

# VD\_GERICHTE ZD23.028413 vom 5. August 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-08-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD23.028413](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.028413)

FR: VD\_GERICHTE ZD23.028413 du 5 août 2024

IT: VD\_GERICHTE ZD23.028413 del 5 agosto 2024

## Erwägungen

### E. 27

juillet 2021. C'est donc le nouveau droit qui est applicable au cas d'espèce. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

- 14 - maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé est comparé à 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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, il est déterminant 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du

- 15 - dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 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) peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils 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 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations

- 16 - médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. 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 la personne assurée, 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). 6. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante est atteinte dans sa santé en raison de douleurs au dos, et qu'elle n'est dès lors plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'agente de propreté. Elle a en effet subi en 2010 une première opération, avec stabilisation et fusion par voie postérieure L5-S1 et mise en place d'une cage intersomatique. A compter du 27 juillet 2021 et jusqu'au 24 janvier 2022, elle a présenté une incapacité de travail totale en raison d'une radiculopathie L5 droite sur décompensation d'un

canal lombaire étroit. Elle a subi le 27 octobre 2021 une nouvelle opération, sous forme de décompression L4-L5 avec révision du montage L5-S1 et prolongation de stabilisation en L4-L5. Son incapacité de travail a ensuite été de 70 % du 26 janvier au 31 mars 2022, puis de 50 % dès le 1er avril 2022. Si, dans la décision attaquée, l'intimé a retenu que l'activité habituelle demeurait exigible à 50 %, le SMR est revenu sur cette appréciation dans son avis du 3 août 2023. Selon cet avis en effet, il est douteux que la poursuite de ce type de travail (i.e. agente d'entretien) soit envisageable à court-moyen terme, en raison de l'atteinte à la santé au niveau lombaire (L3-S1). La recourante a du reste désormais totalement interrompu son activité habituelle, et se porte mieux depuis lors

- 17 - (cf. rapport du 25 janvier 2024 de la psychologue W. \_\_\_\_\_), ce qui va dans le sens des constats précités du SMR. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a au demeurant lui aussi fait état d'une incapacité de travail totale dans le poste précédent (cf. rapport du 20 juillet 2023). La recourante peut donc être suivie lorsqu'elle affirme que son activité habituelle n'est plus exigible, sa capacité de travail étant nulle dans celle-ci. Ce constat n'a toutefois pas d'influence sur le droit à la rente, puisque, ainsi qu'on le verra, l'assurée conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. b) Dans sa décision litigieuse du 1er juin 2023, l'intimé a estimé, sur la base de l'avis du SMR du 14 mars 2023, que la recourante présente depuis le 1er avril 2022 une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité non-physique, assise, avec possibilité de se lever toutes les 30 minutes, pas de travail en antéflexion ou rotation dorsolombaire répétitive, pas de port de charge de plus de 5 kg – 7 kg répétitivement. Le SMR a en effet considéré à cet égard, en se basant notamment sur l'avis du service médical de l'assureur perte de gain, que les limitations fonctionnelles de l'assurée ne semblaient pas suffisamment importantes pour justifier une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée. Dans son recours, l'assurée conteste principalement que sa capacité de travail dans son activité habituelle serait exigible à hauteur de 50 %. Comme on l'a vu ci-dessus, l'intimé est revenu sur sa position à cet égard, admettant que l'activité habituelle n'était plus exigible. Dans ses écritures subséquentes, la recourante entend contester qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles serait exigible en alléguant que dite capacité de travail devrait encore être définie, se référant à cet égard aux rapports de ses médecins traitants produits en cours de procédure judiciaire. Elle prétend

- 18 - également qu'aucune activité ne lui est désormais accessible et qu'aucun employeur ne serait disposé à l'engager. Ce point de vue ne peut toutefois être suivi, pour les motifs exposés ci-dessous. Comme le relève le SMR (cf. avis du 7 novembre 2023), du point de vue neurochirurgical, le rapport du 20 juillet 2023 du Dr D. \_\_\_\_\_ ne fait pas état de diagnostic nouveau, et le statut clinique est superposable à celui au dossier, le cadre clinique étant dominé par un état douloureux au niveau lombaire. Par ailleurs, dans son rapport du 7 décembre 2023, le Dr D. \_\_\_\_\_ ne dit pas que sa patiente ne serait pas en mesure d'exercer une activité adaptée. Il note au contraire que selon ses appréciations, la patiente est limitée dans ses activités physiques et devrait bénéficier d'une diminution du taux d'activité. Or l'activité habituelle n'est plus exigible, ainsi qu'on l'a vu. Le Dr D. \_\_\_\_\_ ajoute que la capacité résiduelle dans une activité adaptée devrait être identifiée, en indiquant « par exemple sans port de charges, sans position assise ou debout prolongées ». Cette appréciation correspond aux limitations fonctionnelles retenues par l'OAI, à savoir une activité non physique, assise avec possibilité de se lever toutes les 30 minutes, sans

travail en antéflexion ou rotation dorsolombaire répétitive, sans port de charge de plus de 5 kg – 7 kg répétitivement. Au surplus, ce spécialiste ne prévoit un suivi sous l'angle neurochirurgical que dans une année. Sur le plan psychique, un « moral très bas » sans autre précision, à savoir sans symptômes ni signes cliniques, avec instauration d'un traitement antidépresseur, également sans précision, est évoqué dans le rapport du 26 septembre 2023 de la Dre X.\_\_\_\_\_. Il est à noter que cette médecin ne fait pas état d'une incapacité de travail chez l'assurée. La psychologue W.\_\_\_\_\_, qui a vu l'assurée à compter du 10 novembre 2023 à raison de trois séances, ne fait pas non plus état d'une incapacité de travail chez sa patiente. Elle relève au demeurant que l'intéressée rapporte une amélioration de son état. Elle indique au surplus que la recourante est inscrite au chômage et suit une mesure auprès de la

- 19 - [...] pour notamment faire un essai dans un poste de caissière. Ainsi, aucun élément au dossier ne permet d'établir qu'antérieurement à la décision attaquée, la recourante aurait présenté sur le plan psychiatrique une atteinte de nature à limiter sa capacité de travail. En outre, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la recourante et accessibles sans formation particulière (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Du reste, contrairement à ce que soutient l'intéressée, rien ne permet d'affirmer qu'une activité dans le domaine industriel léger serait nécessairement incompatible avec les limitations fonctionnelles constatées. C'est ici le lieu de souligner que l'OAI a énoncé différents types d'activités envisageables dans la décision entreprise (« travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple au montage, au contrôle ou à la surveillance d'un processus de production, ou comme ouvrière dans le conditionnement » ; cf. décision du 1er juin 2023) – dont il y a lieu d'admettre qu'elles ne contreviendraient pas aux limitations fonctionnelles. La recourante ne peut être suivie lorsqu'elle prétend qu'aucune activité n'est envisageable au vu de ses circonstances personnelles. c) Il résulte de ce qui précède que l'intimé était fondé à retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, aucun élément se rapportant à la situation prévalant au moment de la décision entreprise ne permettant de remettre en cause ce constat. 7. La comparaison des revenus, non remise en cause, met en évidence un degré d'invalidité de 5.15 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente, respectivement à des mesures d'ordre professionnel.

- 20 - 8. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). 9. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu l'issue du litige. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de

l'Etat, vu la décision du 19 juillet 2023 octroyant à la recourante l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1, let. b, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art 61 let. g LPGa). d) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'un conseil d'office en la personne de Me Monica Mitrea. Vérifiée d'office, la liste des opérations déposée par l'avocate le 5 avril 2024, qui fait état de 29 heures et 48 minutes consacrées à la présente procédure, ne peut être entièrement suivie. L'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour de céans dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, la comptabilisation de plus de neuf heures pour l'attention portée à divers courriers et la rédaction de lettres à l'attention de médecins,

- 21 - respectivement la prise de connaissance de leurs réponses, est manifestement excessive. Un total de vingt heures de travail paraît amplement couvrir le temps nécessaire à la résolution du litige. Il convient dès lors d'arrêter l'indemnité d'office à 4'012 fr. 85 ([16h × 180 fr.] + [144 fr. ; débours] + [7,7 % ; TVA 2023] + [4h × 180 fr.] + [36 fr. ; débours] + [8,1 % ; TVA 2024]), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La rémunération de Me Mitrea est provisoirement supportée par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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