

VD_GERICHTE ZD15.054879 vom 7. Februar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-02-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.054879

FR: VD_GERICHTE ZD15.054879 du 7 février 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.054879 del 7 febbraio 2017

Erwägungen

E. 16

septembre 2015. D. L'assurée, assistée de son avocate, a déféré la décision du 10 novembre 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 16 décembre 2015. Elle a conclu à son annulation sous suite de renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision, contestant en particulier la capacité de travail déterminée par l'intimé et estimant ne pas être en mesure médicalement d'exercer une activité à un taux supérieur à 40%. Elle a en outre fait grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue en ne procédant pas à son audition suite aux objections formulées contre le projet de décision du 22 septembre 2015.

- 5 - Le 7 mars 2016, l'OAI a produit sa réponse au recours en proposant le rejet. Il a rappelé que la capacité de travail de la recourante avait été fixée sur la base de l'examen rhumatologique réalisé au SMR le 30 avril 2015, tandis que son statut avait été étudié minutieusement, notamment dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage du 1er juillet 2015. Par réplique du 1er juin 2016, la recourante a derechef contesté le statut retenu par l'intimé dans son cas, sollicitant notamment la rectification de la décision attaquée dans le sens de la suppression des propos que l'OAI lui avait attribués. Elle a en outre douté de l'objectivité du SMR quant à la détermination de sa capacité de travail et requis la mise en œuvre d'une expertise indépendante, étant donné la divergence des opinions médicales versées à son dossier. Elle a au surplus maintenu ses conclusions. L'intimé en a fait de même en dupliquant le 21 juin 2016. A la requête de la magistrate instructrice du 7 juillet 2016, la recourante a produit son ancien contrat de travail auprès de M. _____ SA en date du

E. 18

août 2016. Par ailleurs, une partie des pièces réunies par les organes de chômage, soit par la Caisse de chômage K. _____ et l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP) [...], dans le cas de l'assurée ont été versées à la procédure. Les parties ont eu l'opportunité de se déterminer sur ces documents, l'OAI ayant indiqué le 6 septembre 2016 que ceux-ci demeureraient sans incidence sur sa position. Quant à la recourante, par pli du 4 octobre 2016, elle a fait valoir les modifications de sa situation personnelle et économique survenues près de deux ans après sa demande d'indemnités de chômage et mis en exergue ses diverses déclarations à l'OAI quant à ses intentions professionnelles.

- 6 - Les faits seront au surplus repris dans la mesure utile aux termes du développement juridique infra. 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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 (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). 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 du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

- 7 - c) En l'espèce, le recours formé le 16 décembre 2015 contre la décision de l'intimé du 10 novembre 2015 a été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. Est litigieux in casu le degré d'invalidité présenté par la recourante. Singulièrement, cette dernière conteste la répartition du temps consacré à l'activité lucrative, respectivement au ménage, décidée par l'intimé, ainsi que l'appréciation de sa capacité de travail. Sur le plan formel, sont également argumentées une violation du droit d'être entendu au stade de la procédure administrative, ainsi qu'une demande de rectification de la décision querellée s'agissant des propos tenus par l'assurée, tels que retranscrits par l'intimé. 3. a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 9C_699/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2). S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; 126 V 132 consid. 2b et les références citées). Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir

- 8 - d'examen (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 et les références ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références). b) En l'espèce, la recourante a eu l'occasion de s'exprimer oralement à trois reprises auprès de l'OAI, notamment en lien avec la question de son statut et du taux d'exercice d'une activité lucrative. Elle a été reçue en premier lieu le 8 octobre 2014, dans le contexte de la procédure de détection précoce, par une collaboratrice de l'OAI (cf. rapport initial de détection précoce du 9 octobre 2014). Elle s'est en second lieu entretenue avec l'enquêtrice de l'OAI à l'occasion de l'enquête économique sur le ménage du 1er juillet 2015, où elle a été spécifiquement questionnée sur

ses intentions professionnelles si elle avait été en bonne santé (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 10 juillet 2015). Elle a enfin été entendue par un spécialiste du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI le 16 septembre 2015, étant rappelé qu'elle a contesté les propos rapportés aux termes du procès-verbal d'entretien du même jour. On ne voit pas sérieusement dans quelle mesure un entretien supplémentaire, tel que sollicité dans le cadre de la procédure d'audition précédant la décision querellée, aurait été susceptible d'amener des éléments nouveaux ou pertinents, la recourante ayant largement disposé de la possibilité de les invoquer antérieurement. Une audition subséquente aurait vraisemblablement constitué une version supplémentaire en lien avec le taux d'activité hypothétiquement déployé par la recourante si elle avait conservé la santé. L'OAI aurait dû trancher une possible contradiction avec les propos antérieurs de l'assurée et n'aurait pu, cas échéant, qu'appliquer la jurisprudence fédérale corrélative. En effet, on rappellera qu'il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et références citées ; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2 ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d). En

- 9 - conséquence, le grief tendant à faire constater une violation du droit d'être entendu n'a pas lieu d'être retenu à l'encontre de l'intimé. Qui plus est, la recourante a eu tout loisir de faire valoir ses arguments relatifs à la détermination de son statut par devant la Cour de céans, laquelle est dotée d'un plein pouvoir d'examen. Une violation éventuelle du droit d'être entendue de la recourante du fait de l'intimé pourrait dès lors de toute façon être qualifiée de réparée. 4. a) Une autorité ne peut rendre une décision de constatation (art. 49 al. 2 LPGA ; cf. aussi l'art. 25 al. 2 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] en liaison avec l'art. 5 al. 1 let. b de cette même loi) que lorsque la constatation immédiate de l'existence ou de l'inexistence d'un rapport de droit est commandée par un intérêt digne de protection, à savoir un intérêt actuel de droit ou de fait, auquel ne s'opposent pas de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits ou d'obligations (ATF 129 V 289 consid. 2.1 ; 126 II 300 consid. 2c et les références). L'exigence d'un intérêt digne de protection vaut également lorsque l'autorité rend une décision de constatation non pas sur requête d'un administré, mais d'office (art. 25 al. 1 PA ; ATF 130 V 388 consid. 2.4). La procédure de recours en matière d'assurances sociales conduit donc en principe, en cas d'admission du recours, à un jugement formateur, une demande de jugement constatatoire n'étant recevable que si un jugement formateur n'est pas possible. b) En l'occurrence, il est incontestable qu'un jugement formateur est possible. Dès lors, la conclusion tendant à la rectification de la décision entreprise en ce qu'elle ferait état de propos que la recourante n'aurait pas tenus s'agissant de ses souhaits professionnels doit être déclarée irrecevable (cf. réplique du 1er juin 2016, p. 4, 3ème paragraphe).

- 10 - 5. a) En vertu 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, résultant 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 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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. A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

- 11 - L'art. 29 LAI prévoit que la rente ne prend naissance qu'après l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Aux termes de l'art. 16 LPGGA, 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. L'art. 28a LAI précise que l'art. 16 LPGGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 1). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146). c) Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels – pratique dont le Tribunal fédéral a admis de longue date la conformité (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3 ; cf. pour plus de détails : ch. 3084 ss Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] à l'attention de l'administration).

- 12 - Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants.

Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3) La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée). 6. In casu, il est incontesté que la recourante revêt un statut mixte, à savoir qu'elle n'aurait pas déployé une activité lucrative à plein temps, même si elle avait conservé une bonne santé. a) Il ressort en effet des comptes individuels AVS (CI) tenus pour l'assurée que celle-ci a cessé toute activité lucrative à la naissance

- 13 - de son premier enfant en 1987. Elle n'a repris un emploi qu'à temps partiel entre 2004 et 2012 au sein de l'entreprise de son époux, la société N._____Sàrl. Elle réalisait à cet égard un gain annuel totalisant un peu plus de 20'000 fr, ce qui correspond à un taux d'activité sensiblement inférieur à 50% pour un emploi de bureau (cf. extrait du CI, versé au dossier de l'OAI). Elle a par ailleurs indiqué avoir été engagée, également à temps partiel par M._____SA, entre 2010 et 2012. Ces déclarations sont corroborées par les salaires déclarés par cette société en matière AVS, soit notamment 15'254 fr. pour l'intégralité de l'année 2011 (cf. extrait du CI, ibidem, d'octobre 2010 à avril 2012). Le contrat de travail, conclu entre la recourante et M._____SA en date 8 octobre 2010, fait du reste mention d'un engagement de l'assurée en tant que « vendeuse à temps partiel », sans autre précision. L'attestation de maladie, signée des médecins traitants de l'assurée et versée au dossier de la F._____SA, signale une activité déployée par la recourante pour M._____SA à concurrence de 13 heures par semaine, sur 42,5 heures de travail usuelles, soit un taux d'activité d'environ 30%. Quant aux pièces fournies par la Caisse de chômage K._____ et l'ORP, il y a lieu de mettre en exergue la demande d'indemnités de chômage complétée le 24 juin 2012 par l'assurée à l'attention de ladite caisse. Elle y a expressément indiqué être disposée à l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel, à hauteur de « 21 heures par semaine, respectivement 50% d'une activité à plein temps ». Le procès-verbal d'entretien auprès de l'ORP du 26 juin 2012 mentionne que l'assurée « ne pensait pas s'inscrire avant le 1.8.12 », mais qu'elle s'est finalement vue « obligée de demander les indemnités de chômage dès le 9.6.12 » en raison d'importantes difficultés financières. b) Dans le cadre de la procédure administrative dirigée par l'OAI, la recourante a dans un premier temps évoqué son taux d'activité lors de l'entretien de détection précoce du 8 octobre 2014. Ses propos ont

- 14 - été synthétisés comme suit dans le procès-verbal corrélatif du 9 octobre 2014 : « [...] Statut actif : mixte. L'assurée est restée de nombreuses années à la maison pour faire des tâches éducatives. Si elle n'était pas en plein divorce, elle aurait recherché à travailler à temps partiel. [...] L'insécurité financière déstabilise beaucoup l'assurée. Elle se rend compte qu'elle aurait dû déposer une demande plus tôt. Elle trouve que son travail est adapté et a de la peine à envisager un autre travail. D'un autre côté, elle ne veut pas

augmenter son taux de travail mais ne peut pas vivre avec son salaire de 40% si sa pension alimentaire diminue trop. [...] » Dans un second temps, elle a communiqué un taux hypothétique d'activité de 70% en tant qu'assistante dentaire, par « nécessité financière » (cf. formulaire complété le 5 décembre 2014 à l'attention de l'OAI). Ensuite, dans le cadre de l'enquête au domicile réalisée le 1er juillet 2015, l'enquêtrice de l'OAI a rapporté les déclarations de l'assurée en ces termes : « [...] Durant l'entretien, l'assurée a eu des difficultés à se projeter, en bonne santé, dans son activité professionnelle ; elle n'arrivait pas à spécifier de quel montant elle aurait besoin pour vivre. Par contre, sa situation financière actuelle est équilibrée, elle travaille à 40%, pour un revenu de CHF 1'360.00 net et perçoit une pension alimentaire de CHF 3'400.00. Le paiement de son loyer est assumé par son ex-mari. Elle affirme qu'elle n'aurait pas eu besoin de travailler davantage durant cette période située entre 2010 et l'été 2015. L'assurée exprime qu'elle aurait poursuivi son activité professionnelle à 50%. Par contre, cette situation financière est en train d'être revue sérieusement à la baisse, en raison de son divorce. Son loyer ne sera plus payé et la pension alimentaire risque d'être réduite de moitié. Elle va devoir vendre son appartement, afin de diminuer les charges financières. Elle n'arrive pas à préciser le montant nécessaire pour subvenir à ses besoins, en raison de l'importance des inconnues financières actuelles. Il est donc évident que l'assurée devrait augmenter son pourcentage de travail afin de pouvoir subvenir à ses besoins, lorsque le divorce sera effectif [...]. [L'assurée] précise qu'elle ne souhaite pas travailler au-delà de 80%, car elle souhaite profiter de la vie. [...] » L'enquêtrice a en définitive conclu à une part active et une part ménagère de 50% chacune dès le 8 novembre 2011, la part active

- 15 - pouvant être augmentée à 80% à partir de la finalisation du divorce de l'assurée. Cette dernière s'est ultérieurement entretenue avec un spécialiste du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI qui a consigné les éléments ci-dessous dans son procès-verbal du 16 septembre 2015 : « [...] Divorce très conflictuel toujours en cours avec menaces, plainte pénale, saisie au domicile du mari, etc... Assurée en larmes durant tout l'entretien. Dit toucher une pension de 3'600.- et attendre plus de son mari à l'issue de la procédure de divorce qui dure depuis des années. Possède et vit dans un appartement de 5.5 pièces avec jardin qu'elle pense vendre une fois le divorce prononcé. Situation professionnelle actuelle : Travaille toujours 2j./semaine chez un dentiste. Ce 40% lui convient. Selon la pension qu'elle touchera, elle dit ne pas envisager de travailler plus, ou alors à 60%. Le 80% évoqué dans l'enquête ménagère serait le maximum auquel elle voudrait travailler si elle ne pouvait pas faire autrement. [...] » c) Etant donné les éléments relevés ci-dessus, force est de constater que la recourante s'est révélée pour le moins ambivalente quant à son taux hypothétique d'activité en l'absence d'atteinte à la santé. Quoi qu'elle en dise, les perspectives en matière de contribution d'entretien paraissent influencer davantage sur le choix du taux d'activité que les fluctuations éventuelles de son état de santé. Lors des trois entretiens auprès de l'OAI, la recourante a régulièrement fait référence à la procédure de divorce, singulièrement à ses implications financières, lorsqu'elle s'est exprimée sur son taux d'activité lucrative. Face à l'inconnue que représente l'évolution de la contribution d'entretien dans une procédure de divorce toujours en cours, il est certes compréhensible que l'assurée ne puisse se projeter dans l'avenir. En de telles circonstances, la proposition de l'enquêtrice de l'OAI quant à une éventuelle modification du statut de l'assurée à l'issue de son divorce apparaît particulièrement appropriée. Cela étant, s'agissant de la détermination du taux d'activité lucrative hypothétique à la date de la décision entreprise, il s'agit manifestement du statut le plus vraisemblable au vu des déclarations de la recourante

et de ses circonstances personnelles. Au demeurant, un taux d'activité hypothétique de 50% - 16 - correspond à la disponibilité à l'emploi affichée auprès des organes de l'assurance-chômage, tandis que la recourante n'a nullement fait la démonstration d'avoir recherché une activité lucrative à un taux supérieur à 50% avant d'être atteinte dans sa santé en novembre 2011, ni d'avoir démarché en vue d'un emploi adapté depuis lors. Elle n'allègue pas davantage de modification de sa situation personnelle ou économique jusqu'à la date de la décision querellée du 10 novembre 2015, ce qui justifierait un réexamen du taux hypothétiquement consacré à un emploi. On ajoutera que la proposition de l'enquêtrice correspond aux premières déclarations de la recourante, auxquelles il convient d'attacher une présomption de vraisemblance (cf. également jurisprudence relative aux premières déclarations citée supra sous considérant 3b). Enfin, il sied de relever que l'OAI s'est basé sur le rapport d'enquête économique sur le ménage du 10 juillet 2015 pour fixer la quotité consacrée à une activité lucrative, non pas sur le procès-verbal d'entretien du 16 septembre 2015. Le rapport d'enquête précité remplit les critères jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante – ce que la recourante ne remet du reste pas en question – de sorte qu'il y a lieu de se rallier aux conclusions de l'enquêtrice de l'OAI quant à une part active de 50% et une part ménagère de 50% en l'état. Les griefs soulevés par la recourante en lien avec la détermination de son statut peuvent dès lors être écartés. 7. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

- 17 - De manière générale, 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. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 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 d'un rapport médical, 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 ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3). Si l'administration ou le juge, 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 ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc).

- 18 - b) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; 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 établir le caractère incomplet de son ouvrage. 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 et la jurisprudence citée). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_500/2011 précité loc. cit. ; TF 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. citées ;

- 19 - TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). 8. En l'espèce, s'agissant des éléments médicaux et de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, figurent au dossier les rapports et attestations de ses médecins traitants, les Drs D. _____ et G. _____, ainsi que le rapport d'examen du Dr L. _____ du SMR. a) Dans son rapport du 12 décembre 2014, le Dr G. _____ a communiqué le diagnostic d'une « hernie discale L5-S1 depuis 2010- 2011 » et d'une « lyse isthmique L5 avec listhésis grade I L5-S1 depuis l'adolescence ». Il a fait état d'une incapacité de travail de 50% entre le 8 et le 28 novembre 2011, puis d'une incapacité totale de travail dès le 29 novembre 2011, tout en estimant que l'activité habituelle était encore exigible à 50%. Il a proscrit les longues stations immobiles et le port de charges supérieures à 5 kg, soulignant une augmentation, à la fatigue et à l'effort, des douleurs lombaires et de la sciatique droite. Il ne s'est en revanche pas déterminé sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant à la Dresse D. _____, elle a diagnostiqué, aux termes de son rapport du 15

décembre 2014, une « hernie discale L5-S1 droite depuis 2011 ». Elle a précisé que sa patiente travaillait à 40% en tant qu'hygiéniste dentaire, un taux supérieur dans sa profession n'étant pas autorisé. Une activité en station debout à plus de 40% devait être évitée, seul un emploi en position assise pouvant être envisagé. Cette praticienne mentionnait en revanche une capacité de travail de 100% dans une attestation du 26 janvier 2012, à la condition que le port de charge fût

- 20 - restreint, tout en remarquant en parallèle que l'activité lucrative ne devait pas être déployée plus de deux après-midis par semaine. Si le rapport du Dr L. _____ du 30 avril 2015 rejoint pour l'essentiel les diagnostics évoqués par les médecins traitants, il a pour sa part communiqué son appréciation de la capacité de travail en ces termes : « [...] Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par les contraintes mécaniques sur la charnière lombosacrée. Cette charnière est instable à cause de la lyse isthmique bilatérale induisant un glissement de la 5ème vertèbre sur la première sacrée. Ce glissement a augmenté entre septembre 2007 et novembre 2011. Il est passé d'un stade I à II. L'instabilité aux mouvements de flexion/extension, et même lors des rotations du tronc, peut augmenter les contraintes mécaniques sur le disque L5-S1 et donc faire apparaître par intermittence les pyralgies voire sciatalgies. D'après le recueil anamnestique, l'assurée effectue sans difficulté les activités ménagères à son rythme. Elle épargne donc son rachis. L'activité actuelle, à hauteur de 8 heures/jour, 2 jours/par semaine, est pénible lors de certaines tâches s'exerçant debout. Afin de diminuer l'absentéisme, il serait plus judicieux qu'elle puisse répartir sa capacité de travail (en temps) sur 3 jours ou plusieurs jours par exemple. L'IRM [réf. : imagerie par résonance magnétique] de décembre 2011 confirme l'aggravation et l'évolution de la protrusion discale L5-S1 objectivée en 2007 en une hernie droite compatible avec la symptomatologie. Au terme de la période de traitement conservateur nécessaire d'une sciatique, c'est-à-dire de 2 mois dès l'IT [réf. : incapacité de travail] totale attestée par le Dr G. _____ depuis le 29.11.2011, nous retenons une incapacité de travail de 40% dans l'activité habituelle et nulle dans une activité adaptée [sic]. [...] » Le Dr L. _____ a précisé les limitations fonctionnelles suivantes : « Rachis lombaire : activité en position alternée avec possibilité de changer de position librement et selon les besoins, éviter le port de charges supérieures à 8 kg, éviter la position répétée en porte-à-faux, éviter de travailler à genoux ou accroupie, éviter les activités sur plateforme vibrante. » b) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées du Dr L. _____, étant souligné que le rapport d'examen rhumatologique du 30 avril 2015 remplit manifestement les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Ce

- 21 - rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation, une discussion très étayée du diagnostic retenu après confrontation des éléments relatés par les médecins traitants de la recourante et des documents d'imagerie. Le Dr L. _____ aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Par ailleurs, aucun des médecins traitants de la recourante ne s'est prononcé sur sa capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles imposées par l'état de son rachis. S'agissant de l'activité habituelle, ni le médecin généraliste, ni le chiropraticien n'amènent d'élément objectif de nature à justifier une réduction de la capacité de travail de 10% ou 20%. Partant,

il convient de se référer aux conclusions du Dr L. _____ et de retenir que la recourante est effectivement dotée d'une capacité de travail de 60% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. c) La recourante étant en mesure d'exercer son activité d'assistante dentaire à 50% au moins, soit au taux correspondant à la part consacrée à la sphère lucrative, elle ne rencontre dès lors aucun préjudice économique. En l'absence d'empêchement dans la sphère ménagère, l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, conformément à l'art. 28a al. 3 LAI, permet d'aboutir à un degré d'invalidité nul. C'est ainsi à bon droit que l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité. d) On ajoutera qu'il apparaît superflu de procéder à l'audition de la recourante par devant la Cour de céans, sa situation médicale et professionnelle ayant été élucidée à satisfaction par l'intimé. Dès lors, la mesure d'instruction proposée par la recourante peut être rejetée par appréciation anticipée des preuves (cf. considérant 7a supra, in fine). 9. Vu l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision

- 22 - rendue par l'intimé le 10 novembre 2015. 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). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de la recourante qui succombe. b) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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