

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 février 2010

---

Présidence de M. J O M I N I  
Juges : MM. Pittet et Monod, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à Corcelles-le-Jorat, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 43 al. 1 LPGA et 76 al. 1 let. b LPA-VD**

### **E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_, née en 1955, a déposé en mai 2005 puis en novembre 2006 une demande de prestations AI. On lui avait diagnostiqué, au début de l'année 2005, un carcinome invasif du sein gauche (cancer du sein), traité par tumorectomie et chimiothérapie.

**B.** S.\_\_\_\_\_, mariée, sans enfants, sans formation professionnelle, a travaillé comme ouvrière de 1980 à 1999 pour P.\_\_\_\_\_ à [...]. Elle a ensuite exercé une activité indépendante (onglerie). Dès le mois de mai 2004, elle a travaillé à domicile à temps partiel pour l'entreprise N.\_\_\_\_\_ SA à [...]. Elle a cessé toute activité professionnelle le 20 janvier 2005.

**C.** L'Office AI du canton de Vaud, qui traite la demande de prestations, a demandé un avis médical au Service médical régional Suisse romande (ci-après: le SMR).

Dans un rapport du 20 mars 2008, le Dr V.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu les éléments suivants (en se référant à des rapports obtenus des médecins traitants de l'assurée, la Dresse K.\_\_\_\_\_, gynécologue et le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne):

- atteinte principale à la santé: lymphoedème G [gauche] persistant sur carcinome du sein G;
- pathologies associées du ressort de l'AI: état anxio-dépressif (sans influence sur la capacité de travail ni sur les mesures professionnelles). A ce propos, le rapport précise ce qui suit: "Elle bénéficie d'un traitement antidépresseur, mais pas d'une prise en charge spécialisée. Selon le MT [médecin traitant], l'état de santé s'est amélioré et bien qu'il persiste une certaine fragilité psychique, la CT dans une activité est entière";
- incapacité de travail à 100 % du 20 janvier 2005 au 23 mars 2006;
- capacité de travail exigible: 0 % dans l'activité habituelle (dépend du cahier des charges), 100 % dans une activité adaptée ("L'IT [incapacité de travail] totale entre janvier 2005 et mars 2006, attestée par les médecins,

est justifiée. Depuis lors, l'assurée présente une pleine CT [capacité de travail] dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Nous ne connaissons pas le cahier des charges exactes de l'ancienne activité et ne pouvons donc pas nous prononcer sur la CT exacte");

- limitations fonctionnelles: travaux de force bras G, travaux au-dessus de l'horizontale, mouvements répétés bras G.

**D.** L'Office AI a calculé le salaire exigible en 2006 (revenu annuel brut que l'assurée aurait pu obtenir, sans atteinte à la santé, en fonction des statistiques ESS). Il a retenu un montant de 50'278 fr., puis a appliqué un abattement de 10 % et a fixé le "salaire exigible final" à 45'250 fr.

**E.** Dans un préavis du 1<sup>er</sup> avril 2008 ("projet d'acceptation de rente"), l'Office AI a fixé le droit à une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2006. Pour le reste, il a considéré qu'à partir d'avril 2006, l'exercice à plein temps d'une activité respectant les limitations fonctionnelles était exigible du point de vue médical. En conséquence, sur la base des chiffres précités, il a estimé le degré d'invalidité à 10 %, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente.

Par une communication datée également du 1<sup>er</sup> avril 2008, l'Office AI a signifié à l'assurée qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis.

**F.** S.\_\_\_\_\_ a fait part d'objections à l'encontre du préavis. Son médecin traitant, le Dr A.\_\_\_\_\_, a en particulier fait valoir que la comorbidité psychiatrique n'avait pas été prise en compte, ni les effets indésirables d'un médicament occasionnant une fatigue chronique.

S.\_\_\_\_\_ a entrepris en avril 2008 un traitement auprès de la psychiatre Dresse B.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 7 mai 2008 destiné à l'Office AI, ce médecin a posé le diagnostic suivant: trouble de l'humeur (affectif) persistant depuis janvier 2005, code CIM-10 F34.9; on ne pouvait donc pas s'attendre à une reprise immédiate de l'activité professionnelle.

Le SMR a été invité à se prononcer à nouveau. Dans un avis médical du 14 août 2008, signé par le Dr V. \_\_\_\_\_ et par le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint, il est exposé ce qui suit:

"La lettre du Dr A. \_\_\_\_\_ du 08.04.2008 n'apporte pas de nouvel élément. A relever que c'était justement ce médecin qui avait attesté une pleine CT dans une activité adaptée (voir son rapport du 18.06.2007). Un nouveau rapport a été joint au dossier le 07.05.2008, provenant du Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre. Ce dernier retient le diagnostic de trouble de l'humeur persistant F34.9 et atteste une IT totale. Selon la CIM-10, ce diagnostic est retenu si la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic d'un trouble affectif d'une intensité suffisante d'avoir une répercussion sur la CT. Au vu de ce qui précède, aucun nouvel élément médical n'a été apporté lors de cette audition, nous permettant de changer notre appréciation du 20.03.2008. (Dossier discuté avec un psychiatre SMR)."

Dans une lettre du 15 octobre 2008 à l'assurée, l'Office AI a pris position sur ses objections. Il a en substance fait valoir que son préavis du 1<sup>er</sup> avril 2008 était bien fondé, et que le nouveau rapport du SMR était concluant.

Une décision formelle de l'Office AI, prise le 21 octobre 2008 et lui octroyant une rente limitée dans le temps (du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2006), a été notifiée à l'assurée.

**G.** S. \_\_\_\_\_ (désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat) a recouru le 20 novembre 2008 auprès du Tribunal des assurances contre la décision de l'Office AI. Elle conclut à titre principal à la réforme de cette décision en ce sens qu'elle a droit à l'octroi d'une rente AI entière, y compris pour la période postérieure au 30 juin 2006; subsidiairement, elle demande l'annulation de la décision attaquée et le renvoi du dossier à l'Office AI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Elle fait valoir en substance que le refus de rente ne tient pas compte de rapports médicaux probants, que sa capacité de travail exigible est nulle, et que le taux d'abattement (10%) pris en considération pour la détermination du revenu avec invalidité serait de toute manière insuffisant. Elle requiert - au cas où le dossier serait

incomplet pour statuer sur l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps - la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

La recourante a produit une déclaration écrite du Dr A.\_\_\_\_\_, du 17 novembre 2008, qui contient le passage suivant:

"Plusieurs éléments n'ont toujours pas été pris en compte, comme par exemple le fait que la patiente soit sous traitement d'Arimidex et sous antidépresseurs à haute dose pris de façon très régulière. Il n'est pas exact d'affirmer que le diagnostic F34.9 selon la CIM-10 ne comporte pas de répercussion sur la capacité de travail. De plus, les indications du psychiatre, dans son rapport médical, sont suffisamment explicites en ce qui concerne l'intensité des symptômes persistants."

La Dresse B.\_\_\_\_\_ a signé elle aussi cette déclaration, pour confirmer l'avis du Dr A.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 4 février 2009, l'Office AI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

La recourante a déposé des déterminations le 14 avril 2009. Elle confirme ses conclusions. Elle produit une attestation de la Dresse B.\_\_\_\_\_, du 3 mars 2009, posant le diagnostic de trouble dépressif majeur d'intensité moyenne.

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

**1. a)** 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été

déposé en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art 61 let. b LPGA). Il est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Elle est immédiatement applicable dans la présente cause (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). 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.** Sur la base de la décision attaquée, la contestation porte sur le droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2006. Les mesures professionnelles (aide au placement, orientation professionnelle) n'ont pas été décidées ni modifiées dans le cadre de cette décision; il n'y a donc pas lieu de se prononcer à ce sujet. S'agissant du refus de la rente, la recourante reproche essentiellement à l'Office AI d'avoir constaté sa situation médicale de manière inexacte ou incomplète, en s'écartant des avis de ses médecins traitants – avant tout sur le plan psychiatrique.

**a)** Pour l'appréciation de l'invalidité, la jurisprudence fédérale a posé des règles ou des principes au sujet des constatations d'ordre médical. Les rapports médicaux du SMR ont valeur probante pour autant 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (cf. notamment ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**b)** En l'espèce, la recourante n'a pas été examinée par un psychiatre du SMR. Aucun avis concernant les atteintes psychiatriques n'a

été rédigé. Son cas a été "discuté" au SMR et un psychiatre a participé à cette discussion mais les deux rapports médicaux figurant au dossier ne donnent pas d'indications précises à ce sujet.

Dans sa réponse au recours, l'Office AI fait valoir que les troubles psychiatriques dont fait état le psychiatre traitant (Dresse B.\_\_\_\_\_) ne seraient pas invalidants "dans la mesure où la recourante souffre d'un simple trouble de l'humeur et non d'un trouble dépressif majeur". Or cette affirmation ne repose pas sur un avis médical écrit. Dans la classification internationale CIM-10, la rubrique F34 énumère différents "troubles de l'humeur [affectifs] persistants", soit la "cyclothymie" (F34.0), la "dysthymie" (F34.1), les "autres troubles de l'humeur [affectifs] persistants" (F34.8) et le "trouble de l'humeur [affectif] persistant, sans précision" (F34.9). Le psychiatre traitant a retenu ce dernier diagnostic, dont une des caractéristiques est la persistance durant des années, élément propre à entraîner une souffrance et une incapacité. On ne saurait, sans examen plus approfondi ni motivation plus détaillée, affirmer que le diagnostic F34.9 n'implique par définition aucune incapacité de travail ou de gain.

Il n'y a pas lieu d'accorder d'emblée une valeur probante déterminante à l'avis du psychiatre traitant, qui retient pour sa part une incapacité de travail de longue durée. En effet, selon la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc), l'avis du médecin traitant doit être apprécié avec réserve. Cela étant, il incombait à l'Office AI de recueillir des informations plus complètes sur l'état de santé de la recourante, puisque ses médecins traitants relèvent une atteinte persistante sur le plan psychiatrique.

La décision attaquée, qui se fonde sur un avis incomplet du SMR, a donc été rendue en violation des règles précitées du droit fédéral, en matière de preuves. Cela justifie l'admission du recours et l'annulation de la décision attaquée.

**c)** Il ne se justifie pas de compléter l'instruction au stade du recours au Tribunal cantonal (en ordonnant par exemple une expertise médicale judiciaire). Au contraire, il y a lieu de renvoyer l'affaire à l'Office AI afin qu'il complète l'instruction – en principe en requérant un avis formel d'un psychiatre du SMR – et rende une nouvelle décision.

**3. 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. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches de droit public, comme les Offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, lesquels doivent être fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 1'500 fr. l'indemnité de dépens à verser par l'Office AI à la recourante.

**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 21 octobre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et l'affaire est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**IV.** Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à payer à la recourante S.\_\_\_\_\_ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour S.\_\_\_\_\_),
- 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 :