

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 octobre 2010

Présidence de M. DIND
Juges : M. Bonard et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, à Château d'Oex, recourante,

et

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

Art. 6ss LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1955, en Suisse depuis mars 1992 et exerçant la profession de femme de ménage, a déposé une demande de prestations AI sous forme de rente en décembre 2003. L'assurée fait état d'une incapacité de travail de 50% à compter du 16 août 2000 causée par des lombalgies chroniques existantes "au moins début 2000", éléments confirmés par son médecin traitant, le Dr A._____, spécialiste en médecine générale, selon rapport médical du 19 janvier 2004.

Mandaté par l'Office AI (ci-après: l'OAI ou l'intimé), le Dr E._____, FMH en rhumatologie et médecine interne, a expertisé l'assurée en date des 31 mai et 5 juillet 2005. Dans son rapport d'expertise du 23 août 2005, après avoir diagnostiqué des lombalgies chroniques, un trouble dégénératif du rachis lombaire prédominant en L5-S1 et un syndrome douloureux chronique, ce spécialiste conclut à une incapacité de travail de 50% en tant que femme de ménage (et femme de chambre) et à une capacité résiduelle de travail de 75% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites (éviter les ports de charges au-delà de 10 kg, les stations assises ou debout prolongées, les travaux en flexion et/ou rotation du tronc, qui sont possibles occasionnellement). Selon rapport d'examen du 26 octobre 2005, les médecins du SMR se sont ralliés à l'appréciation médicale de l'expert précité.

Par projet de décision du 11 juillet 2006, l'OAI a rendu un préavis en faveur du rejet de la demande. Le 25 juillet 2006, l'assurée a fait opposition au projet de décision, demandant à l'OAI de prendre contact avec elle-même ou son médecin traitant. D'avis que la contestation de l'assurée n'apportait aucun élément susceptible de mettre en cause l'avis de l'expert mandaté, l'OAI a, par décision du 4 septembre 2006, rejeté la demande de prestations AI. Le 21 septembre 2006, l'assurée a recouru contre la décision précitée, invoquant en substance

que compte tenu de son incapacité de travail de 50% et de son âge, ces facteurs empêchaient toute réinsertion professionnelle, de sorte qu'elle avait droit à obtenir une rente de l'AI. Par jugement du 30 mai 2007, le Tribunal cantonal des assurances a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire puis nouvelle décision (TAss VD AI 193/06 - 115/2007 du 30 mai 2007).

Dans un rapport d'expertise du 30 novembre 2007, le Centre d'expertise médicale (CEMed) de [...], par les Drs S._____, FMH en rhumatologie et M._____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, s'est prononcé comme il suit sur le cas de l'assurée:

"4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

Lombosciatalgie gauche chronique sur discopathie L5-S1 avec rétrolisthésis de L5 sur S1.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

Syndrome douloureux chronique impliquant l'ensemble du rachis et des ceintures scapulaire et pelvienne d'intensité modérée assimilable à une fibromyalgie a minima.

Trouble mixte anxieux et dépressif.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Sur le plan physique

Le déclenchement et l'intensification de la symptomatologie douloureuse lombosciatique consécutive à la discopathie doublée d'une instabilité vertébrale limite l'assurée dans les ports et transports de charges (pas plus de 10-15 kg non répétitifs les bras proches du corps) et dans les mouvements du tronc, surtout la flexion antérieure.

Sur le plan psychique et mental:

Pas de limitations.

Sur le plan social:

Aucune.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Sur le plan somatique, ces limitations sont invalidantes dans les travaux de nettoyage (porter le linge, passer l'aspirateur, faire les lits) dont la charge est certainement inférieure aux chiffres cités ci-dessus, mais empêchent une répétition quotidienne si un repos compensateur suffisant n'est pas pris. Une activité à temps réduit de 50% est parfaitement adéquate.

Sur le plan psychique, pas d'influence.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Sur le plan somatique et dans l'activité en cours, selon ce qui a été discuté ci-dessus, la capacité résiduelle est de 50%.

Sur le plan psychique, cf. supra (pas d'incapacité).

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Sur le plan somatique, oui à 50%, soit la même activité à raison de 4 heures/jour.

Sur le plan psychique, oui.

[...]

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Sur le plan somatique, 2003.

Sur le plan psychique,---

[...]

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e)?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Sur le plan somatique, oui.

Sur le plan psychique, oui.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

Sur le plan somatique, 100%.

Sur le plan psychique, 100%.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Sur le plan somatique, 20%.

Sur le plan psychique, non."

Sur le plan somatique, les experts ont précisé que l'atteinte organique mise en évidence (lombosciatalgie gauche chronique, secondaire à une compression de la racine S1 avec une atrophie musculaire séquellaire ne nécessitant pas de traitement chirurgical) ne justifiait pas le diagnostic de syndrome douloureux persistant. Quant à la fibromyalgie, celle-ci a été qualifiée de relativement discrète, le comportement de l'assurée n'étant pas particulièrement démonstratif. Les experts ont souligné que l'assurée travaillant à mi-temps comme femme de chambre, nonobstant les douleurs générées par ses atteintes à la santé, cette dernière apparaissait satisfaite de son sort.

Selon avis médical SMR du 26 décembre 2007, le Dr V. _____
a indiqué ce qui suit:

"L'expertise du CEMed demandée par le TCA [Tribunal cantonal des assurances] conclut à des lombosciatalgies gauches chroniques sur discopathie L5-S1 avec rétrolisthésis de L5 sur S1, à un syndrome douloureux chronique impliquant le rachis et les ceintures assimilable à une fibromyalgie a minima, et à un trouble mixte anxieux et dépressif. Au plan somatique, les limitations sont invalidantes dans les travaux de nettoyage, justifiant une incapacité

de travail de 50% dans l'activité exercée. Le trouble anxieux et dépressif est très modéré et ne justifie pas d'incapacité de travail. Les critères d'un trouble somatoforme douloureux persistant ne sont pas réunis. Enfin, les facteurs d'aggravation de Meyer-Blaser ne sont pas présents. Les experts concluent donc à une pleine exigibilité dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20%."

Dans un projet de décision du 14 février 2008, l'OAI a proposé le rejet de la demande, retenant une atteinte somatique entraînant une incapacité de travail de 50% dans l'activité de femme de ménage mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical (pro memoria: Port et transport de charges limités à 10-15 kg non répétitifs les bras proches du corps, limitation dans les mouvements du tronc surtout la flexion antérieure) avec une diminution de rendement de 20%; sur le plan économique, l'OAI a indiqué que le revenu annuel que l'assurée aurait pu réaliser en poursuivant son activité habituelle eut été de 36'408 fr., alors que le revenu annuel dans une activité de substitution à plein temps, mais avec une diminution de rendement de 20% et moyennant un abattement de 5% tenant compte de l'âge, se serait élevé à 36'827 fr. 50 (revenu d'invalidé). En application des valeurs statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) adaptées à l'année d'ouverture du droit à la rente, le degré d'invalidité était nul de sorte qu'il n'y avait pas de droit à l'octroi de prestations AI sous forme de rente.

Dans son "opposition" du 3 mars 2008, complétée par écrit ampliative du 24 mars 2008, l'assurée a fait valoir qu'elle se trouvait en arrêt maladie depuis 2003 et qu'à 53 ans, ne parlant pas bien le français, ne possédant ni diplôme ni connaissances dans le monde du travail - excepté femme de ménage -, ses chances de trouver un autre travail étaient quasi nulles.

Par décision du 16 juillet 2008, l'OAI a maintenu sa position dans le sens du rejet de la demande en reprenant les termes de son projet, et dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, a réfuté les arguments élevés par l'assurée dans ses lignes du 24 mars 2008.

B. Le 11 août 2008, l'assurée forme recours contre la décision de refus de prestations AI précitée, concluant à la "reconsidération" de la décision litigieuse. Précisant que toute personne atteinte d'une incapacité de travail d'au moins 50% à droit à la rente AI, la recourante indique que selon les rapports médicaux au dossier tel est effectivement son cas. Elle rappelle en sus le contexte de sa situation personnelle (âge, problème de la langue française et absence de diplômes, femme de ménage étant le seul domaine professionnel connu).

Dans sa réponse du 5 janvier 2009, l'intimé propose le rejet du recours en se référant à la décision attaquée ainsi qu'à sa lettre d'accompagnement.

Invitée par le Tribunal à fournir d'éventuelles explications complémentaires ainsi que toutes pièces utiles, la recourante réplique le 23 février 2009 et conclut derechef, pour des motifs identiques à ceux développés à l'appui de son recours, à "la reconsidération" de la décision attaquée. Elle relève en particulier qu'aucun employeur ne l'engagerait à un taux de 75% dans un domaine qui lui est inconnu.

Dans sa duplique du 23 mars 2009, l'intimé indique que les arguments développés dans la réplique ne sont pas de nature à remettre en question le bien fondé de sa décision de refus du 16 juillet 2008.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), 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 (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge (cf. art. 69 LAI). Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension du délai

durant les férias d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Il répond en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) S'agissant en l'espèce d'une contestation relative à l'octroi d'une rente AI illimitée dans le temps, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n°81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non contestés ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références). Le juge n'a ainsi pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1; TF 9C_831/2009 du 12 août 2010, consid. 3.1).

b) Est litigieux en l'espèce, le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement la capacité de travail entière avec diminution de rendement de 20% retenue par l'autorité intimée dans une activité réputée adaptée aux atteintes fonctionnelles affectant la recourante.

3. a) Aux termes de l'art. 6 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. L'art. 7 LPGA définit l'incapacité de gain comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché équilibré dans son domaine d'activité, cet diminution résultant d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique laquelle diminution persiste après les traitements et mesures de réadaptation exigibles. A teneur de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, l'invalidité pouvant résulter soit d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI).

b) Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante.

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait

qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon le Tribunal fédéral, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors 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 références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2, 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

4. a) S'agissant de l'appréciation médicale de la capacité de travail de la recourante, en l'état, l'instruction de la cause est complète. En effet, suite au jugement cantonal de mai 2007, une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) a été réalisée sur mandat de l'OAI par le CEMed de [...]. Les constatations et conclusions du rapport d'expertise du 30 novembre 2007 des Drs S. _____ et M. _____ font ressortir une capacité de travail entière avec un rendement toutefois diminué de 20%, dans une activité adaptée telle que décrite par les experts. Dans ses différentes écritures, la recourante ne fait état d'aucun élément médical objectif ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise en question et qui serait suffisamment pertinent pour en remettre en cause les conclusions de l'expertise du CEMed (cf. consid. 3b in fine supra). Dans

ces circonstances, considérant que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 novembre 2007 comporte des conclusions claires, dûment motivées et bien documentées (étude de l'ensemble des pièces médicales du dossier [y compris des radiologies], examen clinique bidisciplinaire), relate les plaintes de la personne examinée, il y a lieu de lui attribuer valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3b supra). La cour de céans, vu les éléments au dossier probants et convaincants, retient qu'il n'existe en l'espèce au motif médical justifiant de s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail telle qu'effectuée au CEMed, évaluation par ailleurs entièrement partagée par le SMR (cf. avis médical du Dr V. _____ du 26 décembre 2007) puis reprise par l'intimé dans la décision attaquée.

b) S'agissant de l'évaluation économique effectuée lors de la fixation du degré d'invalidité, les montants retenus par l'intimé dans la décision litigieuse ne sont pas contestés en eux-mêmes. A défaut de griefs sur ce dernier point, le juge ne vérifiant pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble (cf. consid. 2a supra), il n'y a pas lieu de vérifier l'exactitude des montants du revenu de valide et d'invalidé, comparés pour la détermination du degré d'invalidité. La cour de céans se limite cependant à relever que même dans l'hypothèse où l'OAI aurait tenu compte d'un abattement supérieur à celui de 5% tel que ressortant de la décision litigieuse - ceci afin de tenir compte d'empêchements propres à la personne de la recourante (âge, handicap, années de service, nationalité / catégorie de permis de séjour et taux d'occupation) -, le degré d'invalidité resterait encore nettement en-deçà du minimum de 40% ouvrant droit aux prestations AI (cf. art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 [5^e révision AI]).

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'ayant pas eu recours aux services d'un mandataire professionnel et n'obtenant de surcroît pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGa; art. 55 al. 1 LPA-VD a contrario).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision attaquée rendue par l'Office AI le 16 juillet 2008 est confirmée.

- III.** Les frais de justice fixés à 250 fr. (deux cent cinquante francs) sont mis à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- X. _____,
- 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).

Le greffier :