

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2009

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Gasser et Zbinden, assesseurs
Greffière : Mme Trachsel

Cause pendante entre :

T. _____, à Vevey, recourante,

et

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après : l'OAI) à Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. T._____, née le 7 mars 1960, est mariée et mère de cinq enfants, dont respectivement deux d'entre eux sont encore à charge. De nationalité tunisienne, elle est arrivée en Suisse en 1998, où, sans formation, elle n'a jamais travaillé. Le 15 janvier 2007, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), sollicitant l'octroi d'une rente et indiquant souffrir de douleurs à la colonne vertébrale, depuis 2003. Dans un questionnaire complémentaire à la demande AI auquel elle a donné réponse le 19 février 2007, elle a mentionné, qu'en bonne santé habituelle, elle travaillerait en tant que femme de ménage à 50 % par nécessité financière et par intérêt personnel, ce depuis 1999.

Dans un rapport du 26 mars 2007, le Dr E._____, médecin traitant généraliste, a rendu compte de lombalgie chronique sur troubles statiques et dégénératifs et de gonalgie bilatérale chronique sur gonarthrose. Sans répercussion sur la capacité de travail, il retient également les diagnostics d'obésité, de lithiases vésiculaires. Il relève également l'existence d'un status après opération d'une hernie ombilicale et d'une hernie inguinale droite. Finalement, il atteste une incapacité de travail entière dès le 1^{er} janvier 2005 et précise que l'intéressée subit une diminution de rendement de l'ordre de 60 à 70 %.

Mandaté par l'OAI, le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne FMH, a examiné l'intéressée le 7 septembre 2007. Dans son rapport du 11 septembre suivant, cet expert a notamment constaté que cette dernière souffrait de gonarthrose tricompartmentale bilatérale du côté droit et de lombalgies chroniques aspécifiques (discopathie L5-S1 et syndrome d'amplification des symptômes) et, sans répercussion sur la capacité de travail, d'obésité de classe I et d'un status après cures de hernies ombilicale et inguinale droite en 2006. Selon ce médecin, l'atteinte ostéoarticulaire génère, depuis le mois de janvier 2005, une certaine restriction fonctionnelle notamment comme ménagère (femme au foyer). Une capacité de travail de 70 % est

reconnue puisque l'activité de ménagère nécessite parfois des ports et des soulèvements de charges de plus de 15 kg et des positionnements statiques en porte-à-faux en ce qui concerne le rachis lombaire. Pour ce qui est des genoux, la gonarthrose bilatérale prédominant du côté droit génère également des limitations fonctionnelles, comme la position statique debout ou encore la marche prolongée de plus de 2 km de manière continue. En revanche, dans une activité adaptée laissant la possibilité d'alterner les positions assise et debout, l'assurée aurait une capacité de travail de 100 % (comme employée dans la télésurveillance, par exemple). L'expert n'a pas mis en évidence d'éléments qui pourraient faire suspecter a priori une comorbidité psychiatrique.

Par rapport du 27 novembre 2007, la Dresse F. _____ du SMR (service médical régional AI), après avoir pris connaissance des examens effectués par le médecin traitant et par le Dr G. _____, a confirmé une capacité de travail exigible de 70 % en tant que ménagère et de 100 % dans une activité adaptée, en tenant compte notamment des limitations fonctionnelles décrites par l'expert.

Dans le cadre de l'instruction de l'affaire, l'OAI a effectué une enquête économique sur le ménage, l'assurée n'ayant jamais travaillé hors du domicile depuis son arrivée en Suisse. Ainsi, par rapport du 13 mai 2008, le service spécialisé de l'OAI a proposé de considérer l'assurée comme active à 50 % et ménagère à 50 %, ce pour tenir compte du fait qu'elle travaillait dans son pays d'origine avant son arrivée en Suisse mais également au vu de la situation financière de sa famille (elle aurait dû travailler ne serait-ce que partiellement). Les empêchements dus à l'invalidité sont estimés à 34,55 %.

Par projet de décision du 15 juillet 2008, l'OAI s'est déterminé dans le sens du rejet d'une rente invalidité, se reposant sur les conclusions de l'expert G. _____, qui considère que, depuis le 1^{er} janvier 2005, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle bénéficie d'une pleine capacité de travail. L'OAI a estimé qu'en exerçant une activité lucrative à 50 %, l'assurée aurait pu obtenir un salaire s'élevant à 25'138

francs (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2006). Toutefois, pour tenir compte des limitations fonctionnelles présentées, il a réduit ce montant de 10 %. Le revenu avec invalidité se monte ainsi à 22'624 fr. 95, ce qui fixe le degré d'invalidité à 9,99 %. Quant aux empêchements rencontrés dans la tenue du ménage, ceux-ci ont été évalués, comme on l'a vu ci-dessus à 34,55 %. En conclusion, l'office retient un degré d'invalidité dans l'activité lucrative de 4,99 %, et, dans l'activité ménagère, de 17,27 %, soit au total 22,26 %. Inférieur à 40 %, ce taux n'ouvre pas le droit à une rente AI.

Par courrier du 22 juillet 2008, l'intéressée s'est opposée à ce projet de décision, faisant valoir que son état de santé s'était péjoré depuis sa visite chez le Dr G._____ et que, partant, son médecin traitant l'avait adressée à une spécialiste FMH en rhumatologie, la Dresse S._____.

Par rapport établi le 5 septembre 2008, ce médecin a posé les diagnostics de gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire prédominant à gauche, de cervico-lombalgies persistantes dans le cadre de troubles statiques et génératifs avec dysbalances musculaires, de fibromyalgie et d'obésité. Elle a en outre comparé les clichés effectués au mois d'août 2007 avec ceux qui ont été demandés le 28 août 2008 et a ainsi constaté une aggravation de l'arthrose fémoro-tibiale interne du genou gauche. Une intervention chirurgicale, avec arthroplastie, lui semble nécessaire dans un futur proche. Toutefois, la patiente souhaite attendre encore quelques temps. En outre, la spécialiste a recommandé des mesures diététiques pour réduire la surcharge pondérale défavorable dans ce contexte de gonarthrose.

Dans un avis médical du SMR établi le 5 novembre 2008, les Drs B._____ et Z._____, n'ont pas retenu le diagnostic de fibromyalgie mentionné par la Dresse S._____, ce dans la mesure où il n'est nullement décrit dans le status rhumatologique. Il faut préciser que le Dr G._____ n'en n'avait pas non plus tenu compte lorsqu'il a procédé à l'examen du status ostéoarticulaire car il avait perçu seuls 6 points

sensibles sur les 18 nécessaires pour reconnaître le caractère invalidant de la fibromyalgie, ce qui n'est donc pas significatif d'une telle atteinte. Les médecins du SMR concluent donc que la gonarthrose s'est aggravée de manière objective, mais que cette péjoration ne justifie pas de modifier les conclusions du rapport du SMR du 27 novembre 2007. En effet, les limitations fonctionnelles ont été décrites par l'expert ; il faut encore y ajouter nommément celles qui étaient sous-entendues, à savoir les positions à genou et accroupie, la marche dans les escaliers, sur les échelles et le franchissement répété d'escabeau.

Par décision du 12 janvier 2009, l'OAI, se référant aux termes de son projet de décision, a rejeté la demande de rente invalidité.

B. T. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre cette dernière décision, sollicitant sa reconsidération et rappelant les motifs de sa demande de rente et la péjoration de son état de santé. Elle se qualifie « d'assez dépressive » en évoquant la situation difficile qu'elle a vécue dans son pays d'origine et se décrit comme « profondément triste et épuisée physiquement et mentalement ». Elle se sent incapable d'exercer une quelconque activité industrielle légère.

Dans ses déterminations du 14 mai 2009, l'OAI a maintenu sa position, indiquant que, dans son appréciation, il avait tenu compte de toutes les atteintes de l'assurée.

La réponse de l'OAI a été communiquée à la recourante qui n'a pas demandé à pouvoir déposer de nouvelles déterminations.

E n d r o i t :

1. **a)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, est immédiatement applicable à la présente cause (art. 117

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

b) Interjeté le 10 février 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales ; RS 830.1]). Il est en outre recevable en la forme.

2. La recourante conteste uniquement l'évaluation de son degré d'invalidité compte tenu de ses limitations fonctionnelles et en prenant en considération la possibilité pour elle d'exercer une activité professionnelle à 50 %. En revanche, elle ne met pas en cause les résultats de l'enquête sur le ménage, ni l'absence de mesures de réadaptation.

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le 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).

b) L'appréciation des preuves est libre en ce sens qu'elle n'obéit pas à des règles prescrivant à quelles conditions l'autorité devrait admettre que la preuve a abouti et quelle valeur probante elle devrait reconnaître aux différents moyens de preuve les uns par rapport aux autres. Si la jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b p. 352), elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles.

Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 122 V 157, consid. 1c et les références; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références).

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. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical 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 ; une expertise

présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (ATF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et les références citées ; 9C_885/2007 du 15 septembre 2008, consid. 3.2).

c) A l'appui de son recours, T._____, se qualifiant « d'assez dépressive » lorsqu'elle évoque la situation difficile vécue dans son pays d'origine, et se décrivant également comme « profondément triste et épuisée physiquement et mentalement », prétend qu'elle est incapable d'exercer une quelconque activité industrielle légère. Elle soutient, d'autre part, souffrir de douleurs chroniques aux deux genoux et que son état s'est aggravé à tel point qu'elle ne sort de chez elle que pour des rendez-vous médicaux. Elle explique que les travaux ménagers sont effectués presque intégralement par ses deux filles étudiantes. Force est ainsi de constater qu'elle ne conteste pas en tant que telles les conclusions du rapport d'expertise du Dr G._____ sur lequel l'OAI fonde sa décision, mais fait valoir que son état de santé s'est péjoré depuis que l'expert l'a examinée. Il sied donc d'admettre que ledit rapport ne mentionne pas de faits contraires à la réalité et qu'il répond aux exigences rappelées ci-dessus (consid. 2b), en matière de valeur probante. En effet, il décrit la situation de la recourante en détail, il se base sur une anamnèse complète et un condensé de renseignements tirés du dossier. Comme on le verra plus loin, il fait état des indications subjectives délivrées par la recourante ainsi que du résultat des observations faites au cours des examens cliniques ; il s'achève par une discussion exhaustive de l'ensemble des renseignements recueillis et une appréciation motivée de la capacité résiduelle de travail.

En ce qui concerne le volet psychique, le rapport ne met en évidence aucun élément qui pourrait faire suspecter une comorbidité psychiatrique associée à l'atteinte à la santé de la recourante. D'ailleurs, ni le généraliste, ni le rhumatologue traitant de cette dernière, n'ont posé un tel diagnostic.

Comme le remarquent les médecins du SMR, s'il est exact que la Dresse S._____ pose un diagnostic de fibromyalgie, elle n'en fournit toutefois pas une description précise dans le status rhumatologique. Or, cette atteinte n'est déterminante que si elle remplit certains critères bien établis par la jurisprudence (ATF 132 V 65). L'expertise du Dr G._____ montre de manière suffisamment claire que tel n'est pas le cas. Ce spécialiste relève que seuls 6 points sur 18 de fibromyalgie sont sensibles, ce qui n'est pas significatif d'une atteinte invalidante. En outre, reprenant les dires de l'intéressée, l'expert rapporte que son moral est médiocre mais qu'elle ne signale pas de franche dépression, ni d'idées suicidaires. Elle n'a d'ailleurs jamais été suivie par un psychiatre. Ainsi, les sentiments de tristesse et d'épuisement éprouvés, qui ne sont pas mis en doute, n'ont, dans ces conditions pas de caractère invalidant, ou ne suffisent pas à causer une incapacité de travail.

On ne voit en outre pas de motifs de mettre en cause l'appréciation du Dr G._____ lorsqu'il apprécie les atteintes somatiques. Par avis médical du 5 novembre 2008, les Drs B._____ et Z._____ du SMR concluent qu'il y a bel et bien eu aggravation objective de la gonarthrose, ce qui toutefois ne justifie pas de modifier les conclusions du rapport d'examen du SMR du 27 novembre 2007. En effet, dans les limitations fonctionnelles décrites par l'expert, il faut y ajouter nommément celles qui étaient sous-entendues, à savoir les positions à genou et accroupie, la marche dans les escaliers, sur les échelles et le franchissement répété d'escabeau. Dès lors, l'évaluation globale des limitations fonctionnelles, en relation avec la définition d'une activité professionnelle exigible, n'apparaît pas critiquable. Les griefs de la recourante à ce propos sont mal fondés.

d) Dans la mesure où le principe du calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI n'est pas remis en cause par la recourante, celle-ci ayant seulement contesté son évaluation, il convient de se référer aux conclusions de l'office intimé.

3. En définitive et dans la mesure où il est mal fondé, le recours interjeté par T. _____ doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI et art. 2 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]), et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 91 LPA-VD). Il n'est en outre pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, le 12 janvier 2009, est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de T. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- T. _____, à Vevey ;
- Office cantonal de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey ;
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne ;

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 :