

# VD\_GERICHTE ZD15.012596 vom 24. November 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-11-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD15.012596](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.012596)

FR: VD\_GERICHTE ZD15.012596 du 24 novembre 2016

IT: VD\_GERICHTE ZD15.012596 del 24 novembre 2016

## Erwägungen

### E. 1

a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du

### E. 6

octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. L'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit 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. La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière. 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 des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, la question litigieuse consiste à déterminer si l'OAI était fondé à refuser le droit à la rente à la recourante.

- 22 - 3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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 exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente

une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (a.), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (b.) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (c.) (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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 trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. c) Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations

- 23 - conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (al. 1); la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Le ch. 2028 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, réserve le cas de la personne assurée qui ne pouvait connaître les circonstances donnant droit à la rente ou qui a été objectivement empêchée d'agir en temps utile pour cause de force majeure (p. ex. lors d'une maladie psychique grave). Dans ces cas, des prestations lui seront allouées rétroactivement à condition qu'elle présente une demande dans les six mois qui suivent le moment où elle a pris connaissance des faits ou la cessation de l'empêchement (par analogie avec la pratique actuelle selon la RCC 1988 p. 597, 1984 pp. 420 ss. consid. 1, 1975 p. 134). 4. a) 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. 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\_444/2014 du 17 novembre 2014, consid. 3.1, 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_444/2014 du 17 novembre 2014, consid. 3.1, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). b) 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

- 24 - 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 8C\_368/2013 du 25 février 2014, consid. 4.2.4, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 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 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; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 9C\_205/2013 du 1er octobre 2013, consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1er juillet 2013, consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). 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. 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 confidents 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

- 25 - celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). c) 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. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012, consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012, consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014, consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2). 5. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art.

## **E. 8**

LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge

- 26 - par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1, 135 V 201 consid. 7.1.1 et 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 et 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 6. a) Sur le plan somatique, dans son expertise du 18 novembre 2013, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de discopathie dégénérative L4-L5 et arthrose interapophysaire postérieure L5-S1 bilatérale, ces diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Elle retient comme limitation fonctionnelle le port de charges très lourdes, supérieures à 50kg occasionnellement et/ou supérieures à 25kg souvent et/ou de 5-10kg. Elle conclut à une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle de la recourante telle qu'aménagée en 2012 que dans une activité adaptée. L'experte a constaté que les atteintes dégénératives décrites étaient stabilisées depuis au moins juillet 2012, les lésions objectivées à l'IRM du 31 juillet 2012 n'ayant pas évolué depuis lors. Elle précise toutefois que l'évolution organique au niveau lombaire se fera vers une lente dégradation, mais pourra être contrôlée par un traitement médical approprié. Le 20 novembre 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ avait également estimé que la recourante avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de

#### **E. 10**

kg ; pas de porte-à-faux ; alternance des positions). Ces conclusions ne sont pas mises en doute par celles du Dr J.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 août 2014 qui estime que l'assurée peut

- 27 - travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à savoir celles retenues par la Dresse P.\_\_\_\_\_ (pas de charges plus importantes que 3 à 5 kg, alternance assise 30 min. / debout 30 min., pas de rotations du tronc et éviter le porte-à-faux du tronc). Cette praticienne retient des lombalgies chroniques et pseudo-sciatalgies bilatérales non déficitaires. Elle indique que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est de 4 heures par jour. Elle ne motive toutefois pas cette estimation dans son rapport du 7 octobre 2014. Elle semble tenir compte dans celle-ci de facteurs non médicaux dès lors que dans son rapport du 11 mars 2014, elle évoque des facteurs biopsychosociaux. Ses conclusions, insuffisamment documentées et semblant tenir compte de facteurs ne relevant pas de l'assurance-invalidité ne peuvent donc être suivies. Les limitations fonctionnelles qu'elle évoque recouvrent celles retenues par le Dr K.\_\_\_\_\_. Elles ne diffèrent qu'en ce qui concerne un port de charges moins élevé et le fait d'éviter des rotations du tronc. Toutefois ces mesures d'épargne du dos ne modifient en rien l'appréciation de la capacité de travail de la recourante comme l'explique le Dr T.\_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise de la Dresse C.\_\_\_\_\_ est fondé sur un examen approfondi du cas de la recourante, prend en considération ses plaintes et est exempt de contradictions. Ses conclusions claires et bien motivées doivent être suivies. Force est dès lors d'admettre que la recourante a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. b) Sur le plan psychiatrique, il n'y a au dossier aucun rapport médical émanant d'un spécialiste en psychiatrie attestant d'une incapacité de

travail. Il résulte seulement du rapport du 11 mars 2014 de la Dresse P. \_\_\_\_\_ que la recourante est suivie par un médecin psychiatre. En procédure, la recourante a produit uniquement une confirmation de rendez-vous à la mi-décembre 2014 chez le Dr W. \_\_\_\_\_. Aucune incapacité de travail n'est dès lors à retenir sur le plan psychiatrique.

- 28 - 7. Sur le plan économique, la recourante n'émet aucune critique quant au calcul du taux d'invalidité. Il n'y a pas de motif de s'en écarter. En conséquence, le droit à la rente n'est pas ouvert, le taux d'invalidité de la recourante étant inférieur à 40% (cf. art. 28 al. 2 LAI). 8. Vu ce qui précède, le recours mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. a) 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 (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 1 et 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la cause, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). b) Succombant, et au demeurant sans l'assistance d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, la recourante ne saurait prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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