

VD_GERICHTE ZD15.048652 vom 10. November 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-11-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.048652

FR: VD_GERICHTE ZD15.048652 du 10 novembre 2016

IT: VD_GERICHTE ZD15.048652 del 10 novembre 2016

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 298/15 - 291/2016 ZD15.048652 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 10 novembre 2016 _____ Composition : M. PIGUET, président Mme Röthenbacher et M. Métral, juges Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre : B. _____, à X. _____, recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA, 4 al. 1 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, est veuve et mère de deux enfants majeurs. Sans formation professionnelle, elle a œuvré à compter du 29 novembre 1999 en qualité d'employée polyvalente à plein temps pour le compte de l'entreprise J. _____. Le 9 septembre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé), sollicitant l'octroi de mesures en vue d'une réadaptation professionnelle. Elle a fait état d'un syndrome cervico-brachial C5 irritatif à droite ainsi que d'omalgies et d'épicondylalgies d'accompagnement. Elle a joint à sa demande deux rapports médicaux datés des 19 mai et 28 août 2009, dans lesquels le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, rendait compte au Dr D. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, du résultat des examens cliniques pratiqués par ses soins. L'assurée a présenté une incapacité totale de travail à compter du 22 février 2009, puis de 50% dès le 16 juin 2009. Le 1er novembre 2009, elle a repris l'exercice de son travail avec un port de charges toutefois limité. Procédant à l'instruction du cas, l'office AI a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assurée. Par décision du 15 février 2010, l'office AI a dénié le droit de l'assurée à des prestations de l'AI, au motif que le délai d'attente d'une année, ouvrant le droit à d'éventuelles prestations de l'AI, n'était pas atteint au moment de la reprise de son activité le 1er novembre 2009.

- 3 - Cette décision est entrée en force, faute d'avoir été contestée. B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI en date du 10 octobre 2013. Elle a fait état de « douleurs du bassin aux orteils ». Dans un rapport non daté, indexé au 15 novembre 2013, le Dr D. _____ a fait savoir qu'il n'était plus en charge du suivi de l'assurée depuis le mois de septembre 2009. Il a joint diverses pièces médicales, dont un rapport du 17 janvier 2012 qui lui était adressé par le Dr N. _____ ensuite d'une consultation du 9 janvier précédent. Celui-ci y posait le diagnostic de douleurs pertrochantériennes bilatérales prédominantes à droite sur probable bursite rétrotrochantérienne. Il préconisait la poursuite d'une médication antalgique et relaxante. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail. Le Dr D. _____ a annexé à son rapport divers documents dont un rapport du 9 août 2012 de la clinique d'évaluation et de traitement de la douleur et un protocole opératoire du 12 avril

2013 en raison de lombalgies et d'insuffisance segmentaire L4-L5. Le 12 novembre 2013, le Dr Y. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis le mois de juin 2012, a complété un rapport médical sur formulaire ad hoc à l'intention de l'office AI. Il y posait les diagnostics incapacitants suivants :

lombo-cruro-sciatalgies chroniques à droite avec périarthrite de la hanche droite, probable syndrome dépressif (à modalité culturelle orientale) partiellement réactionnel au décès du mari (avec somatisations) et scapulalgies chroniques bilatérales avec syndrome de la coiffe des rotateurs bilatérale et omalgie gauche récidivante sur tendinite du long biceps gauche. Selon ce médecin, la capacité de travail était nulle depuis le 23 août 2013. Il a indiqué que sa patiente peinait à rester debout plus d'une à deux heures dans son poste de travail.

S'agissant des autres limitations, le Dr Y. _____ a en outre précisé que si la maîtrise de la langue française n'était pas parfaite, elle était cependant correcte ; il était

- 4 - en revanche difficile d'évaluer ses compétences professionnelles et ses ressources psychologiques. Invité par l'office AI à compléter le questionnaire remis à son intention, l'employeur de l'assurée a indiqué le 12 février 2014 que le salaire mensuel de cette dernière était de 4'242 fr. à compter du 1er avril 2011. S'agissant de l'activité exercée par l'intéressée, il a indiqué qu'elle n'impliquait jamais la position assise non plus que le port de charges excédant 25 kg. L'employeur a en revanche coché la case « souvent » soit 34 à 66% du temps de travail ou de 3 heures à 5 heures et quart pour une journée de 8 heures en regard de la rubrique « marcher ». Quant à la position debout, l'employeur a coché la case « parfois » soit 6 à 33% du temps de travail ou une durée allant d'une demi-heure à environ 3 heures. Il en allait de même pour le port de charges léger (0 à 10 kg). Le fait de soulever ou de porter des charges moyennes, soit d'un poids compris entre 10 et 25 kg, n'intervenait que « rarement » soit au maximum jusqu'à une demi-heure par jour, ce qui représentait 1 à 5% du temps de travail. Dans un rapport médical du 17 mars 2014, complété le 15 mai 2014, le Dr N. _____ a retenu les diagnostics suivants affectant la capacité de travail de l'assurée : bursite pertrochantérienne, syndrome cervicobrachial C5 irritatif droit, omalgie et épicondylalgies d'accompagnement. Il a considéré que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle moyennant le respect de certaines restrictions fonctionnelles. Il s'agissait en effet d'éviter des mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier ainsi que des mouvements au-dessus de l'horizontale. Il a en outre complété les rubriques ad hoc en vue de déterminer les limitations dues à l'état de santé. Il a ainsi considéré qu'une activité exercée uniquement en position assise ou uniquement en position debout n'était plus exigible. Faisant suite à la requête de l'office AI, l'assurance perte de gain en cas de maladie de l'employeur de l'assurée, soit la Compagnie d'Assurances C. _____ SA, lui a fait parvenir le dossier de l'intéressée en date du 8 octobre 2014. Parmi les documents produits figurait une

- 5 - expertise rhumatologique réalisée à la demande de cet assureur par le Dr Z. _____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 24 mars 2014, l'expert a retenu les diagnostics suivants : • lombosciatalgies bilatérales à bascule claudicante sur troubles statiques et dégénératifs avec pseudo-spondylolisthésis dégénératif L4-L5 grade I, • périarthrite d'accompagnement des deux hanches, prédominant à gauche, • status après tendinopathie et déchirure partielle du supra-épineux de l'épaule droite (2009), • status après opération de Emslie de réaxation du genou gauche (1996), • ostéoporose trabéculaire lombaire, • hypertension artérielle stabilisée. Après avoir relaté l'anamnèse de l'assurée sous l'angle personnel, professionnel et médical et rendu compte du status clinique et du

bilan radiologique, l'expert Z. _____ a conclu son rapport en ces termes : Discussion et conclusions Cette employée chez J. _____, dans sa 58ème année, souffre donc de lombo-cruro-sciatalgies à bascule et claudicantes invalidantes en relation avec un pseudo-spondylolisthésis dégénératif L4-L5 entraînant un canal spinal étroit et des sténoses foraminales en L4- L5. L'intolérance à la position statique debout prolongée ainsi qu'à une marche de plus de 5 minutes explique le plus vraisemblablement le caractère claudicant de sa symptomatologie et l'impossibilité de mettre en évidence au repos un syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire persistant. Toutefois, face à ce syndrome douloureux chronique, il est possible qu'il y ait une certaine surcharge émotionnelle et culturelle quant au degré d'invalidité bien que l'affection somatique soit prépondérante. Afin de préciser l'évolution actuelle du pseudo-spondylolisthésis dégénératif avec canal étroit et possible instabilité, je préconiserais des investigations complémentaires sous forme de nouveaux clichés fonctionnels en extension-flexion, éventuellement sous Valium voire d'un CT-scan dynamique. Je préconiserais également un examen neurologique avec ENMG à la recherche d'une éventuelle atteinte radiculaire infra-clinique. Sur la base de ces examens complémentaires, le Dr W. _____ pourrait éventuellement proposer une nouvelle approche thérapeutique.

- 6 - Incapacité de travail dans l'activité actuelle L'incapacité de travail reste totale dans l'activité actuelle de nature manuelle exigeant des positions statiques debout prolongées, des déplacements, des positions en porte-à-faux ainsi que des efforts de soulèvement. Ces symptômes sont en relation avec l'affection actuelle somatique de type pseudo-spondylolisthésis dégénératif L4- L5 avec canal étroit. Il est peu probable que des mesures médicales (éventuelle spondylodèse L4-L5) puissent améliorer cette capacité de travail dans la même activité. Ceci veut dire que de toute manière, une réadaptation professionnelle sera nécessaire. Capacité de travail dans une activité adaptée Une activité adaptée, permettant l'alternance de positions statiques debout, assise et en l'absence d'efforts de soulèvement pourrait être exercée à 50%. Il pourrait s'agir par exemple d'un travail de réception, fractionné de deux fois deux heures par jour où positions assise et debout sont alternées, avec de petits trajets et absence de port de charge. Des mesures médicales adaptées pourraient permettre cette activité. Mesures médicales La patiente a-t-elle épuisé la plupart des traitements habituellement utiles pour sa pathologie, soit de l'antalgie, des anti-inflammatoires, de la physiothérapie, de l'ostéopathie et des infiltrations. Elle n'a toutefois jamais été prise en charge dans une Unité du Rachis, notamment à M. _____, où la rééducation est interdisciplinaire, plus complète et bénéficie d'hydrokinésithérapie en eau chaude. Par rapport au pseudo-spondylolisthésis, le port d'un corset baleiné, avant de penser à une indication chirurgicale, reste également à discuter. Selon la réponse à ces diverses mesures médicales, le taux d'activité dans un poste adapté pourrait même être augmenté au-delà de 50%. Le 27 octobre 2014, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser l'octroi de prestations de l'AI, motif pris qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé au sens de la loi et qu'elle était à même d'exercer son activité habituelle à plein temps, celle-ci ayant été considérée comme adaptée à son état de santé. En l'absence de préjudice économique, le droit à des prestations d'assurance n'était dès lors pas ouvert. Dans le délai prolongé par l'administration, l'assurée, désormais représentée par Procap, a présenté des objections à l'encontre de ce projet de décision en date du 1er décembre 2014. Elle a critiqué la capacité de travail retenue par l'office AI, lui reprochant d'avoir écarté

- 7 - l'appréciation des Drs Y. _____ et Z. _____ au profit de celle du Dr N. _____, dont le rapport du 17 mars 2014 laissait subsister selon elle « d'importantes lacunes ». Se prévalant en outre de son âge, elle estimait qu'il convenait de procéder à une analyse globale de sa situation en se demandant si, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, elle serait en mesure de retrouver un emploi adapté sur le marché équilibré du travail. Elle demandait en conséquence le réexamen de sa demande à la lumière des éléments exposés et qui devraient lui permettre d'obtenir, sinon une rente entière, du moins une formation en vue de son intégration dans un travail compatible avec son état de santé. Dans un avis médical du 16 décembre 2014, le Dr S. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a résumé la situation médicale de l'assurée comme suit : (...) Nous avons pris connaissance de la lettre de contestation de l'avocat de l'assurée en date du 1er décembre 2014. Nous tenons à préciser que l'expertise du Dr Z. _____ du 24 mars 2014 mentionnée n'était pas disponible au dossier à la date de notre avis le 2 juin 2014 (...) et nous n'avons donc pas privilégié arbitrairement l'analyse du Dr N. _____, rhumatologue traitant. Nous avons pris connaissance avec intérêt de cette expertise. Nous avons noté que l'expert mentionne un syndrome douloureux chronique avec une possible surcharge émotionnelle et culturelle quant au degré d'invalidité bien que l'affection somatique soit prépondérante. Cette analyse tend à confirmer le caractère fibromyalgique retenu par le Dr N. _____, rhumatologue FMH et médecin traitant de l'assurée depuis 2009, donc à même de très bien connaître sa patiente. Il semble qu'un des points de divergence soit l'appréciation du caractère adapté ou non de l'activité habituelle chez J. _____. Selon le Dr N. _____, contrairement au Dr Z. _____ et selon le descriptif du poste de l'employeur, cette activité paraît adaptée aux limitations retenues. En effet, les limitations fonctionnelles énoncées sont les mouvements répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier, les mouvements au-dessus de l'horizontale, la position assise ou debout exclusive, la montée sur des échelles, et le port de charges (rapport Dr N. _____ du 17 mars 2014). Selon le Dr N. _____ dans sa lettre du 15 mai 2014 en réponse à nos questions, la CT [capacité de travail, réd.] de l'assurée serait conservée à 100% en respectant ces limitations fonctionnelles, ce qui semble possible dans l'activité habituelle comme employée polyvalente (à voir avec l'employeur si l'adaptation aux limitations est possible ou non). Dans ce cas de figure, la CT dans l'activité habituelle serait donc au moins de 50%, voire de 100% si on suit le Dr N. _____. Dans son expertise, le Dr Z. _____ remarque lui-

- 8 - même que la CT dans une activité adaptée pourrait dépasser les 50% selon la réponse à des mesures médicales. Afin de préciser l'évolution actuelle du pseudo-spondyloarthrite dégénératif, le Dr Z. _____ propose aussi de réaliser des clichés fonctionnels lombaires et un CT-scan dynamique. Nous adhérons à cette proposition susceptible d'annihiler les divergences d'interprétation entre experts. Merci en conséquence de bien vouloir adresser cette expertise au Dr N. _____ en lui demandant si cela modifie sa position initiale de mai 2014. On peut préciser au Dr N. _____ qu'il est libre de faire réaliser les examens proposés par le Dr Z. _____ à nos frais s'il le juge utile. Pour l'instant et dans l'attente de ces résultats, nous ne modifions pas notre position. Le 13 mars 2015 (date d'indexation), le Dr N. _____ a répondu en ces termes aux questions qui lui étaient posées : [1. L'expertise réalisée permet-elle de modifier votre position initiale de mai 2014 ?] Non, elle confirme mon appréciation. Cf. p. 4, syndrome douloureux chronique [avec] surcharge émotionnelle et culturelle. [2. Autres remarques : le service médical régional (SMR), qui adhère à cette proposition précise que vous pouvez réaliser les examens proposés à nos

frais, si vous le jugez utile.] Les IRM (cf. annexes) sont déjà faites pour le Dr W. _____. Absence de conflit. Etaient notamment joints à cet envoi trois rapports radiologiques réalisés entre février 2013 et février 2015. Se déterminant sur les réponses fournies par le Dr N. _____ dans un avis médical du 24 mars 2015, le Dr S. _____ s'est exprimé en ces termes : (...) Dans le cadre de l'audition initiée par l'assurée, nous avons communiqué l'expertise du Dr Z. _____ du 24 mars 2014 au Dr N. _____ pour connaître son appréciation. Le Dr N. _____ après avoir eu connaissance de l'expertise et des examens radiologiques demandés par le Dr Z. _____ confirme son analyse antérieure. La CT est donc entière dans une activité adaptée. La seule question qui reste à approfondir avec l'employeur et l'assurée concerne l'activité habituelle, qui avec une légère adaptation devrait être adaptée, avec pour conséquence une CT entière dans cette activité selon le Dr N. _____. Au vu de cette confirmation du Dr N. _____, n'ayant aucune raison médicale objective de nous écarter de l'avis du spécialiste qui

- 9 - connaît très bien l'assurée, nous ne modifions pas notre position précédente. Par décision formelle du 12 octobre 2015, l'office AI a entériné le refus du droit de l'assurée à toutes prestations de l'assurance-invalidité, telle qu'annoncée dans son projet du 27 octobre 2014, avec une motivation identique à celle contenue dans ce dernier. C. Par acte du 12 novembre 2015, B. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision en concluant en substance à l'octroi d'une demi- rente d'invalidité au minimum et au renvoi de la cause à l'office AI pour examen du droit à des mesures d'ordre professionnel. Elle considère que les motifs avancés par le Dr N. _____ ne sont pas pertinents pour remettre en cause l'appréciation de l'expert Z. _____. Ainsi, c'est de manière erronée que le Dr N. _____ signale la présence d'un syndrome douloureux avec surcharge émotionnelle et culturelle, dès lors que l'existence d'une affection somatique prépondérante ressort de l'expertise. Estimant au demeurant que les conclusions de l'expert sont claires et bien motivées, elle est d'avis qu'il y a lieu de retenir, sur cette base, qu'elle présente une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle alors que sa capacité de travail serait de 50% dans une activité adaptée. Partant, il incombe à l'office AI de calculer le préjudice économique subi et d'examiner les possibilités de mettre en œuvre des mesures professionnelles. A titre subsidiaire, elle demande la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comportant un volet rhumatologique et de médecine interne ainsi que psychiatrique en vue de déterminer l'influence de ses problèmes de santé sur sa capacité de travail en particulier sous l'angle de la nouvelle jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux. Dans sa réponse du 14 janvier 2016, l'office AI rappelle que d'après les renseignements médicaux recueillis, le dernier travail de l'assurée pouvait être pratiqué à plein temps moyennant quelques adaptations. Relevant que la recourante conteste essentiellement la capacité de travail qui lui a été reconnue, l'intimé souligne qu'en l'absence

- 10 - de trouble somatoforme dûment diagnostiqué, de nouvelles investigations ne se justifient pas. Se référant pour le surplus à l'appréciation de son SMR, en particulier celle consignée dans son avis du 24 mars 2015, l'intimé propose en conséquence le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. En réplique du 24 février 2016, la recourante fait savoir qu'au vu de la réponse de l'intimé, elle n'a pas d'explications complémentaires à fournir. Cette écriture a été transmise pour information à l'intimé, qui n'a pas procédé plus avant. E n d r o i t : 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. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est régie 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. 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 prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

- 11 - c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) contre une décision de l'office AI du canton de Vaud et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité qu'elle présente. 3. a) L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année, sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est

- 12 - invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). b) Pour calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées). c) L'art. 61 let. c LPGA prévoit le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports

médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1). 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

- 13 - consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_152/2014 du 21 juillet 2014 consid. 3.1.1). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 4. a) En l'occurrence, l'office AI a estimé qu'il convenait de privilégier l'appréciation du Dr N. _____ à celle du Dr Z. _____. b) A l'instar de la recourante, il convient de constater que le point de vue défendu par le Dr N. _____ n'est pas convaincant. Contrairement à ce que soutient le SMR dans ses avis des 16 décembre 2014 et 24 mars 2015, il semble ressortir du dossier que le Dr N. _____ a été consulté par la recourante à la demande de ses médecins traitants et qu'il a, dans ce contexte, émis de simples avis consultatifs (rapports des 19 mai 2009, 28 août 2009 et 17 janvier 2012) ; en aucun cas, il ne peut être considéré comme l'équivalent d'un médecin traitant. L'affirmation selon laquelle ce médecin est « à même de très bien connaître sa patiente » doit ainsi être relativisée. A cela s'ajoute que les avis médicaux établis par le Dr N. _____ sont brefs et peu étayés. Le dernier avis indexé au 13 mars 2015 ne prend pas véritablement position sur l'expertise du Dr Z. _____; il n'explique pas sur quels points son avis diverge de celui de son confrère. Certes, le Dr N. _____ affirme que l'expertise confirme son appréciation, selon laquelle il convient de qualifier les troubles de la recourante de syndrome douloureux chronique avec surcharge émotionnelle et culturelle (qui, d'un point de vue bio-médical ne justifiait aucune incapacité de travail). Ce faisant, il passe sous silence le fait que le Dr Z. _____ a reconnu l'existence d'un substrat objectif aux plaintes de la recourante lorsque celui-ci écrit que « face à ce syndrome

- 14 - douloureux chronique, il est possible qu'il y ait une certaine surcharge émotionnelle et culturelle quant au degré d'invalidité bien que l'affection somatique soit prépondérante. » Le Dr N. _____ a enfin lui-même reconnu que la recourante devait éviter les activités exigeant des mouvements répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier, les mouvements au-dessus de l'horizontale, la position assise ou debout exclusive. Or, il est notoire que le travail chez J. _____ s'exerce exclusivement debout (qu'il s'agisse de la production ou de la vente). Dans ces conditions, on peine à envisager que l'activité habituelle de la recourante soit encore adaptée. Tel est du reste l'avis du Dr Z. _____,

qui considère que la capacité de travail de l'assurée est nulle dans sa profession habituelle. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter des conclusions de son expertise, laquelle répond aux réquisits posés par la jurisprudence en matière de valeur probante (cf. considérant 3c supra). Fruit d'une analyse fouillée du cas, elle rapporte les plaintes exprimées par l'assurée, comporte l'anamnèse circonstanciée de cette dernière et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens complets, elle contient une appréciation claire de la situation médicale, laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. Celles-ci peuvent donc être suivies. Il en résulte que la recourante souffre de lombo-cruro-sciatalgies à bascule et claudicantes invalidantes en relation avec un pseudo-spondylolisthésis dégénératif L4- L5 entraînant un canal spinal étroit et des sténoses foraminales en L4-L5. Dans une activité adaptée, permettant l'alternance des positions statiques debout, assise et en l'absence d'efforts de soulèvement, le Dr Z. _____ est d'avis que la capacité de travail de l'assurée est de 50%. Ce taux doit être confirmé. 5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La

- 15 - comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174). b) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; Pratique VSI 5/1999 p. 182). Dans le cas présent, le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2014, année déterminante pour la comparaison des revenus (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI), de 4'300 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, TA 1, niveau de qualification 1). En tenant compte de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2014 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 4'482 fr. 75 ($[4'300 \times 41,7] / 40$), correspondant à un salaire annuel de 53'793 fr. Attendu que l'on peut exiger de la recourante qu'elle exerce une activité professionnelle à 50%, le salaire hypothétique annuel s'élève dès lors à 26'896 fr. 50.

- 16 - 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 (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). En l'espèce, il ressort de l'expertise du Dr Z._____ que la recourante ne peut exercer qu'une activité permettant l'alternance des positions assise et debout et excluant tout port de charges. L'état de santé général de l'assurée étant ainsi altéré, elle est donc désavantagée sur le marché du travail par rapport à un concurrent sans difficultés physiques. Il convient en outre de tenir compte de l'âge de la recourante (59 ans en 2015) de même que le passage à l'exercice d'une activité à temps partiel. Dans ces circonstances, prises en considération dans une approche globale de la situation de la recourante, il n'y a pas lieu de retenir un abattement supérieur à 15%. Celui-ci tient compte de manière appropriée

- 17 - des effets que l'âge de la recourante, son parcours professionnel ainsi que la nature particulière de ses limitations somatiques peuvent jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Partant, le revenu d'invalidé s'élève à 22'862 fr. c) Quant au salaire sans invalidité, il doit être fixé sur la base des indications fournies par l'employeur en février 2014, soit 55'146 fr. (4'242 fr. x 13). d) Il s'ensuit que la perte de gain s'élève à 32'284 fr., d'où un degré d'invalidité de 59%, ce qui ouvre le droit (théorique) à une demi-rente (cf. art. 28 al. 2 LAI). 6. a) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI. Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1). b) En l'occurrence, l'office AI a refusé de reconnaître à la recourante le droit à des mesures d'ordre professionnel au motif qu'elle ne

- 18 - présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI et était à même d'exercer son activité habituelle à plein temps. En tant qu'il a été démontré que la reprise de

l'activité habituelle n'est plus exigible, qu'elle dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'elle présente un degré d'invalidité de 59%, les motifs invoqués pour refuser l'octroi de mesures d'ordre professionnel n'existent par conséquent plus. Il convient dès lors de transmettre le dossier à l'office AI pour qu'il examine dans un premier temps le droit éventuel de la recourante à des mesures d'ordre professionnel, puis dans un second temps le droit à une rente de l'assurance-invalidité avant de rendre une nouvelle décision. 7. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office AI pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. 8. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Vu l'issue du litige, les frais de procédure, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'intimé. b) Obtenant gain de cause, la recourante a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

- 19 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 12 octobre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de dépens, fixée à 2'000 fr. (deux mille francs). Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Procap Suisse (pour B. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales,

- 20 - 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). Le greffier :

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