

VD_GERICHTE ZD13.019927 vom 12. Mai 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.019927

FR: VD_GERICHTE ZD13.019927 du 12 mai 2015

IT: VD_GERICHTE ZD13.019927 del 12 maggio 2015

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 134/13 - 140/2015 ZD13.019927 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 12 mai 2015 _____ Composition : Mme RÖTHENBACHER,
présidente Mme Berberat, juge, et M. Gutmann, assesseur Greffière : Mme Barman Ionta
***** Cause pendante entre : C. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me
Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.
_____ Art. 4 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. C. _____ (ci-après : l'assurée), née au Sri Lanka en 1955, femme de ménage, a déposé une demande de prestations de l'assurance- invalidité le 1er février 2012, invoquant une opération de la valve cardiaque, du diabète et de l'asthme précédant ses problèmes cardiaques. Dans le formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) », l'assurée précisait qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait comme femme de ménage à 80-100% par nécessité financière, satisfaction et bien-être personnel. Dans un rapport du 26 septembre 2011 remis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), les Drs Y. _____ et F. _____, chef de clinique respectivement médecin assistante dans le Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du M. _____, ont posé les diagnostics suivants : « • Diabète de type 2 diagnostiqué en 1997, compliqué de : • Maladie coronarienne monotronculaire avec sténose serrée de la première diagonale et de l'IVA proximale ayant nécessité 2 pontages aorto-coronariens (AMIG sur IVA et veineux sur la 1ère diagonale) en février 2011 • Polyneuropathie débutante des MI • Dyslipidémie traitée • Asthme allergique sur hypersensibilité aux acariens et à la poussière • Hypersensibilité aux pollens des graminées d'expression clinique incertaine. » Le 28 mars 2012, les Dresses Q. _____, cheffe de clinique, et R. _____, médecin assistante du Service de rhumatologie du M. _____, ont adressé leur rapport à l'OAI, dans lequel les diagnostics suivants étaient retenus : « Diagnostic avec effet sur la capacité de travail : - Syndrome du tunnel carpien bilatéral plus important à droite qu'à gauche. Existant depuis 2006 Diagnostic sans effet sur la capacité de travail :

- 3 - - Asthme allergique - Cardiopathie ischémique - Diabète insulino-requérant - Dyslipidémie - Hypovitaminose D - Status post-hystérectomie. » De l'avis des Dresses Q. _____ et R. _____, après le traitement chirurgical du tunnel carpien, si l'évolution était favorable comme espéré, l'assurée pourrait travailler à 100 %. Dans un rapport du 16 août 2012, le Dr S. _____, chef de clinique, et la Dresse K. _____, médecin assistante – et médecin traitant de l'assurée – à la Consultation générale de la T. _____, ont posé les diagnostics suivants : « Diagnostics avec effet sur la capacité de travail • Cardiopathie ischémique avec : - Status post 2 pontages aorto-coronariens AMIG sur l'IVA et veineux

sur diagonale en février 2011 - Sténose de l'IVA à 70-90% et sténose de la 1ère diagonale à 70- 90% selon coronarographie de mars 2011. • Valve aortique discrètement sclérosée avec minime insuffisance centrale (1/4) sans sténose significative selon échographie cardiaque du janvier 2012 Diagnostics sans effet sur la capacité de travail • Diabète mellitus de type 2 non insulino-requérant connu depuis 1997 avec : - Polyneuropathie débutante • Dyslipidémie traitée • Dyspepsie • Carence en vitamine D • Cervicobrachialgies D avec discopathies multi-étagées et discarthrose C5-C6 • Asthme allergique aux pollens, acariens et poils de chat • Syndrome du tunnel du carpien bilatéral avec cure chirurgicale sur la main D en mai 2012 • Status post hystérectomie et 2 césariennes » Comme restrictions physiques, les Drs S._____ et K._____ ont mentionné une dyspnée à l'effort, des douleurs thoraciques reproductibles à la palpation à la suite de la thoracotomie en 2011, une fatigabilité et un épuisement musculaire précoces, des cervicalgies sur discopathies multi-étagées et un syndrome du tunnel carpien bilatéral.

- 4 - Le 14 janvier 2013, l'assurée s'est soumise à une expertise médicale ordonnée par l'OAI, eu égard à l'absence d'éléments dans les documents médicaux au dossier permettant de déterminer la capacité de travail en tant que femme de ménage, dans toute activité adaptée, et les limitations fonctionnelles rencontrées. L'expertise a été réalisée par le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a bénéficié du concours d'un traducteur tamoul. Son rapport, rédigé le 15 janvier suivant, se concluait ainsi : « 6. Appréciation du cas et pronostic Mme C._____, tamoule d'origine, mariée, mère de 2 enfants majeurs, indique être au bénéfice d'une formation de couturière acquise dans son pays. Etablie en Suisse en 1996 où elle est venue rejoindre son mari, lui-même aide cuisinier en Suisse dès 1992. Elle indique avoir travaillé comme femme de ménage et nettoyeuse en textile en blanchisserie. Elle était inscrite à la caisse du chômage dès le 01.05.2009. Elle présente une incapacité de travail à 100% dès le 31.01.2011 et a déposé une demande de prestation AI le 02.02.2012. 6.1 Rappel de l'histoire médicale Mme C._____ présente un diabète de type II diagnostiqué en 1997 dont la prise en charge est annoncée difficile par une observance sous-optimale. En 2006, une coronarographie montrait une sténose non significative de l'IVA à 30% et une épreuve d'effort était négative en 2008. En fin janvier 2011, elle se plaint d'un angor typique la faisant consulter en urgence le 01.02.2011 à la T._____ du M._____. Le 16.02.2011, elle bénéficie d'un double pontage aorto-coronarien pour sténose significative de l'IVA et de la 1ère diagonale. Les autres artères sont saines. La fraction d'éjection ventriculaire gauche est de 65% et l'intervention se déroule sans complication. Elle bénéficie d'une réadaptation cardio-vasculaire au CTR de [...] dès le 03.03.2011 et un arrêt de travail pour cette affection est prescrit du 01.02.2011 au 16.04.2011. Sur le plan cardiaque, l'évolution est favorable, sans récurrence d'angor. L'épreuve d'effort, effectuée en raison de la persistance de douleurs thoraciques atypiques revient négative. Un an après le pontage aorto-coronarien, l'évolution est déclarée favorable. L'échocardiographie transthoracique du 04.01.2012 est normale. L'ergométrie du 13.09.2011, revenue normale, n'est pas répétée. Sur le plan métabolique, l'équilibre des glycémies est correct sous Janumet et Gliclazide. Il est fait état de malaises de type

- 5 - hypoglycémique non objectivés. L'hémoglobine glyquée du 16.08.2012 est annoncée à 7,7%. Il n'est pas décrit de complications rénales ou ophtalmiques. En revanche, il est fait état d'une polyneuropathie débutante. En mai 2012, il est constaté une aggravation d'un syndrome du tunnel carpien droit déjà objectivé en 2006, raison pour laquelle elle bénéficie

après échec d'un essai d'attelle, d'une neurolyse en juin 2012 avec bon résultat. Il est à noter qu'examinée également par les rhumatologues en mai 2012, les Rx des mains étaient normales, de même que l'US. Une IRM de la colonne cervicale faisait état d'une discrète discopathie multi-étagée, sans conflit et sans autre lésion, notamment sans argument pour une myélopathie. Mme C._____ présente anamnestiquement, dès l'opération du pontage aorto-coronarien, un syndrome douloureux de l'hémi-tronc gauche avec douleurs provoquées à la palpation des premières côtes gauches, provoquant des irradiations dans le membre supérieur gauche ainsi que des vertiges mal systématisés. Ces douleurs atypiques n'ont pas reçu d'explication, ni cardiaque, ni rhumatismale.

6.2 Situation actuelle

Sur le plan cardiologique, la situation semble favorable, sans récurrence d'angor et sans argument clinique ou échocardiographique suggestif d'une insuffisance cardiaque. Il n'est pas rapporté d'arythmie. Concernant le diabète, l'examen des dernières glycémies semble démontrer un contrôle tout à fait satisfaisant. Il n'est plus fait état actuellement d'hypoglycémies. À part la cardiopathie ischémique, le diabète est probablement à l'origine d'une polyneuropathie discrète et débutante, s'exprimant par une hypoesthésie vibratoire essentiellement et une discrète diminution de la discrimination au tact à la face plantaire, notamment du pied droit. Il n'est pas rapporté de complication rénale et il n'y a pas de plainte ophtalmique, en précisant qu'un bilan aura lieu tout prochainement. Il est fait état de nausées en rapport avec un traitement de codéine. Ainsi, l'évolution 3 ans après pontage aorto-coronarien chez cette diabétique traitée par ADO apparaît favorable et il n'est pas possible de définir des limitations fonctionnelles substantielles dans une activité sans port de lourdes charges. La plainte principale annoncée par Mme C._____ concerne un syndrome douloureux de l'hémi-tronc gauche et irradiant dans le membre supérieur gauche ainsi que concernant l'ensemble du membre inférieur gauche. Ces algies hémi-corporelles gauches annoncées à 8/10 sur EVA, nécessitant la prise anamnestique de 6 cp de Co-Dafalgan ou de Dafalgan, ne se sont pas modifiées au cours du temps. Au contraire, elles sont à l'origine d'un handicap annoncé très important puisque l'expertisée annonce être incapable

- 6 - d'entreprendre la moindre tâche ménagère. Les bilans précédemment effectués ainsi que l'examen clinique de ce jour ne permettent pas de comprendre la nature de ses algies de l'hémicorps gauche, épargnant l'hémiface gauche et de topographie ne respectant pas une répartition anatomique évidente. Ces douleurs surviennent à l'effleurement et l'examen clinique ne met en évidence aucune anomalie tant centrale que périphérique, à part la discrète hypoesthésie vibratoire. Au total, cette hémicorporalgie gauche reste sans substrat organique et apparaît d'allure fonctionnelle. Dans ces conditions, il n'est pas possible d'en définir des limitations fonctionnelles. Enfin, le dossier ne comporte aucun volet psychiatrique, l'anamnèse psychiatrique est vierge et l'anamnèse systématique ainsi que l'observation ne permettent pas de relever d'affection psychiatrique évidente.

6.3 Limitations fonctionnelles

La cardiopathie ischémique chez cette diabétique non hypertendue, aux facteurs de risque sous contrôle, ne permet pas de retenir de limitations fonctionnelles dans une activité sans port de lourdes charges. Idéalement, et compte tenu de son diabète, l'environnement professionnel devrait permettre à l'assurée des pauses régulières pour des collations, un horaire régulier si possible. Sous ces conditions, sa capacité de travail est complète et sans perte de rendement.

7. Réponses au questionnaire

[...] 4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD- 10) Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail — Aucun Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail — Diabète de type II connu dès 1997, non insulino-dépendant

(E11) compliqué de : — Cardiopathie ischémique ; status après double pontage aorto-coronarien en février 2011. — Polyneuropathie diabétique débutante (dès 2011) — Dyslipidémie traitée — Asthme allergique — Status après hystérectomie — Douleurs chroniques de l'hémicorps gauche d'origine indéterminée — Syndrome du tunnel carpien opéré à droite (juin 2012) B. Influences sur la capacité de travail

- 7 - 1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATÉS au plan physique En raison de la cardiopathie ischémique avec status après double pontage d'évolution favorable, et d'un diabète sans autre complication, Mme C. _____ peut exercer toute activité pour autant que celle-ci n'implique pas le port de charges lourdes. En outre, l'environnement professionnel devrait permettre des horaires réguliers et la possibilité de pauses pour les collations. Le syndrome douloureux de l'hémicorps gauche ne permet pas de dégager des limitations fonctionnelles. En effet, les douleurs sont vagues, peu systématisées, sans cohérence entre leurs descriptions et l'examen physique, sans cohérence entre l'handicap annoncé et l'absence de limitation, sans cohérence enfin entre l'importance des douleurs paradoxalement bien supportées si l'on en juge par le large sourire de l'assurée à l'évocation de ses douleurs annoncées intolérables. au plan psychique et mental il est relevé des difficultés économiques à l'origine d'appréhensions sans annonce d'aucune morbidité psychiatrique, sans perte de l'intégration sociale. au plan social Pas de difficultés majeures exprimées. 2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITÉ EXERCÉE JUSQU'ICI 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? A part l'éviction de lourdes charges, l'activité exercée, par exemple de femme de ménage, peut être exercée sans limitation. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail 100%. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Oui, à plein temps.

- 8 - 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Non. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? L'incapacité de travail est de 100% dès le 31.01.2011. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'incapacité de travail a été de 100% du 31.01.2011 au 16.04.2011. Dès lors la capacité de travail est complète. L'opération du tunnel carpien droit a pu justifier une incapacité de travail d'environ 3 semaines en juin 2012. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. DES MESURES DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES ? SI NON, POUR QUELLES RAISONS ? Des mesures d'aide au placement sont envisageables et ce, dès avril 2011. 2. PEUT-ON AMÉLIORER LA CAPACITÉ DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPÉ JUSQU'À PRÉSENT ? Sans objet. La capacité de travail étant complète. 3. D'AUTRES ACTIVITÉS SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURÉE ? Oui. 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Dans une activité sans port de charges lourdes, il existe une totale capacité de travail. L'environnement professionnel ne devrait pas exposer Mme C. _____ aux intempéries. L'usage des engins vibrants est déconseillé. En outre, il devrait permettre un horaire régulier et des pauses imposées par la nécessité de collations intermédiaires. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

- 9 - A plein temps, sans diminution de rendement et ce, dès le 17.04.2011: 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Non. 3.4 Si plus aucune activité

n'est possible, quelles en sont les raisons ? Sans objet. » Etaient notamment joints à cette expertise un rapport du 11 mars 2011 des Drs B. _____ et H. _____, chef de clinique respectivement médecin assistant dans le Service de chirurgie cardio- vasculaire du M. _____, dont il résulte que le 16 février 2011 l'assurée avait subi un double pontage aorto-coronarien, ainsi qu'un rapport du 7 septembre 2012 de la Dresse G. _____, cheffe de clinique du Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du M. _____, selon laquelle l'assurée était en bon état général mais se plaignait toujours de la persistance des douleurs thoraciques déjà signalées antérieurement et déjà « bilantées ». Dans un rapport du 5 février 2013, le Dr V. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions du Dr D. _____. Par projet de décision du 8 février 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande de prestations (reclassement et rente d'invalidité), au motif qu'elle bénéficiait d'une capacité de travail entière sans perte de rendement. Par courrier du 11 février 2013, le Dr D. _____ a informé l'OAI que l'assurée s'était présentée à sa consultation pour apporter divers rapports, dont il relevait qu'ils ne révélaient pas de nouveaux éléments.

- 10 - Le 4 avril 2013, le Dr Z. _____, chef de clinique à la Consultation générale de la T. _____, et la Dresse K. _____ ont adressé un courrier à l'OAI à la teneur suivante : « Par le présent courrier, nous vous informons que Madame C. _____ a un suivi régulier à la consultation générale de la T. _____ de Lausanne. Cependant, à notre grande surprise, nous venons d'apprendre de la part [de] Madame C. _____, du retour négatif à notre demande de renouvellement d'une rente AI chez une patiente qui en est déjà bénéficiaire à cause de problèmes de santé sévères, comme noté dans notre récent rapport. En effet, la patiente présente des limitations fonctionnelles importantes et une reprise de toute activité professionnelle n'est pas à considérer à présent. Compte tenu de ce qui précède, nous vous remercions de bien vouloir prendre nos remarques en considération et de réexaminer le cas de cette patiente. » Par courrier du 15 avril 2013, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il se fondait sur l'expertise du Dr D. _____ pour refuser la demande de prestations, une décision en ce sens étant jointe à cette missive. B. C. _____ a interjeté recours contre la décision du 15 avril 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 8 mai 2013, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2012, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelles instruction et décision. En substance, elle fait valoir que l'OAI ne pouvait statuer en ne se référant qu'au rapport de l'expert D. _____, dont la valeur probante doit être mise en doute, et sans prendre en compte les différents rapports médicaux que l'office avait lui-même sollicités. Par décision du 12 juin 2013, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 mai 2013, limitée aux avances et frais judiciaires. Le 13 août 2013, l'OAI a maintenu sa position et préavisé pour le rejet du recours.

- 11 - E n d r o i t : 1. a) 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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à

recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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

- 12 - des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la demande déposée en février 2012, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier à la recourante le droit à une rente d'invalidité. 3. a) L'invalidité se définit comme 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 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). 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

- 13 - exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c,

105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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 non pas sur 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). 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

- 14 - 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 ; TF 9C_1023 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice afin d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). 4. La recourante fait grief à l'intimé de se fonder uniquement sur l'expertise du Dr D._____ ; elle réfute que pleine valeur probante soit reconnue à ce rapport, eu égard aux avis médicaux contradictoires de ses médecins et aux relations économiques que l'expert aurait nouées avec l'assurance-invalidité, rendant de ce fait son rapport « orienté [et] assujéti à caution ». a) De jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertises sont régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 ; TF 9C_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.3). Ainsi, l'argumentation de la recourante, quant au lien de dépendance économique de l'expert vis-à-vis de l'administration de nature

- 15 - à mettre en doute son impartialité, ne suffit pas à écarter l'expertise du Dr D._____. b) Pour le surplus, la recourante se fonde sur les rapports de la Dresse K._____, médecin traitant, pour contester disposer d'une quelconque capacité de travail. Toutefois, la Dresse K._____ fonde l'incapacité de travail alléguée sur les troubles cardiaques de la recourante (cf. rapport du 16 août 2012), sans expliquer en quoi cette pathologie est invalidante. A l'inverse, l'expertise du Dr D._____ détaille la situation

sur le plan cardiaque et décrit l'évolution à cet égard, expliquant pourquoi cette évolution est favorable, permettant ainsi l'exercice d'une activité à plein temps pour autant que celle-ci n'impose pas le port de charges. Singulièrement, il fait état d'une situation sans récurrence d'angor ni argument clinique ou échocardiographique suggestif d'une insuffisance cardiaque, et il n'a pas été rapporté d'arythmie. L'épreuve d'effort est négative, l'ergométrie et l'échocardiographie transthoracique se sont révélés normaux. L'expertise repose sur une étude circonstanciée, une anamnèse détaillée, tient compte des plaintes de la requérante. Le rapport a été rédigé après un examen clinique complet, expose en détail la situation et en tire des conclusions claires et motivées. Il y a donc lieu de considérer que ce rapport satisfait aux exigences requises en matière de valeur probante (cf. consid. 3b supra). Au reste, il y a lieu de relativiser la gravité de la pathologie cardiaque de la requérante, celle-ci n'étant pas suivie par un cardiologue. Cela étant, le Dr D. _____ relève que la problématique principale de la requérante consiste en des douleurs de l'hémi-tronc gauche. Il constate cependant que ces douleurs ne sont pas objectivées, soulignant l'absence de cohérences. Quant à la Dresse K. _____, elle ne mentionne pas ces douleurs comme étant invalidantes.

- 16 - Les autres affections de la requérante (diabète de type II, polyneuropathie diabétique, dyslipidémie, asthme allergique et syndrome du tunnel carpien opéré) ne sont pas non plus invalidantes. Les médecins traitants ne le prétendent d'ailleurs pas. On soulignera finalement que le courrier des Drs Z. _____ et K. _____ du 4 avril 2013 ne change rien à l'appréciation de la situation telle qu'exposée ci-dessus. On s'étonne particulièrement de l'erreur que ce courrier contient dans la mesure où il est question du « renouvellement d'une rente AI chez une patiente qui en est déjà bénéficiaire ». Or la requérante n'a jamais bénéficié de prestations de l'assurance-invalidité. A cet égard, on peut évoquer l'hypothèse que cette affirmation est à mettre sur le compte d'une mauvaise compréhension en raison des problèmes linguistiques de la requérante, problèmes que n'a pas dû rencontrer le Dr D. _____ en raison de la présence d'un traducteur lors de l'expertise. c) On peut ainsi retenir, sur la base des conclusions de l'expertise du Dr D. _____, que la requérante n'a présenté aucune affection incapacitante sur une longue durée. Sa capacité de travail est entière dans une activité respectant les limitations énoncées (sans port de charges lourdes, pas d'exposition aux intempéries, pas d'usage d'engins vibrants, avec idéalement un horaire régulier et des pauses imposées par la nécessité de collations intermédiaires), aucune diminution de rendement n'étant au demeurant mise en évidence par l'expert. En ce sens, l'examen de l'intimé échappe donc à la critique. 5. a) En définitive, la décision attaquée du 15 avril 2013 n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours introduit le 8 mai 2013 par C. _____ doit être rejeté. b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance

- 17 - judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure,

les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1er LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. 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 LPG). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 8 mai 2013 par C._____ est rejeté. II. La décision rendue le 15 avril 2013 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

- 18 - tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat. La présidente :
La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour C._____) - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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