

# **VD\_GERICHTE ZD10.019274 vom 21. März 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-03-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD10.019274](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.019274)

FR: VD\_GERICHTE ZD10.019274 du 21 mars 2012

IT: VD\_GERICHTE ZD10.019274 del 21 marzo 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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 présente loi ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). L'art 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton du domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des OAI cantonales peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Il doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

### **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

- 10 - 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a) b) En l'occurrence, la recourante conteste le refus de l'OAI de lui octroyer une rente d'invalidité mais limite elle-même l'objet de son recours, en précisant que "n'est litigieuse que la méthode de calcul". Avec ses propres calculs, la recourante arrive à un degré d'invalidité global de 54%, ce qui lui ouvrirait le droit à une demi-rente d'invalidité.

### **E. 3**

a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Le statut de l'assuré (assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel) détermine la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable, entre les trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps

complet, art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; méthode spécifique de comparaison des champs d'activité, applicable aux assurés non actifs, art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGA et l'art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]; méthode mixte, applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel [art. 28a al. 3 LAI]). La détermination du statut de l'assuré s'effectue en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, en tenant compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 125 V 146 consid. 2c; ATF 117 V 194 consid. 3b; TF I 707/01 du 20 février 2003 consid. 2.1). Il s'agit d'une appréciation hypothétique qui doit prendre en compte également des intentions hypothétiques de la personne assurée, lesquelles ne peuvent pas être prouvées directement mais doivent en règle générale être déduites d'indices externes (TF I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2; ATF 137 V 334). b) Le Tribunal fédéral a récemment eu à se prononcer sur la question de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et, à cette occasion, a pris position sur les critiques régulièrement formulées par la doctrine à propos de cette méthode (cf. ATF 137 V 334). De cet arrêt du 8 juillet 2011, il ressort notamment ce qui suit: Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps

- 11 - partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (arrêt TF 9C\_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2). L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité.

- 12 -

L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité (CIIAI; ATF 130 V 61; ATF 128 V 93; arrêt I 246/05 du 30 octobre 2007 consid. 5.2.1 et les références, in SVR 2008 IV n° 34 p. 111; voir également ATF 133 V 504 consid. 4).

- 13 - Tel que défini à la base, le risque "invalidité" comporte ainsi, selon la jurisprudence, deux composantes distinctes et opposées. Les critères sur lesquels se fonde l'évaluation de l'invalidité diffèrent selon que l'on a affaire à une personne exerçant ou n'exerçant pas d'activité lucrative; dans le premier cas, on tient compte de l'incapacité de gain, laquelle s'évalue sur la base de critères économiques; dans le second cas, on prend en considération l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels, qui résulte d'un examen empirique d'une situation factuelle particulière. Une même atteinte à la santé peut ainsi aboutir à des degrés d'invalidité différents en fonction de la méthode avec laquelle elle a été appréciée. Cette discordance est inhérente au système légal de l'évaluation de l'invalidité et ne saurait donner lieu à critique. La difficulté à laquelle a été confrontée la jurisprudence au cours du temps fut de concilier ces deux méthodes - très différentes dans leur conception - dans la situation d'une personne exerçant une activité lucrative à temps partiel et consacrant le reste de son temps à ses activités habituelles. Compte tenu de la dualité méthodologique imposée par le législateur à l'art. 28a al. 3 LAI, la détermination de l'ampleur du dommage global subi dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne peut se faire, qu'en évaluant de manière séparée le degré d'invalidité relatif à chaque domaine d'activité (sous réserve de la prise en compte des effets réciproques prévue à l'ATF 134 V 9). S'agissant de la part que la personne assurée consacre à l'exercice d'une activité lucrative, il convient, au moment de l'évaluation du degré d'invalidité, de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance- invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral, soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. En choisissant de ne travailler qu'à temps partiel, la personne assurée renonce délibérément à une partie du salaire qu'elle pourrait réaliser en travaillant à plein temps pour se contenter du seul revenu de son activité à temps partiel; la diminution de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance- invalidité d'indemniser une perte de revenu - hypothétique - relative à une

- 14 - activité que la personne assurée n'aurait jamais exercée en l'absence d'atteinte à la santé (cf. arrêt TF 9C\_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.3, in FamPra.ch 2010 p. 134). De l'avis du Tribunal fédéral, c'est pour ces motifs qu'il se justifie de prendre en compte, pour calculer le revenu sans invalidité, le salaire effectif réalisé par la personne assurée avant la survenance de l'invalidité (cf. 137 V 334 consid. 5.5.3). c) En l'occurrence, la recourante ne remet pas en cause le principe même de l'application de la méthode mixte mais se plaint de la manière dont cette méthode a été appliquée. Il n'est en effet pas contesté qu'en l'espèce, l'assurée partage son activité en deux 50% d'active et de ménagère. Les critiques formulées par la recourante correspondent à celles régulièrement émises par la

doctrine (cf. ATF 137 V 334 consid. 5), qui considère que le degré d'invalidité calculé selon la méthode mixte aboutirait à un résultat peu satisfaisant car souvent inférieur à celui obtenu à l'aide d'une autre méthode. Or, comme on l'a vu ci-dessus, le Tribunal fédéral a récemment répondu à l'ensemble de ces critiques et rejeté l'argumentation selon laquelle l'application de la méthode mixte aurait pour conséquence de procéder à une double pondération du degré d'invalidité relatif à la part consacrée à l'activité lucrative. Il s'agit, selon la Haute Cour, de calculer dans une première étape le degré d'invalidité – effectif – de la personne assurée, dans le respect du but et de l'esprit de l'assurance-invalidité puis seulement, dans une seconde étape, de pondérer les champs d'activité. Cela étant, c'est à juste titre que l'intimé a pris en compte, pour calculer le revenu sans invalidité de l'assurée, le salaire effectif réalisé par celle-ci avant la survenance de l'invalidité et non celui calculé sur la base d'un temps plein, car ce calcul conduirait, comme le dit le Tribunal fédéral, à l'indemnisation d'un dommage virtuel et fictif, ce qui est contraire au but et à l'esprit de l'assurance-invalidité et à la notion d'assurance. Le degré d'incapacité de travail n'étant pas litigieux, l'OAI a fixé le taux d'empêchement économique à 3,58 %, en tenant compte d'un salaire sans invalidité à 50% de 24'000 fr. et d'un salaire avec invalidité de 22'280 fr. (taux d'abattement 5%), appréciation dont il

- 15 - n'y a pas lieu de s'écarter. Par ailleurs, le degré d'invalidité de 25% (50% x 50%) que l'OAI a finalement reconnu à la recourante dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, échappe également à la critique. En effet, l'intimé a tenu compte à cet égard, sur la base des derniers rapports médicaux, du fait que l'incapacité de travail était désormais de 50% dans toute activité pour raisons psychiatriques, ce qui est bien supérieur à ce dont il avait tenu compte dans un premier temps en se fondant sur l'enquête économique effectuée en 2005. Ainsi, l'addition des degrés d'invalidité dans l'activité lucrative (3,58%) et dans l'activité ménagère (25%) conduit à un degré d'invalidité total arrondi de 29%, ce qui ne donne pas droit à une rente, étant donné qu'il est inférieur au taux minimal de 40%.

#### **E. 4**

Dans ses déterminations adressées à la Cour de céans, la recourante a mis en cause la manière dont l'intimé avait mené l'instruction de son dossier et considère que celle-ci est entachée de plusieurs vices. Dans ces circonstances, elle estime nécessaire la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. En relation avec cette requête, la recourante a proposé la convocation des parties à une audience, au cours de laquelle elle pourrait développer ses arguments à propos de la nécessité d'une telle mesure d'instruction complémentaire. Dans sa dernière écriture, du 16 mars 2012, la recourante a renouvelé sa précédente requête (du 6 octobre 2010), en s'y référant. a) La « proposition » d'audience de comparution personnelle n'est pas une requête fondée sur l'art. 6 § 1 CEDH tendant à ce qu'une audience publique du tribunal soit organisée. Selon la jurisprudence, l'obligation d'organiser des débats publics sur la base de cette garantie conventionnelle suppose une demande, formulée d'une manière claire et non équivoque, par une partie au procès. Une simple requête tendant à l'administration d'une preuve, par exemple à l'audition d'un témoin, voire à la mise en œuvre d'une expertise, n'est pas formellement une requête de débats publics (ATF 136 I 279 consid. 1; 122 V 47 consid. 3; TF 9C\_402/2010 du 21 février 2011 consid. 2.1).

- 16 - En l'occurrence, la requête visait la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. La recourante a proposé de compléter son argumentation au sujet de la nécessité de cette mesure d'instruction au cours d'une audience; elle estimait néanmoins

qu'il était possible, pour le tribunal, d'ordonner cette expertise sans audience préalable. En mentionnant une audience de comparution personnelle dans son écriture du 6 octobre 2010, la recourante n'a donc pas présenté une requête formelle de débats, fondée sur l'art. 6 CEDH; elle a simplement proposé une modalité relative à une mesure probatoire. En renouvelant sa requête le 16 mars 2012, la recourante n'a pas davantage demandé des débats publics au sens de l'art. 6 CEDH. Elle s'est bornée à rappeler la teneur de sa précédente requête. Au demeurant, la partie qui entend demander l'organisation d'une audience publique doit le faire suffisamment tôt, et ne saurait attendre plusieurs mois après la fin de l'échange d'écritures. Du reste, lorsque la lettre du 16 mars 2012 est parvenue à la Cour de céans, la cause était prête à être jugée. Il reste donc à examiner si la mise en œuvre d'une expertise médicale était nécessaire. b) En l'occurrence, il est douteux que la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire soit nécessaire, vu l'objet du litige encore pendant devant la Cour de céans. De plus, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPG), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). A cet

- 17 - égard, les avis des médecins du SMR, qui ont pris position de manière claire et précise sur les autres avis médicaux émis dans le dossier, sont suffisamment probants. On relèvera enfin que les critiques émises à l'encontre de la Drsse U.\_\_\_\_\_ ne sauraient être retenues. Si l'on doit considérer, comme l'admet d'ailleurs l'intimé, que le rapport du 25 août 2008 est entaché d'un vice de forme dans son volet psychiatrique (cf. TF 9C\_359/2009 du 26 mars 2010; TF 9C\_270/2008 du 12 août 2008; arrêt CASSO du 18 novembre 2010 AI 626/08 - 455/2010), un nouvel examen clinique psychiatrique complet de la recourante a été effectué par la Drsse L.\_\_\_\_\_ le 8 avril 2009, soit à une date largement postérieure à l'octroi de son autorisation de pratiquer la médecine à titre dépendant selon le droit cantonal (acquise le 24 novembre 2006); ce document est au demeurant cosigné par son supérieur hiérarchique, la Drsse N.\_\_\_\_\_, médecin-chef au SMR (cf. TASS AI 237/07-104/2008 4 mars 2008 consid. 3d).

## **E. 5**

En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. En dérogation à l'art. 61 let. a LPG, 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 (art. 69 al. 1bis LAI). Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent en l'espèce être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 LPA-VD). Vu l'issue du litige, la recourante ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPG; art. 55 al. 1 LPA-VD).

- 18 -