

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 décembre 2009

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : M. Neu et Mme Di Ferro Demierre  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

J. \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourante,

et

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

---

**Art. 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** J.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le [...], mariée et mère d'enfants majeurs et indépendants, est en Suisse sans interruption depuis 1990. Elle a travaillé entre février 1998 et novembre 1998, et très brièvement comme intérimaire en août 2000. Elle n'a plus travaillé depuis.

L'assurée a déposé le 24 octobre 2007 une demande de prestations AI pour adultes, en indiquant comme atteinte à la santé un problème aux poumons qui se serait déclaré vraiment en 2005 mais existait déjà avant. Elle a indiqué le 23 novembre 2007 qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% comme nettoyeuse dans des bureaux.

**b)** Dans un rapport médical du 30 novembre 2007 adressé à l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique, existant depuis 2002, et de pneumonie interstitielle sur probable sarcoïdose, existant depuis 2006. Il a indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur l'incapacité de travail, dont la patiente soutenait qu'elle était totale, et a précisé qu'il s'agissait d'une patiente sans emploi depuis 1999, totalement non intégrée, qui faisait une demande de rente en raison de l'apparition d'une gêne respiratoire sur pneumopathie interstitielle.

**c)** Dans un rapport médical SMR du 17 mars 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_ a constaté que dans son rapport médical du 30 novembre 2007, le Dr A.\_\_\_\_\_ n'attestait aucune incapacité de travail pour des raisons médicales; il n'y avait ainsi pas d'incapacité de travail durable au sens de la LAI.

**B.**           **a)** Le 3 septembre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision refusant la demande de prestations, au motif qu'à la lumière des pièces au dossier, l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

**b)** L'assurée a contesté ce projet de décision par courrier du 17 septembre 2008, en indiquant ne pas comprendre pourquoi sa demande était rejetée alors qu'elle était dans l'incapacité de travailler, qu'elle avait de gros problèmes respiratoires qui l'empêchaient de faire des tâches quotidiennes simples chez elle et à plus forte raison d'exercer une activité lucrative.

Le 26 septembre 2008, l'OAI a accordé à l'assurée un délai de 20 jours pour transmettre un certificat ou un rapport attestant médicalement une incapacité de travail. L'assurée ayant indiqué avoir consulté durant les trois dernières années, outre le Dr A.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, et avoir été hospitalisée à l'Hôpital H.\_\_\_\_\_, l'OAI a demandé un rapport médical au Dr D.\_\_\_\_\_ et aux Etablissements Hospitaliers E.\_\_\_\_\_.

**c)** Dans son rapport du 11 décembre 2008 adressé à l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait vu la patiente deux fois à son cabinet et qu'elle n'était pas venue à un rendez-vous fixé le 15 octobre 2007; il a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de pneumopathie interstitielle, probablement une sarcoïdose, existant depuis au moins 2004; dans l'anamnèse, il a fait état de douleurs thoraciques migrantes et d'asthénie; s'agissant de la capacité de travail, il n'y avait pas de restriction sur le plan pneumologique en 2007.

A ce rapport était joint un rapport que le Dr D.\_\_\_\_\_ avait adressé le 20 avril 2007 au Dr A.\_\_\_\_\_, dans lequel il indiquait ce qui suit:

"Madame J.\_\_\_\_\_ souffre (...) d'une pneumopathie interstitielle certainement présente depuis plusieurs années puisqu'on documente déjà un infiltrat sur des clichés remontant à décembre 2004 (...).

Actuellement, Madame J.\_\_\_\_\_ va bien. Elle n'a pas de limitation à l'effort et ne tousse plus. Les fonctions pulmonaires sont d'interprétation difficile car la collaboration de la patiente est très limitée. Quoi qu'il en soit, l'atteinte n'est que minime puisque le facteur de transfert au CO est normal. Dans ces circonstances, il est

raisonnable d'arrêter là les investigations et de se contenter d'une surveillance. A cette fin, j'ai proposé à Madame J.\_\_\_\_\_ et à sa famille de revenir me trouver dans 6 mois pour refaire le point de la situation".

**d)** Des documents transmis à l'OAI par le Dr D.\_\_\_\_\_ et par les Etablissements Hospitaliers E.\_\_\_\_\_, il résulte en outre qu'en octobre 2007, l'assurée a été hospitalisée dans le service de médecine des Etablissements Hospitaliers E.\_\_\_\_\_ pour une décompensation légère d'une pneumopathie interstitielle d'origine indéterminée; sous "comorbidités", la lettre de sortie du 10 octobre 2007 indiquait "fibromyalgie" et "tabagisme". Une seconde hospitalisation d'une durée de 2 jours aux Etablissements Hospitaliers E.\_\_\_\_\_ a eu lieu en août 2008 pour des céphalées dans le cadre d'une probable virose; sous "comorbidités", la lettre de sortie du 25 septembre 2008 indiquait "pneumopathie interstitielle", "tabagisme chronique" et "fibromyalgie".

**e)** Dans un avis SMR du 14 janvier 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a résumé les pièces médicales du dossier (cf. lettres A.b, B.c et B.d supra) et a conclu que dès lors qu'aucun médecin n'attestait une quelconque incapacité de travail durable secondaire à un problème de santé au sens de la LAI, les conclusions du rapport d'examen SMR du 17 mars 2008 (cf. lettre A.c supra) ne pouvaient qu'être maintenues.

**f)** Le 18 mars 2009, l'OAI a rendu une décision formelle confirmant son projet de décision du 3 septembre 2008. Dans une lettre d'accompagnement également datée du 18 mars 2009, l'OAI indique qu'à la suite de la contestation de l'assurée du 17 septembre 2008, il a questionné à nouveau ses médecins traitants, et qu'il ressort des pièces au dossier qu'aucun médecin n'atteste ni incapacité de travail ni limitations fonctionnelles, de sorte que l'assurée ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance invalidité.

**C. a)** L'assurée recourt contre cette décision par acte du 15 avril 2009, en annonçant un complément de recours dans le délai offert par les fêtes de Pâques.

Le complément de recours annoncé n'ayant pas été déposé, le juge instructeur a imparti à la recourante un délai pour déposer un recours satisfaisant aux conditions posées par la loi et produire la décision attaquée.

**b)** Le 26 mai 2009, la recourante a produit un certificat médical du Dr L. \_\_\_\_\_, dont la teneur était la suivante:

"Le médecin soussigné certifie que la patiente susnommée présente une maladie interstitielle pulmonaire évoluant depuis plusieurs années avec de multiples décompensations sous formes de surinfection pulmonaire. Cette pathologie induit une dyspnée d'effort chronique et est donc un facteur limitant dans sa capacité de travail.

D'autre part, elle présente également un syndrome douloureux chronique qu'il faut tenir compte dans sa capacité de travail.

Le certificat a été établi à la demande de la patiente et lui sera remis en mains propres pour l'usage qu'elle jugera utile."

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

**c)** Dans sa réponse du 23 septembre 2009, l'OAI expose que par sa décision du 17 (recte: 18) mars 2009, il a nié à la recourante tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité. En effet, les renseignements médicaux obtenus ne faisaient pas état d'une atteinte à la santé susceptible d'entraver durablement la capacité de travail, que ce soit dans l'exercice d'une activité lucrative ou dans l'accomplissement des tâches ménagères. Le certificat médical produit à l'appui du recours, établi par le médecin traitant, ne mentionne pas de problème de santé dont l'OAI n'aurait pas eu connaissance; il ne met en évidence aucun élément pouvant amener à douter des constatations opérées par les différents spécialistes consultés par la recourante, qui ont été interrogés par l'OAI. Dès lors, celui-ci propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le 5 octobre 2009, l'OAI a produit le dossier de l'assurée, qu'il avait omis de joindre à sa réponse.

**d)** La recourante n'a pas fait usage de la possibilité qui lui a été donnée de fournir le cas échéant ses explications complémentaires et de produire toutes pièces éventuelles et présenter ses réquisitions (expertise, audition de témoins, etc.).

### **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 (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, 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). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale 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), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

**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 critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3. 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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 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.

Selon l'art. 16 LPGA, 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts

de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Selon la jurisprudence, est réputé invalide au sens de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré qui, du fait de la nature et de la gravité de l'atteinte à sa santé après la survenance de celle-ci, subit une perte de gain permanente ou durable d'environ 20% dans les activités lucratives qu'on peut encore attendre de lui sans formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 108; RCC 1984 p. 95; VSI 1997 p. 79; VSI 2000 p. 63).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

**c)** En l'occurrence, l'OAI a recueilli, dans le cadre de l'instruction de la demande puis dans le cadre des renseignements complémentaires qu'il a requis ensuite de l'opposition de l'assurée au projet de décision du 3 septembre 2008, divers avis médicaux auprès des médecins traitants de la recourante. Or il ne résulte d'aucun de ces avis médicaux que les atteintes à la santé dont souffre la recourante entraîneraient sur le plan médical une diminution de sa capacité de travail.

Ainsi, dans un rapport médical du 30 novembre 2007 adressé à l'OAI, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique, existant depuis 2002, et de pneumonie interstitielle sur probable sarcoïdose, existant depuis 2006; il a indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur l'incapacité de travail, dont la patiente soutenait qu'elle était totale, et a précisé qu'il s'agissait d'une patiente sans emploi depuis 1999, totalement non intégrée, qui faisait une demande de rente en raison de l'apparition d'une gêne respiratoire sur pneumopathie interstitielle (cf. lettre A.b supra).

Comme la recourante avait indiqué avoir consulté durant les trois dernières années, outre le Dr A.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, et avoir été hospitalisée à l'Hôpital H.\_\_\_\_\_, l'OAI a encore demandé un rapport médical au Dr D.\_\_\_\_\_ et aux Etablissements Hospitaliers E.\_\_\_\_\_ (cf. lettre B.b supra).

Dans son rapport du 11 décembre 2008 adressé à l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait vu la patiente deux fois à son cabinet et qu'elle n'était pas venue à un rendez-vous fixé le 15 octobre 2007; il a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de pneumopathie interstitielle, probablement une sarcoïdose, existant depuis au moins 2004; dans l'anamnèse, il a fait état de douleurs thoraciques migrantes et d'asthénie; s'agissant de la capacité de travail, il n'y avait pas de restriction sur le plan pneumologique en 2007. A ce rapport était joint un rapport que le Dr D. \_\_\_\_\_ avait adressé le 20 avril 2007 au Dr A. \_\_\_\_\_, dans lequel il indiquait que l'assurée, qui souffrait d'une pneumopathie interstitielle présente depuis plusieurs années, allait bien, n'avait pas de limitation à l'effort et ne toussait plus; si les fonctions pulmonaires étaient d'interprétation difficile car la collaboration de la patiente était très limitée, l'atteinte était quoi qu'il en soit minime puisque le facteur de transfert au CO était normal (cf. lettre B.c supra).

Les documents transmis à l'OAI par les Etablissements Hospitaliers E. \_\_\_\_\_ n'attestent pas davantage d'une quelconque restriction de la capacité de travail de la recourante en raison des atteintes à la santé constatées. Il en résulte seulement que l'assurée a été brièvement hospitalisée à deux reprises, en octobre 2007 et en août 2008, dans le service de médecine des Etablissements Hospitaliers E. \_\_\_\_\_ et que les lettres de sortie établies à ces occasions font mention, à titre de comorbidités, d'une pneumopathie interstitielle, d'un tabagisme chronique et d'une fibromyalgie (cf. lettre B.d supra).

Sur le vu des divers avis médicaux qu'il a recueillis, l'OAI était ainsi fondé à constater que, comme le lui a confirmé le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, dans un avis SMR du 14 janvier 2009 (cf. lettre B.e supra), aucun médecin n'attestait une quelconque incapacité de travail durable secondaire à un problème de santé au sens de la LAI.

**d)** Force est enfin de constater que le bref certificat médical du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, que celle-ci a produit le 27 mai 2009 à l'appui de son recours, ne permet pas de retenir que la

pneumopathie interstitielle existant depuis 2004 au moins qui a déjà été diagnostiquée par plusieurs spécialistes induirait une limitation à l'effort entraînant une diminution de la capacité de travail. En effet, outre que ce certificat, non motivé, ne satisfait manifestement pas aux exigences posées par le Tribunal fédéral en ce qui concerne la valeur probante des rapports médicaux (cf. consid. 3b supra), le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, a expressément indiqué, en motivant les raisons de cette affirmation, qu'il n'y avait pas sur le plan pneumologique de restrictions s'agissant de la capacité de travail. Quant au syndrome douloureux chronique dont le Dr L.\_\_\_\_\_ affirme là encore sans aucune motivation qu'il aurait également une répercussion (non chiffrée) sur la capacité de travail de la recourante, il avait déjà été évoqué lors des brèves hospitalisations d'octobre 2007 et d'août 2008 par les médecins des Etablissements Hospitaliers E.\_\_\_\_\_ sous la forme d'une fibromyalgie, mentionnée à titre de comorbidité, sans indice d'une quelconque répercussion sur la capacité de travail. Dans ces conditions, comme le relève à raison l'OAI dans sa réponse (cf. lettre C.c supra), force est de constater que le certificat médical du Dr L.\_\_\_\_\_ produit à l'appui du recours ne mentionne pas de problème de santé dont l'intimé n'aurait pas tenu compte dans sa décision et ne met en évidence aucun élément pouvant amener à douter des constatations opérées par les différents spécialistes interrogés par l'intimé.

**e)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

**4. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

**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. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante, qui a au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 18 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 :

- Mme J. \_\_\_\_\_,
- 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 :