

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 janvier 2010

---

Présidence de       Mme     LANZ PLEINES  
Juges     :       MM. Bonard et Berthoud, assesseurs  
Greffier     :       Mme     Vuagniaux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.**\_\_\_\_\_, à Aigle, recourante, représentée par Me Michel Dupuis, avocat à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à Vevey.

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** En octobre 1998, alors qu'elle travaillait dans le cadre d'un programme d'occupation temporaire de l'assurance-chômage, E.\_\_\_\_\_, née en [...], a chuté et s'est blessée à la cheville droite. Elle a consulté son médecin traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, qui lui a prescrit deux semaines d'arrêt de travail et des pommades anti-inflammatoires, mais les douleurs n'ont jamais complètement disparu. Après avoir retrouvé un travail dès le 5 juin 2000 en qualité d'aide-jardinière, l'assurée a subi, le 29 août 2001, une opération à la cheville droite pour une déchirure du court péronier latéral avec ténosynovite associée. Elle est en incapacité totale de travailler depuis lors. Une seconde intervention a eu lieu le 30 janvier 2002 pour exciser un névrome pré-malléolaire. En mars 2002, la Vaudoise Assurances a transmis le dossier à la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA), au motif que les interventions subies relevaient des suites de l'événement survenu à la cheville droite en octobre 1998.

Par décision sur opposition du 18 septembre 2002, la CNA a refusé d'allouer des prestations pour les troubles à la cheville droite en raison de l'absence de lien de causalité entre ceux-ci et l'événement d'octobre 1998. A la suite d'un recours déposé auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud et d'une expertise ordonnée par le juge instructeur, la CNA a accepté, le 27 janvier 2005, de prendre en charge les prestations légales en relation avec l'événement de 1998. Par décision sur opposition du 27 juin 2007, la CNA a alloué à l'assurée une rente fondée sur un degré d'invalidité de 15 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2005. Par jugement du 30 avril 2008 et arrêt du 24 avril 2009, le Tribunal des assurances du canton de Vaud et le Tribunal fédéral respectivement ont confirmé la décision sur opposition de la CNA du 27 juin 2007.

**B.** E.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité (AI) le 11 mai 2004 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI).

Dans un rapport médical du 26 mars 2004, l'Hôpital I. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué que l'assurée présentait :

- « des séquelles d'entorse en varus de la cheville droite avec :
- un syndrome douloureux chronique au bord latéral du pied droit, irradiant jusque dans les orteils;
  - une hypoesthésie-causalgie du nerf sural droit avec trigger zone sous malléolaire externe, séquelle d'une irritation ou lésion du nerf et/ou en rapport avec un névrome cicatriciel local post-traumatique (traumatisme ou iatrogène). Lésion de nature incomplète;
  - status post-infiltrations de la gouttière malléolaire externe;
  - status post opératoire d'une résection de tissu cicatriciel et suture d'une déchirure partielle du court péronier latéral (29.08.2001);
  - status post résection d'un nodule sous-cutané douloureux de la face externe, sur la cicatrice opératoire précédente (30.01.2002) ».

Les médecins ont estimé que, compte tenu des multiples traitements, de l'installation d'un syndrome douloureux chronique et des répercussions affectives avec installation d'un état dépressif, la capacité de travail de la patiente était faible, même dans une activité adaptée; toutefois, l'évolution du traitement et un suivi antalgique étaient susceptibles de l'améliorer.

Le 18 juin 2004, le Dr H. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué ce qui suit :

Avec répercussion sur la capacité de travail :

- syndrome douloureux chronique du membre inférieur droit : développement progressif depuis 1999;
- status après entorse de la cheville droite en 1998;
- développement progressif en 1998-1999 de ténosynovite du péronier latéral et sous la malléole externe;
- status après synovectomie partielle de la gaine tendineuse, résection des tissus cicatriciels et suture secondaire d'une déchirure partielle du tendon du court péronier latéral de la cheville droit le 29.08.2001;
- suite opératoire compliquée d'une hypo-esthésie et de névralgie dans la région distale du 5<sup>e</sup> rayon (territoire du nerf sural). Le 30.01.2002 ténolyse localisée du court péronier latéral et excision d'un névrome cicatriciel;

- persistance de l'hypo-esthésie-causalgie dans le territoire du nerf droite avec zone gachette sous la malléole externe. Boiterie chronique avec développement progressif d'une tendinite fessière et de lombalgies;
- état dépressif.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- HTA sévère traitée depuis 1997;
- cervicalgies et céphalées récidivantes, existant depuis avant 1997.

Selon le médecin traitant, du point de vue strictement rhumatologique et neurologique, la patiente était apte à exercer une activité en position assise; en revanche, sur le plan psychologique, l'état douloureux chronique, l'échec des multiples traitements et l'état dépressif rendaient illusoire une reprise du travail même dans une activité adaptée.

Dans une lettre du 5 avril 2007, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué que, suite à son entorse du pied survenue en 1998, sa patiente présentait des douleurs chroniques qui s'étaient progressivement étendues du pied à la cuisse, à la fesse, à la région dorso-lombaire et finalement à la nuque. Elle souffrait également d'un état dépressif chronique et d'une boiterie importante l'obligeant à marcher avec une canne.

L'assurée a été examinée sur les plans rhumatologique et psychiatrique le 23 février 2007 par le Service médical régional AI (ci-après : SMR). Dans leur rapport du 27 avril 2007, les médecins ont diagnostiqué ce qui suit :

Avec répercussion sur la capacité de travail :

- status post entorse de la cheville droite avec rupture partielle du court péronier, traitée chirurgicalement (S93.4).

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- syndrome douloureux de l'hémicorps droit;
- lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de protrusion étagée;
- difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0);

- majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).

Ils ont estimé que la capacité de travail était nulle dans une activité professionnelle physiquement contraignante telle celle d'aide-jardinière. En revanche, l'intéressée pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée - soit sans marche en terrain inégal ou travail sur un plan instable, montées et descentes répétées d'escaliers, périmètre de marche au-delà du kilomètre et station debout statique dépassant trente minutes -, et ceci six mois après la seconde opération, c'est-à-dire à partir d'août 2002.

Par décision du 10 mars 2008, l'Office AI a refusé la demande de rente de l'assurée. En effet, en comparant le salaire sans invalidité (47'788 fr. 20) et celui qu'elle pourrait réaliser à plein temps dans une activité adaptée (43'009 fr. 38 selon les normes ESS [Enquête suisse sur la structure des salaires] avec abattement de 10 %), son taux d'invalidité s'élevait à 10 %, ce qui était inférieur au minimum de 40 % prévu par la législation.

**C.** C'est contre cette décision que E.\_\_\_\_\_, assistée de son conseil, Me Michel Dupuis, avocat à Lausanne, a recouru par acte du 9 avril 2008, en concluant à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Elle a fait valoir qu'elle souffrait de douleurs continues, de tendinites, de céphalées, d'un état dépressif et de graves difficultés de déplacement, et qu'elle était incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle, même légère et de type industriel. Partant, elle demandait la mise en œuvre d'une expertise médicale afin d'établir que le degré d'invalidité de 10 % était en « flagrante contradiction avec les constatations et conclusions médicales figurant au dossier ».

Le 4 juillet 2008, l'Office AI a répondu que, dans la mesure où tous les avis médicaux concordaient quant à la nature des lésions et limitations fonctionnelles, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'examen clinique du SMR qui avait pleine valeur probante. Il a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 1<sup>er</sup> septembre 2008, la recourante a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise dans le but de déterminer sa capacité de travail résiduelle.

Le 24 septembre 2008, l'Office AI a estimé qu'une instruction médicale complémentaire n'était pas nécessaire.

### **E n d r o i t :**

**1.** Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), abstraction même faite des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**3.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, plus précisément sur sa capacité de travail résiduelle.

**4. a)** Selon l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 LPGA, est

réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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 LPGA). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 70 % au moins, à trois quarts de rente si elles sont invalides à 60 % au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**b)** Si l'assureur 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 prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves

ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références). S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

**5.** La recourante soutient qu'elle souffre de douleurs continues, de tendinites, de céphalées, d'un état dépressif, de graves difficultés de déplacement et qu'elle n'est plus en état de travailler du tout, même dans une activité simple et répétitive. En outre, compte tenu des divergences d'opinion des médecins consultés quant à sa capacité de travail, elle estime qu'il est nécessaire d'ordonner une expertise. L'intimé soutient pour sa part qu'une appréciation différenciée de la capacité de travail ne justifie pas la mise en œuvre d'une expertise.

On relèvera tout d'abord que les affections dont E. \_\_\_\_\_ se prévaut dans son mémoire de recours du 9 avril 2008 ont toutes été mentionnées dans les différents rapports médicaux. En l'occurrence, le tableau clinique est complet et toutes les investigations médicales dans les domaines concernés ont été entreprises avec le soin nécessaire. Plus particulièrement, l'expertise pluridisciplinaire du SMR du 27 avril 2007 répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas.

Demeure litigieuse la question de savoir dans quelle mesure les troubles de santé de la recourante ont un impact sur sa capacité de travail. En l'espèce, l'Hôpital I. \_\_\_\_\_ a considéré qu'en raison des multiples traitements, de l'installation d'un syndrome douloureux chronique et d'un état dépressif, la capacité de travail était faible, même dans une activité adaptée; l'évolution du traitement antalgique pouvait toutefois l'améliorer (mars 2004). De son côté, le Dr H. \_\_\_\_\_ a relevé que sa patiente était apte à exercer une activité professionnelle en position assise, mais qu'au vu de l'état douloureux chronique, de l'échec

des multiples traitements et de l'état dépressif, une reprise du travail était illusoire même dans une activité adaptée (juin 2004). Enfin, le SMR a estimé que la capacité de travail était entière dans une activité sans marche en terrain inégal ou travail sur un plan instable, montées et descentes répétées d'escaliers, périmètre de marche au-delà du kilomètre et station debout statique dépassant trente minutes (avril 2007).

Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que tous les médecins admettent que la recourante peut, du point de vue somatique, exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé. En mars 2004, l'Hôpital I. \_\_\_\_\_ a retenu que la faible capacité de travail était susceptible de s'améliorer en fonction de l'évolution du traitement antalgique, ce qui semble avoir été le cas puisque le Dr H. \_\_\_\_\_ considère, trois mois plus tard, que sa patiente peut travailler à plein temps dans une activité adaptée, soit en position assise. En revanche, on ne saurait adhérer aux conclusions de l'Hôpital I. \_\_\_\_\_, reprises par le Dr H. \_\_\_\_\_, selon lesquelles l'état douloureux chronique, l'échec des multiples traitements et l'état dépressif empêchent l'intéressée d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé. En effet, dans leur rapport du 27 avril 2007, les médecins du SMR notent une discordance importante entre les allégations de l'assurée, son comportement algique très démonstratif et les éléments objectivables cliniques ou paracliniques. Par exemple, l'intéressée prétend devoir garder sa jambe droite tendue en permanence et ressentir de plus fortes douleurs si elle la fléchit, alors qu'assise sur la table d'examen, elle lâche progressivement son membre inférieur jusqu'à 90° de flexion; elle décharge en permanence sa jambe droite en station debout lors de l'examen et prétend souffrir de boiterie chronique depuis juin 2004 (rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ de la même époque), mais ne présente aucune amyotrophie de non-utilisation de son membre inférieur droit; il n'y a pas d'hyperpathie lorsque l'examineur passe la main sur le pied, le mollet et la jambe droite de la recourante lorsque son attention est détournée (expertise, p. 8). On notera également que la recourante a mis un terme à un traitement débuté à la consultation d'antalgie du Dr [...], et qui aurait eu un certain effet (lettre du Dr H. \_\_\_\_\_ du 5 avril 2007). S'agissant des

lombalgies, les médecins remarquent que les discopathies banales observées n'expliquent pas les douleurs diffuses du membre inférieur droit, car l'intéressée ne présente pas de radiculalgies, de déficit neurologique aux membres inférieurs et de syndrome rachidien. Les nuchalgies étaient déjà présentes avant l'accident d'octobre 1998 et n'étaient pas de nature à influencer la capacité de travail de la recourante (rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ de juin 2004). La recourante ne s'en est d'ailleurs pas expressément plainte lors de l'examen du SMR, sauf à dire que les douleurs au niveau de sa jambe irradiaient jusqu'à l'occiput. Quant aux céphalées, outre le fait que ni le Dr H. \_\_\_\_\_, dans sa lettre du 5 avril 2007, ni l'expertise du SMR n'en font état, la recourante ne produit aucune pièce médicale à cet égard pouvant valablement remettre en cause les appréciations des médecins consultés. Enfin, l'examen n'a pas montré aucune limitation fonctionnelle psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail.

Les médecins du SMR ont en outre constaté une certaine tendance de l'intéressée à majorer ses symptômes physiques. Ils n'associent toutefois pas ce syndrome d'amplification des douleurs à une comorbidité psychiatrique invalidante. L'Hôpital I. \_\_\_\_\_ avait du reste déjà relevé une attitude pleurnichante lors de la consultation (rapport du 26 mars 2004, p. 2). Enfin, on relèvera les propos contradictoires de la recourante concernant sa volonté de reprendre une activité professionnelle. En effet, à la question de savoir quelle autre activité moins lourde que celle d'aide-jardinière elle pourrait exercer, elle a d'abord répondu qu'elle avait été capable de faire du crochet pendant une heure et demie lors d'un stage occupationnel à [...], pour ensuite se raviser et affirmer qu'elle ne pouvait travailler dans aucune activité (expertise, p. 3).

Sur le vu de ce qui précède, il n'existe aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions du rapport d'expertise du 27 avril 2007, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. On ne voit pas que la recourante ne serait pas en mesure, au degré de vraisemblance prépondérante, de surmonter ses douleurs et travailler à

plein temps dans une activité professionnelle adaptée à son état de santé. La mise en œuvre d'une expertise judiciaire destinée uniquement à établir la capacité de travail résiduelle n'est dès lors pas fondée.

La méthode générale de comparaison des revenus et les normes ESS retenues par l'administration pour fixer le degré d'invalidité ne sont pas contestables, ni d'ailleurs contestées.

En définitive, la décision entreprise n'étant pas critiquable, le recours doit être rejeté.

**6.** Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI, 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 mars 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Michel Dupuis, avocat (pour E. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

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).

La greffière :