

## VD\_GERICHTE ZD16.037198 vom 6. Juni 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-06-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.037198](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.037198)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.037198 du 6 juin 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD16.037198 del 6 giugno 2018

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 201/16 - 161/2018 ZD16.037198 CO UR DE S  
ASSURANCES S OCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 6 juin 2018 \_\_\_\_\_ Composition : M. PIGUET, président Mmes  
Röthenbacher et Pasche, juges Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
C. \_\_\_\_\_, à Z. \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à  
Bienne (BE), 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. C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964,  
travaillait en qualité d'employée d'exploitation pour le compte du groupe de restauration  
D. \_\_\_\_\_ SA. Alléguant souffrir de problèmes de dos, elle a déposé le 12 avril 2012 une  
demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de  
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Dans le  
cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a requis les renseignements médicaux  
usuels auprès du médecin traitant de l'assurée, à savoir le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en  
médecine interne générale (rapport des 4 juillet 2012 et 22 janvier 2013), lequel a fait état  
des diagnostics de lombosciatalgies S1 avec déficit sensitif à droite sur hernie discale  
L5-S1. Le 7 septembre 2012, le Dr N. \_\_\_\_\_ a informé l'office AI que C. \_\_\_\_\_ était  
à nouveau à l'arrêt de travail en raison de lombosciatalgies en récurrence depuis le 28 août  
2012. Sur la base de ces renseignements, le Service médical régional de  
l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a considéré que l'assurée n'était plus en mesure  
d'exercer son activité habituelle, mais disposait d'une capacité de travail située entre 80 et  
100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (avis du 1er février 2013).  
Poursuivant l'instruction de la demande, l'office AI a alloué à l'assurée une mesure  
d'orientation professionnelle (communication du 8 février 2013), puis un stage  
d'observation professionnelle (communication du 17 juillet 2013), lequel s'est déroulé du  
12 août au 6 septembre 2013, au Centre d'observation professionnelle de  
l'assurance-invalidité (COPAI) de P. \_\_\_\_\_. Le rapport établi à l'issue de ce stage le 24  
septembre 2013 indiquait que l'assurée ne disposait que d'une capacité de travail de 50%  
dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assurée présentant  
une fatigabilité liée à des hépatites et à un état

- 3 - dépressif. Bien qu'initialement prévue du 11 novembre au 20 décembre 2013, la  
mesure de reclassement allouée subséquentement par l'office AI a été interrompue dès le 13  
novembre 2013 (cf. certificat médical du Dr F. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, du 13  
novembre 2013). Dans un rapport du 7 janvier 2014, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué que sa  
patiente souffrait d'un état de stress post-traumatique chronique complexe, avec atteinte  
relationnelle, comportementale, attentionnelle et exécutive sévère et fait état d'une

incapacité de travail totale. A la suite de ce rapport, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 7 mai 2015, ce médecin a retenu les diagnostics – avec répercussion sur la capacité de travail – d'épisode dépressif majeur récurrent, de gravité légère à moyenne, et de personnalité limite à traits abandonniques et impulsifs, décompensée ; il a estimé que la capacité de travail était de l'ordre de 50% depuis le 28 août 2012, date correspondant à une récurrence psychosomatique mettant en évidence la fragilité psychique de l'assurée. Par projet de décision du 29 février 2016, l'office AI a informé C.\_\_\_\_\_ qu'il comptait lui allouer un quart de rente d'invalidité à compter du 1er août 2013, basée sur un degré d'invalidité de 48%. L'assurée n'ayant pas présenté d'objections, l'office AI a, par décision du 15 juin 2016, entériné l'octroi de cette prestation. B. Par acte du 22 août 2016, C.\_\_\_\_\_ a formé recours contre cette décision devant la Cour de céans, en concluant en substance à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au minimum, respectivement au renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle reprochait en substance à l'office AI de n'avoir pas tenu compte de l'aggravation de son état de santé survenue depuis le mois d'octobre 2014 et de n'avoir pas procédé à un abattement sur le salaire statistique. Un rapport du 18 juillet 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_ était joint à son mémoire.

- 4 - Dans sa réponse du 21 octobre 2016, l'office AI a conclu au rejet du recours. Le 15 novembre 2016, l'assurée a déclaré maintenir ses conclusions. A l'issue de l'échange des écritures, l'office AI a convenu qu'il y avait lieu de procéder dans le cas d'espèce à un abattement et conclu à l'octroi d'une demi-rente (duplicata du 5 décembre 2016 à laquelle était annexé un document daté du 1er décembre 2016 dans lequel figurait le calcul du degré d'invalidité après comparaison des revenus avec et sans invalidité). La Cour de céans a requis un complément d'expertise auprès du Dr G.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 19 octobre 2017, ce médecin a retenu les diagnostics – avec répercussion sur la capacité de travail – d'épisode dépressif majeur récurrent, de gravité moyenne, de non ou mauvaise observance au traitement de Quétiapine (Seroquel) et de personnalité état limite du registre abandonnique et impulsif, décompensée ; il a constaté que l'état de santé de l'assurée s'était détérioré depuis l'été 2016 et que la capacité de travail devait désormais être considérée comme nulle dans toute activité. Dans ses déterminations du 13 novembre 2017, l'office AI a constaté que l'aggravation était survenue postérieurement à la décision litigieuse et, partant, confirmé les conclusions prises en cours de procédure de recours, tandis que l'assurée s'est référée à un avis médical de son médecin traitant du 7 décembre 2017 (courrier du 5 janvier 2018). E n d r o i t :

- 5 - 1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (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 al. 1 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, 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. 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 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). c) Déposé en temps utile – compte tenu de la suspension des délais durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) – devant le tribunal compétent et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

- 6 - 2. a) 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. b) On précisera que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b). Une modification de l'état de fait, postérieure à la décision litigieuse, ne peut en principe être examinée que dans le cadre d'une nouvelle procédure (ATF 117 V 287 consid. 4). 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. b) 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

- 7 - 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 invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). c) 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). d) 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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

- 8 - consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_152/2014 du 21 juillet 2014 consid. 3.1.1). 4. a) Sur le plan médical, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions – non contestées par le SMR – du rapport d'expertise établi le 7 mai 2015 par le Dr G. \_\_\_\_\_, selon lesquelles la recourante disposait en raison de ses troubles psychiques d'une capacité résiduelle de travail de 50% depuis le mois d'août 2012. b) A l'appui de son recours, C. \_\_\_\_\_ a produit un rapport médical établi le 18 juillet 2016 par le Dr F. \_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci a indiqué que l'évolution de l'état de santé de sa patiente s'était révélée défavorable depuis le mois d'octobre 2014 et que la capacité de travail était désormais nulle. Sur cette base, la Cour de céans a jugé nécessaire de requérir un complément d'expertise auprès du Dr G. \_\_\_\_\_ afin de déterminer si l'état de santé de la recourante ne s'était pas aggravé depuis la première expertise réalisée par ce médecin. Dans son rapport du 19 octobre 2017, le Dr G. \_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante à compter du début de l'été 2016 et constaté que la capacité de travail était désormais nulle. Le Dr F. \_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions de l'expert (courrier du 7 décembre 2017). Cela étant, dans la mesure où la recourante ne pourrait en tout état de cause prétendre à une rente entière de l'assurance-invalidité qu'à partir du mois d'octobre 2016 (cf. art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), soit postérieurement à la décision litigieuse du 15 juin 2016, il n'y a pas lieu de tenir compte de cette modification dans le cadre de la présente procédure. Ce nonobstant, il appartient à l'office intimé de prendre en considération ces nouveaux éléments médicaux et de les traiter comme une demande de révision de la rente. Aussi, convient-il de renvoyer le dossier à l'office intimé afin qu'il examine le droit à la rente pour la période postérieure à la décision litigieuse. 5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le

- 9 - 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 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) et de tenir compte de l'évolution des salaires jusqu'à ce moment (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). 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'invalidé 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 2012, de 4'112 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2012, TA 1, niveau de qualification 1). Compte tenu de l'indexation à l'année 2013 (0,7%), année déterminante pour la comparaison des revenus (cf. art. 28 al. 1 LAI et consid. 4 supra), et de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2013 (41,7

- 10 - heures), ce montant doit être porté à 4'316 fr. 76, correspondant à un salaire annuel de 51'801 fr. 20. 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 25'900 fr. 60. 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 convient de relever que l'office intimé a procédé à un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé (cf. calcul du salaire exigible du 1er décembre 2016). Ce faisant, il a admis la critique formulée par la recourante dans son écriture du 15 novembre 2016 quant à la non-prise en considération d'un abattement de 10% sur le salaire statistique.

- 11 - Un abattement plus élevé n'est pas indiqué, en raison de l'âge de l'assurée encore relativement jeune, du fait qu'elle se trouve au bénéfice d'un permis d'établissement et qu'elle a travaillé en Suisse pendant près de vingt ans. Ce taux tient en outre compte de manière appropriée des effets 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'invalidité s'élève à 23'310 fr. 54. c) Quant au revenu sans invalidité, il doit être fixé sur la base des indications fournies par l'employeur en juin 2012, soit 49'361 fr. Indexé à 2013 (0,7%), il s'élève à 49'706 fr. 52. d) Il s'ensuit que la perte de gain s'élève à 26'396 fr. (montant arrondi), d'où un degré d'invalidité de 53%, ce qui ouvre le droit à une demi-rente (cf. art. 28 al. 2 LAI). e) S'agissant enfin de la naissance du droit à la rente, le Dr G. \_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 7 mai 2015, que l'incapacité de travail de 50% présentée par la recourante remontait au 28 août 2012. Compte tenu du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le droit de C. \_\_\_\_\_ à une demi-rente de l'assurance-invalidité prend naissance le 1er août 2013 (art. 29 al. 3 LAI). 6. Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée, en ce sens que C. \_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité depuis le 1er août 2013. 7. Ayant procédé par l'intermédiaire d'un avocat du Service juridique de Procap, qui peut se voir accorder des dépens, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA- VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]),

- 12 - lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). 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 15 juin 2016 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que C. \_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité depuis le 1er août 2013. III. Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il procède conformément aux considérants. IV. 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. V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C. \_\_\_\_\_ une indemnité de dépens, fixée à 2'000 fr. (deux mille francs). Le président : Le greffier :

- 13 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Procap Suisse, Service juridique (pour C. \_\_\_\_\_), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :