

# **VD\_GERICHTE ZD09.040157 vom 23. Mai 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-05-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.040157](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.040157)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.040157 du 23 mai 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.040157 del 23 maggio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

- 10 - b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 2008; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cour de céans est donc compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par C. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 19 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. c) S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise 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).

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, soit sur la détermination de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles : alors que l'OAI a retenu une capacité de travail entière, dans une activité adaptée, à partir septembre 2007, avec une diminution de rendement de 10%, la recourante soutient que ses douleurs ne lui permettent en aucun cas de pouvoir travailler.

- 11 -

### **E. 3**

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et

### **E. 4**

a) Pour déterminer le droit de l'assurée à des prestations de l'AI, l'office intimé s'est fondé sur le rapport médical de la Dresse

- 13 - Y.\_\_\_\_\_ du SMR du 26 septembre 2008 (cf. lettre B supra), qui conclut à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de la recourante, mais à une capacité de travail complète, avec toutefois une diminution de rendement de 10%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ce rapport est basé sur les pièces médicales figurant au dossier de l'OAI, notamment sur divers documents d'imagerie médicale, ainsi que sur l'examen clinique rhumatologique de la recourante, effectué le 12 septembre 2008. Il comporte une anamnèse détaillée, qui prend en considération les plaintes exprimées par la recourante, ainsi qu'un status général et ostéoarticulaire. Quant à l'appréciation médicale, elle est claire et suffisamment motivée. La Dresse Y.\_\_\_\_\_ explique notamment de façon détaillée, avec des exemples à l'appui, les raisons pour lesquelles elle retient des cervico-scapulo-dorsalgies gauches comme seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Le rapport SMR du 26 septembre 2008 satisfait donc à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée (cf. consid. 3.c supra). b) Par ailleurs, l'appréciation de la Dresse Y.\_\_\_\_\_ ne saurait être remise en cause par les rapports des autres médecins qui se sont exprimés sur l'état de santé de la recourante. En effet, tant le certificat médical émis le 28 janvier 2009 par le Dr V.\_\_\_\_\_ (cf. lettre C.b.aa supra) que le courrier du 1er décembre 2008 adressé à ce dernier par le Dr L.\_\_\_\_\_ (cf. lettre C.b.bb supra) ne font que confirmer les atteintes à la santé de la recourante déjà retenues lors de l'examen du SMR, sans faire état d'aucun fait médical nouveau sur le plan objectif et sans d'ailleurs se prononcer sur la capacité de travail de la recourante. Certes, le Dr V.\_\_\_\_\_ atteste une aggravation de l'état de santé de sa patiente, sur la base d'une exacerbation de ses douleurs depuis quelques mois. Cette appréciation apparaît toutefois uniquement fondée sur les plaintes subjectives de la recourante, plutôt que sur des éléments médicaux concrets et précis. Par conséquent, le certificat médical du 28 janvier 2009 ne s'avère pas suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien fondé des conclusions adoptées fin septembre 2008 par le SMR ou pour permettre de retenir une aggravation objective de l'état de santé de la

- 14 - recourante depuis lors. Par ailleurs, il convient de relever que l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_ semble contredite par celle du Dr L.\_\_\_\_\_, qui mentionne quant à lui une lente amélioration de la symptomatologie douloureuse de sa patiente. En ce qui concerne l'existence d'une éventuelle affection psychiatrique invalidante, il convient de relever que le Dr V.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 12 mars 2008 (cf. lettre A.c supra), fait état d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel, alors que le Dr L.\_\_\_\_\_, plus nuancé, ne retient que la probable existence d'un tel diagnostic dans son rapport médical d'août 2008 (cf. lettre A.d supra). Cette appréciation, outre le fait qu'elle doit être relativisée, dès lors qu'elle émane principalement du médecin traitant de la recourante (cf. consid. 3.c supra), ne repose toutefois sur aucune motivation ou symptôme autre que les douleurs dont se plaint la recourante au moindre effleurement. Or ces plaintes ont été dûment prises en compte et investiguées par la Dresse Y.\_\_\_\_\_, qui n'a retenu qu'un diagnostic de majoration des plaintes, sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, l'état dépressif attesté par le Dr V.\_\_\_\_\_, qui est postérieur de deux mois au début de l'incapacité de travail de sa patiente, apparaît dès lors bien plus comme la conséquence de cette incapacité de travail que comme sa cause. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'OAI n'a pas retenu d'atteinte à la santé invalidante sur le plan psychique, sans qu'il eût été

nécessaire de compléter l'instruction du dossier de son assurée par une évaluation médicale émanant d'un spécialiste en psychiatrie. c) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit aucun motif de s'écarter de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante retenue par l'OAI sur la base notamment du rapport de la Dresse Y. \_\_\_\_\_. Il s'ensuit que la décision de l'OAI du 19 octobre 2009 échappe à la critique, en tant qu'elle retient que la recourante présente, depuis le mois de septembre 2007 et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle une activité industrielle légère, une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 10%.

- 15 -

## **E. 5**

a) Selon la jurisprudence constante (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb), en l'absence d'un revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé, son revenu d'invalidé (second terme de la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGa pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative) peut être évalué sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, singulièrement sur les salaires mensuels bruts (groupe de tableaux A), en partant de la valeur centrale (médiane) (TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009, consid. 3.1.1). Le montant 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, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de 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). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393, consid. 3.3; 126 V 75, consid. 6). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (TF 9C\_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1). b) En l'espèce, et bien que ce dernier point ne soit pas contesté par la recourante, il convient de relever d'office que le calcul du préjudice économique n'a pas été correctement effectué par l'autorité intimée, en ce sens qu'en 2006, l'horaire de travail moyen usuel dans les

- 16 - entreprises était de 41,7 heures et non de 41,8 heures. Par ailleurs, les taux concernant l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 sont de 1,5% et de 1,8%, et non de 1,4% et de 2,07% comme indiqué dans la décision litigieuse. Cela étant, le revenu annuel d'invalidé, qui doit ainsi être porté à 41'450 fr. 30, reste supérieur au revenu que la recourante percevrait en 2008 sans atteinte à la santé, compte tenu également du fait que l'autorité intimée n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant un abattement de 20% sur le revenu d'invalidé de la recourante, soit un taux proche du maximum autorisé par la jurisprudence, afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles et de la diminution de son rendement.

## **E. 6**

a) En définitive, le recours, mal fondé, 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 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 se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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