362, consid. 1; 117 V 287, consid. 4, et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). En l'espèce, est litigieuse la question du degré d'invalidité de la recourante, celle-ci contestant le degré retenu par l'OAI dans la décision entreprise. S'agissant des rapports médicaux du 7 août 2009 ainsi que des 13 et 20 octobre 2009 – joints au courrier du médecin traitant du 27 novembre 2009 –, sur lesquels la recourante se fonde, ils doivent être

- 18 - écartés. En effet, ces pièces concernant des faits postérieurs à la date à laquelle la décision entreprise a été rendue, ils doivent faire l'objet d'une nouvelle décision.

### **E. 3**

a) 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. 1 i.f. 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. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b; TF 9C\_298/2007 du 5 juin 2008, consid. 3.1). Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de

- 19 - tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc; Pratique VSI 2002 p. 64, consid. 4b, p. 70 s.). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393, consid. 3.3; 126 V 75, consid. 6). Un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi- rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. L'assuré a droit à une rente s'il a notamment présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). b) 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 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 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 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances

sociales ne peut liquider l'affaire

- 20 - 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, consid. 3a, et les références citées). 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 confidentiels 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; Pratique VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2e 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). c) J. \_\_\_\_\_, chargée d'un complément d'expertise, a, dans les faits, réalisé une nouvelle expertise. Celle-ci sera préférée à la première ne serait-ce parce qu'elle est plus récente et tient ainsi compte de la situation à jour. Les experts ont pris en compte l'entier des problèmes somatiques et psychiques de l'expertisée. Ils ont établi leurs rapports en tenant compte des avis des praticiens consultés avant eux. Ils ont

- 21 - examiné les critères de Mosimann et motivent leur appréciation de manière convaincante. S'agissant du rapport du CHUV du 9 février 2009, il ne satisfait pas les réquisits légaux. En particulier, il se limite à affirmer que la recourante présenterait une incapacité de travail totale, sans préciser s'il se prononce là uniquement pour l'activité habituelle ou également pour une activité adaptée. Il n'explique par ailleurs pas pour quelle raison les atteintes à la santé de la recourante empêcheraient celle-ci d'exercer une activité lucrative. Ce rapport soutient uniquement que, dans le cas de la recourante, l'on ne peut se baser sur une image radiologique ou sur une IRM pour dire que l'atteinte psoriasique de la recourante serait de faible degré. Cependant, ces médecins n'expliquent pas pour quelle raison un degré plus élevé devrait être retenu. Enfin, à la différence de J. \_\_\_\_\_, ils n'examinent pas la situation de la recourante sous l'angle des critères jurisprudentiels relatifs à la fibromyalgie. Il convient encore de retenir que ces médecins ont vu la recourante après la date à laquelle la décision entreprise a été rendue et qu'ils n'ont dès lors pas une connaissance directe, personnelle et immédiate de la situation médicale de la recourante pour la période antérieure à la date de la décision entreprise. Dans ces circonstances, la seconde expertise de J. \_\_\_\_\_ l'emporte sur le rapport du CHUV. En ce qui concerne l'avis du SMR du 20 août 2008, il ne remplit pas non plus les réquisits légaux, de sorte que sa valeur probante apparaît moindre que celle des expertises de J. \_\_\_\_\_. En ce qui concerne en particulier la seconde expertise de J. \_\_\_\_\_, il estime que les experts

auraient retenu que la baisse de rendement serait essentiellement due aux conséquences d'apnées du sommeil. Or, la recourante ne porterait pas son masque CPAP, se privant ainsi du bénéfice d'un tel traitement, qui peut être exigé d'elle. Dans ces circonstances, elle ne ferait pas tout ce que l'on serait en droit d'attendre d'elle pour diminuer son dommage, de sorte que la baisse de rendement, d'un taux de 20%, retenue par les experts de J. \_\_\_\_\_ ne se justifierait pas. Au sens du SMR, seul un taux de 10%, qu'il déduit en soustrayant 20% (apnées du sommeil) au taux de

- 22 - 30% de baisse de rendement retenu par les experts, doit être reconnu. Néanmoins, à la différence de ce que soutient le SMR, il ressort clairement de la seconde expertise de J. \_\_\_\_\_ que la baisse de rendement de 30% est due à la seule atteinte rhumatologique. Sur le plan purement psychiatrique, les limitations sont à leur sens modérées et sans impact supplémentaire sur la capacité de travail. Les premiers experts estiment que la diminution de rendement de 30% qu'ils ont reconnue est en grande partie due à la fatigue résultant de l'existence d'un syndrome d'apnée du sommeil non traitée puisque la recourante ne s'appareille pas la nuit. Les seconds experts constatent aussi que la recourante ne s'équipe pas la nuit mais ils mettent les conséquences de ce comportement en relation avec les limitations d'ordre psychiatrique, limitations qu'ils estiment modérées et sans influence sur la capacité de travail. De surcroît, on ne voit pas quel est le fondement de l'avis des médecins du SMR selon lequel, sur la diminution du rendement de 30%, une part de 20% est due au syndrome d'apnée du sommeil. Au vu de ce qui précède, la seconde expertise de J. \_\_\_\_\_ ne prête pas le flanc à la critique. Il convient dès lors de retenir que la recourante présente une capacité de travail de 70%, compte tenu de la diminution de rendement. d) Dans sa réponse, l'OAI affirme qu'avec une capacité de travail de 70%, le degré d'invalidité de la recourante n'atteint pas le seuil lui permettant d'obtenir une rente. Il convient cependant de constater que dans son calcul, l'OAI omet de tenir compte d'un abattement de 20% qu'il a lui-même retenu dans la décision entreprise. L'OAI n'ayant pas contesté cet abattement, ni invoqué de raisons pertinentes de s'en écarter, il convient d'en tenir compte dans le calcul du degré d'invalidité de la recourante.

- 23 - En l'espèce, il ressort de l'instruction que la recourante a présenté une incapacité de travail dans son activité habituelle à partir du courant du mois d'octobre 2005, de sorte qu'un éventuel droit à la rente pourrait lui être reconnu dès le 1er novembre 2006 (art. 28 al. 1 let. b LAI). Il ressort encore de l'instruction qu'en 2004, la recourante touchait 1'831 fr. 80, treize fois par année, pour un taux d'activité de 50%. Ce qui correspond à un salaire annuel en 2006 de 48'680 fr. 30 pour une activité à plein temps ( $[13 \times 1'831 \text{ fr. } 80 \times 2] + 1\%$  d'indexation pour 2005 + 1,2% d'indexation pour 2006). Selon l'ESS 2006, le salaire déterminant pour des femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé est de 4'019 fr. par mois (tableau A1). Pour un horaire hebdomadaire de 41,7, et non de 41,6 comme retenu à tort dans la décision, le salaire annuel en 2006 est de 50'227 fr. 69 pour une activité à plein temps. Afin d'obtenir le revenu d'invalidé, il convient encore de tenir compte de la baisse de rendement de 30% et de l'abattement de 20%. Ce qui nous donne un revenu annuel d'invalidé en 2006 de 28'155 fr. 51 ( $[50'227 \text{ fr. } 69 - 30\%] - 20\%$ ). La perte de gain s'élève ainsi à 20'524 fr. 80 (48'680 fr. 30 - 28'155 francs 51). Ce qui représente un degré d'invalidité de 42,16% ( $20'524 \text{ fr. } 80 : 48'680 \text{ francs } 30$ ). Conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, la recourante a dès lors droit à un quart de rente à partir du 1er novembre 2006.

#### **E. 4**

a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité dès le 1er novembre 2006. 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 - 24 - se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Obtenant gain de cause, aucun frais de justice ne sera mis à la charge de la recourante (art. 49 al. 1 LPA-VD). La recourante a droit de la part de l'OAI à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. (art. 55 LPA-VD; 61 let. g LPGA).

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