

## **VD\_GERICHTE ZD09.019606 vom 10. Februar 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-02-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.019606](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.019606)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.019606 du 10 février 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.019606 del 10 febbraio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la

- 26 - situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, 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 confident 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2, 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4).

#### **E. 5**

a) En l'espèce, s'agissant de la capacité de travail, lors de la première décision rendue par l'OAI le 3 octobre 2000, il n'y avait pas d'affections somatiques entraînant une incapacité de travail dans une activité adaptée. Sur le plan psychique, le TASS a retenu une incapacité de

travail moyenne de 10% tout au plus.

- 27 - Depuis lors, la recourante a été hospitalisée en milieu psychiatrique en octobre 2006 pour état confusionnel et troubles du comportement. Hormis cet épisode, il n'y a rien au dossier attestant d'une aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique.

b) Sur le plan somatique, le Dr O.\_\_\_\_\_ indique une incapacité de travail totale depuis le 1er mars 2002, sans la motiver. Son avis ne peut dès lors être suivi. Le Dr K.\_\_\_\_\_ mentionne que la recourante est atteinte de rhizarthrose bilatérale et qu'elle a subi une intervention à la main droite le 10 septembre 2003, sa capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir ne nécessitant pas l'usage en force et répétitif des deux mains, étant de 50% depuis le 1er janvier 2004 et entière dès le 1er avril 2004. Les rapports du Dr K.\_\_\_\_\_ sont complets et détaillés et les conclusions de ce praticien sont claires et motivées. Elles sont en outre confirmées par la Dresse W.\_\_\_\_\_. En conséquence, il y a lieu de les suivre. La recourante souffre en outre d'une BCPO diagnostiquée en avril 2004. Le Dr C.\_\_\_\_\_ estime que cette affection permet à la recourante d'exercer une activité adaptée dans un environnement sain à raison de 50% au maximum, le rendement devant dépendre de l'évolution de la maladie respiratoire et de l'extension des bronchectasies. Il retient les limitations fonctionnelles suivantes : la position assise ne doit pas dépasser 4 à 6 heures par jour et la position debout 4 heures par jour. En outre, sont à éviter la position à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, lever, porter ou déplacer des charges, des mouvements des membres ou du dos répétitifs, un horaire de travail irrégulier de nuit/matin, un travail en hauteur/sur une échelle et des déplacements sur sol irrégulier ou en pente. A éviter également le froid, la poussière et les allergènes connus et identifiés. Les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_ sont claires et motivées. Elles doivent être suivies également. Quant à l'hospitalisation de la recourante du 25 mai au 12 juin 2009 pour évaluation pneumologique, optimalisation du traitement et réhabilitation respiratoire, elle a eu lieu après que les décisions litigieuses

- 28 - ont été rendues et il ne peut en être tenu compte dans la présente procédure. Le 21 septembre 2006, la recourante a subi une spondylodèse pour canal lombaire étroit, et avec reprise pour brèche avec liquorrhée le 23 septembre 2006. L'évolution est favorable lors du contrôle le 26 février 2007. Le Dr X.\_\_\_\_\_ estime qu'une activité adaptée peut être exigée, les limitations fonctionnelles étant : pas de position debout, à genoux ou accroupie, d'inclinaison du buste, éviter de lever, porter ou déplacer des charges, des mouvements des membres ou du dos, pas de travail en hauteur/sur une échelle, ni de déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Le parcours à pied ne doit pas dépasser 50 m. Les conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_ sont également claires et bien motivées. Elles ne sont remises en cause par aucun autre spécialiste. Elles doivent donc être suivies. La recourante a certes été hospitalisée 10 jours dans le service de rhumatologie du CHUV pour une cruralgie droite sur hernie discale para-médiane droite L3-L4. Le Pr S.\_\_\_\_\_ mentionne toutefois qu'au vu de la bonne évolution, il n'y a pas d'indication pour une sanction chirurgicale, le traitement conservateur devant être poursuivi avec une baisse progressive de l'antalgie. Le 17 juin 2010, il a confirmé cette évolution. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail. Le Dr L.\_\_\_\_\_ mentionne dans sa lettre du 21 juin 2010, que la situation de la recourante depuis juin 2008 évolue relativement peu. S'agissant de l'incapacité de travail, il indique qu'elle persiste à 100% mais aussi qu'il laisse à ses confrères spécialistes le soin d'évaluer les pourcents de cette incapacité qu'il n'estime pas totale. Cette appréciation de la capacité de travail, peu claire, voir contradictoire ne peut être retenue. Quant à la Dresse

V. \_\_\_\_\_, elle estime la capacité de travail dans une activité adaptée à 30-40 %. Elle ne motive toutefois pas cette appréciation, de sorte qu'elle ne peut être retenue non plus. En conséquence il y a lieu de retenir dans une activité adaptée une incapacité de travail complète dès le 10 septembre 2003, date de

- 29 - l'intervention subie à la main droite, puis de 50% dès le 1er janvier 2004, l'incapacité de travail perdurant par la suite au même taux à cause de la BCPO, ce jusqu'au 21 septembre 2006, date à laquelle la recourante a subi une spondylodèse pour canal lombaire étroit, ce qui a entraîné une incapacité de travail totale ayant duré jusqu'au 26 février 2007. Cette affection n'ayant plus entraîné d'incapacité de travail par la suite, la recourante était de nouveau apte à travailler à 50%. C'est d'ailleurs ce qu'a retenu la Dresse W. \_\_\_\_\_ dans son avis du 16 juillet 2007 et qui doit être ainsi confirmé. c) Le droit à la rente est ainsi ouvert dès le 1er septembre 2004, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année (art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur au 31 décembre 2007).

## E. 6

Sur le plan économique, il faut, selon la jurisprudence procéder à une comparaison entre le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (ATF 132 V 393 consid. 3.2). 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, exprimée en pour-cent (ATF 114 V 310), permettant de calculer le taux d'invalidité (TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010, consid. 6.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalide doit être déterminé selon les données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ci- après: ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Il convient alors de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant

- 30 - toujours sur la médiane ou valeur centrale. En ce qui concerne le revenu sans invalidité, bien qu'il soit hypothétique, la jurisprudence considère qu'il n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_104/2010 du 27 juillet 2010, consid. 4.1). Concernant le revenu sans invalidité, la recourante a travaillé comme serveuse. Le TASS avait retenu un revenu mensuel de 2'710 fr. en se fondant sur l'art. 10 ch. I lettre b) de la CCNT pour les hôtels, restaurants et cafés (collaborateurs sans apprentissage avec formation élémentaire). En 2004, l'art. 10 al. 1 ch. I (Collaborateur sans apprentissage) de la CCNT prévoit le montant mensuel de 3'120 fr. et en 2007 celui de 3'242 fr. comme l'a retenu l'OAI. Le salaire annuel sans invalidité s'élève ainsi à 40'560 fr. (3'120 fr. x 13) en 2004 et 42'146 fr. en 2007 (3'242 fr. x 13). Quant au salaire avec invalidité dans la mesure où la recourante n'a pas repris d'activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, il convient de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent de

l'ESS. En l'occurrence, pour 2004 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, 3'893 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2004; TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant est porté à 4'048 fr. 72, ce qui donne un salaire annuel à 100% de 48'584 fr. 64, soit à 50%, un salaire d'invalidé de 24'292 fr. 32.

- 31 - Pour l'année 2007, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2006, soit 4'019 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2006; TA1; niveau de qualification 4), adapté à la durée hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises en 2007 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2009, p. 90, tableau B 9.2), et indexé à l'évolution des salaires nominaux entre 2006 et 2007 (+1.60% de 2006 à 2007), soit 4'256 fr. 85, ce qui donne un salaire annuel à 100% de 51'82 fr. 13, soit à 50% un salaire d'invalidé de 25'541 fr. 10. Le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut encore faire l'objet d'un abattement. La mesure dans laquelle ces salaires doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C\_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1; TF 9C\_354/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5.1). Il convient d'examiner ce qu'il en est, dans le cas concret, du taux d'abattement fixé par l'OAI. En principe, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2). En l'espèce, l'OAI a réduit le revenu d'invalidé pour 2004 et 2007 de 10% pour tenir compte des empêchements propres à la personne de la recourante. Cette réduction apparaît toutefois nettement insuffisante, compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles de la recourante, de son âge et de son absence de formation. Il y a lieu dès lors lieu de

- 32 - retenir une réduction de 20%. Le revenu sans invalidité s'élève ainsi à 19'433 fr. 90 en 2004 et à 20'432 fr. 85 en 2007. Comparés aux revenus sans invalidité pour ces mêmes années, le taux d'invalidité est le suivant: Pour 2004: revenu sans invalidité: 40'560 fr. revenu avec invalidité: 19'433 fr. 90 perte de gain: 21'126 fr. 14 taux d'invalidité: 52.09% Pour 2007: revenu sans invalidité: 42'146 fr. revenu avec invalidité: 20'432 fr. 85 perte de gain: 21'713 fr. 15 taux d'invalidité: 51.52%. La recourante a dès lors droit à : - une demi-rente, du 1er septembre 2004, soit après le délai d'attente d'une année, au 31 décembre 2006; - une rente entière du 1er janvier 2007, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 2, RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) au 31 mai 2007; - une demi-rente (51.52%) dès le 1er juin 2007, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 1, RAI.

## **E. 7**

Par conséquent, le recours est partiellement admis et les décisions attaquées réformées au sens des considérants qui précèdent. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant

procédé seule (art. 55 al. 1 LPA-VD), ni de percevoir de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

- 33 -

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