

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 février 2010

Présidence de M. A B R E C H T
Juges : Mme Rossier et M. Monod, assesseurs
Greffier : M. Laurent

* * * * *

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante,

et

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

**Art. 7 al. 1, 8 al. 1, 16 LPGA; 4 al. 1, 28 al. 2, 69 al. 1 let. a LAI; 93
al. 1 let. a LPA-VD**

E n f a i t :

A. a) P._____ (ci-après: l'assurée), née le 29 septembre 1961, d'origine portugaise, mariée et mère de deux enfants, vit en Suisse depuis 1998, actuellement au bénéfice d'un permis C. Ne disposant d'aucune formation professionnelle particulière, elle a travaillé en tant qu'ouvrière d'usine, puis en tant que nettoyeuse auprès de l'Etat de Vaud, à 50%, et auprès de l'entreprise C._____, à 50% également.

L'assurée s'est trouvée en incapacité de travail complète dès le 20 août 2007, se plaignant depuis cette date de douleurs cervicales. Elle a néanmoins travaillé à mi-temps pour l'entreprise C._____ jusqu'au 31 mai 2008.

Le 8 octobre 2008, P._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, en raison de ses douleurs cervicales.

b) Le 21 octobre 2008, le Service de la santé publique du canton de Vaud a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) un rapport médical que lui avait adressé, le 29 septembre 2008, le Dr F._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'un rapport médical que lui avait envoyé, le 26 septembre 2008, la Dresse J._____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin responsable au centre médical W._____.

Dans son rapport médical du 29 septembre 2008, le Dr F._____, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de cervicobrachialgie chronique sur discarthrose étagée, protrusion discale, uncarthrose et épicondylopathie aux coudes des deux côtés. Il a indiqué avoir prescrit un arrêt de travail complet dès le 20 août 2007 en raison de l'impossibilité pour sa patiente d'effectuer des travaux manuels, de porter ou soulever du poids même léger, la cervicobrachialgie rendant complètement impossible le travail de nettoyeuse. Selon ce praticien, une

reprise du travail était probablement impossible dans la profession habituelle de l'assurée et un recyclage dans une autre activité ne paraissait pas réalisable en l'absence de connaissances de la langue française et de formation professionnelle.

Dans son rapport du 26 septembre 2008 la Dresse J. _____ a posé les diagnostics de cervicalgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre d'une discopathie pluriétagée, de protrusion discale étagée C3-C4-C5-C6 et d'uncarthrose pluriétagée. Elle a indiqué que ces douleurs étaient restées réfractaires aux différents traitements entrepris, en particulier une physiothérapie, une infiltration périurale qui n'avait pas eu l'effet escompté et différents médicaments tels que le Lyrica, le Nisulid et le Tramadol. Cette praticienne a précisé qu'aucun arrêt de travail n'avait été prescrit pas ses soins.

c) Dans un rapport médical du 31 octobre 2008 adressé à l'OAI, le Dr F. _____ a posé les diagnostics de cervicobrachialgies des deux côtés chroniques persistantes sur discarthrose étagée cervicale, protrusion discale, uncarthrose et épicondylopathie aux coudes des deux côtés. Selon ce praticien, l'assurée présentait des cervicobrachialgies persistantes aggravées par les activités physiques, l'état pouvant être relativement stabilisé si l'assurée s'abstenait d'effectuer des activités manuelles; le traitement avait consisté notamment en séances de physiothérapie, collerette cervicale, infiltration par des spécialistes et prise de Lyrica. L'assurée présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 20 août 2007. Son activité de nettoyeuse n'était plus exigible et une amélioration de la capacité de travail n'était probablement pas possible.

Dans un rapport médical du 19 novembre 2008 adressé à l'OAI, la Dresse J. _____ a confirmé que l'assurée présentait des cervicalgies de longue date d'apparition spontanée survenues dans un contexte de cervicarthrose, et de discopathies pluriétagées de protrusion discale au niveau de C3-C4-C5-C6 associées à une uncarthrose pluriétagée. Son état de santé était stationnaire. L'assurée avait bénéficié de modification du traitement médicamenteux, d'un traitement infiltratif

sous la forme d'une périodurale cervicale et finalement de l'utilisation d'un TENS. La Dresse J. _____ a précisé qu'aucun arrêt de travail n'avait été établi par elle-même.

d) Par communication du 3 décembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation effectué auprès de Y. _____ SA, à Lausanne, du 8 décembre 2008 au 27 février 2009.

e) Dans un rapport médical du Service médical régional AI (ci-après : SMR) du 19 décembre 2008, le Dr S. _____, se fondant sur les rapports médicaux du 31 octobre 2008 du Dr F. _____ et du 19 novembre 2008 de la Dresse J. _____ (cf. lettre A.c supra), a exposé qu'en raison des cervicalgies sur discopathies étagées, l'assurée présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 20 août 2007 dans son activité habituelle de nettoyeuse. En revanche, elle avait conservé, selon lui, une capacité de travail entière dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit excluant le port de charges et des travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. P. _____ n'avait pas été examinée par le Dr Laravoire avant que celui-ci ne rende ce rapport.

B. a) Par communication du 2 avril 2009, l'OAI a informé P. _____ que les conditions de mise sur pied d'un droit au placement étaient remplies. Cela signifiait que, du point de vue de l'AI, l'assurée était réadaptable et n'avait donc pas de droit à un rente.

b) Le 2 avril 2009 également, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision tendant au refus d'octroi d'une rente. Il a relevé que si la capacité à travailler de l'assurée dans sa profession habituelle de nettoyeuse était nulle, elle conservait en revanche une pleine faculté de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI a ensuite comparé les revenus que l'assurée aurait pu retirer en continuant à travailler comme par le passé et ceux qu'elle aurait perçus en exerçant une activité compatible avec son état de santé. La différence représentait

un taux d'invalidité de 4,02 %. Puisqu'un assuré à droit à une rente à partir d'un taux minimum de 40 %, l'OAI a projeté de refuser la demande de prestations déposée par P._____.

c) Par courrier du 5 mai 2009, l'assurée a souhaité interrompre l'aide au placement qui lui était proposée en raison de son état de santé qui, selon elle, ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle.

Par courrier du 6 juillet 2009, l'OAI a constaté qu'après avoir transmis à l'assurée, à sa demande, une copie de son dossier le 21 avril 2009, il n'avait reçu aucun avis écrit de sa part contestant le projet de décision du 2 avril 2009; il a ainsi fixé à l'assurée un ultime délai au 26 juillet 2009 pour lui faire part par écrit de son argumentation détaillée. L'assurée ne s'est pas manifestée.

d) Le 4 août 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de rente identique à son projet de décision du 2 avril 2009.

C. L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 4 septembre 2009, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle fait valoir qu'elle ne dispose d'aucune formation et qu'elle n'est plus en mesure de poursuivre l'exercice de l'activité de nettoyeuse, soit la seule exercée jusqu'ici. La recourante relève encore qu'elle est âgée de 48 ans et n'est pas au bénéfice des connaissances de français indispensables à la recherche d'un nouvel emploi. Compte tenu de ces éléments, elle estime que le taux d'invalidité retenu par l'OAI ne correspond pas à la réalité et doit être revu tant à la lumière de son dossier médical qu'au regard des réelles possibilités dont elle disposerait pour retrouver du travail.

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

Dans sa réponse du 9 novembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours interjeté par P._____. Selon l'autorité intimée, s'il est vrai que l'atteinte à la santé empêche complètement la recourante d'exercer l'activité habituelle de nettoyeuse depuis le mois d'août 2007, l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est pleinement exigible, et ce également depuis août 2007. La comparaison entre le gain réalisable dans un tel travail et celui qui serait obtenu sans atteinte à la santé donne un degré d'invalidité de 4 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles autres qu'une aide au placement.

E n d r o i t :

1. a) 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 en matière d'AI (art. 1^{er} LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] et art. 2 LPGA), sous réserve des exceptions prévues dans la loi. En matière de contentieux, l'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En l'espèce, la décision querellée émanant de l'OAI pour le canton de Vaud, elle est donc directement sujette à recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) 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 connaître de tels litiges (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cour doit en conséquence être composée de trois magistrats (art. 83c

al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]).

c) Le recours a été déposé en temps utile auprès de l'autorité compétente. Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. 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 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a, RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question de la capacité de travail exigible de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dans la mesure où cette question est déterminante pour l'évaluation de sa capacité de gain et donc pour la fixation du degré d'invalidité selon l'art. 16 LPGA (cf. c. 3.a infra).

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^{er} in fine 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. Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé la décision, étant précisé que c'est le moment de l'ouverture du droit à la rente qui est déterminant pour la comparaison des revenus (ATF 134 V 322 c. 4.1; ATF 129 V 222 c. 4.3.1). S'agissant du gain d'invalidité, lorsque – comme en l'espèce – l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 c. 3b/aa et bb).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, la rente étant échelonnée selon le degré d'invalidité : 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.

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 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1, RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.1).

c) 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 permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 251 c. 3.a et les réf. citées; RAMA 2000, KV 124 p. 214).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les réf. citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF 8C_256/2008 du 4 juin 2009; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3).

d) Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'AI doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). En outre, lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions

concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 c. 3.3; TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 c. 3b et les réf. citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes; ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 c. 5.2; cf. RCC 1991 p. 329 c. 3b et RCC 1989 p. 328 c. 4a).

4. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur les rapports médicaux des 29 septembre et 31 octobre 2008 du Dr F._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant de la recourante, ainsi que sur les rapports des 26 septembre et 19 novembre 2008 de la Dresse J._____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin responsable au centre médical W._____. L'autorité intimée s'est également référée au rapport médical du SMR établi le 19 décembre 2008 par le Dr S._____, qui a expressément indiqué qu'il se fondait sur les rapports médicaux du Dr F._____ et de la Dresse J._____. Ces documents concordent dans leurs diagnostics et dans leur appréciation de la situation médicale de P._____. Il en ressort que, depuis le 20 août 2007, la recourante présente une incapacité de travail complète dans son ancienne activité de nettoyeuse, en raison de son état de santé, en particulier des cervicobrachialgies sur discopathies étagées. Les atteintes dont la recourante souffre interdisent en effet le port de charges et des travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale.

Les rapports médicaux du Dr F._____ et de la Dresse J._____ ne se prononcent en revanche pas sur la capacité de la recourante à travailler dans une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles. Le Dr F._____ a uniquement précisé qu'une réorientation de sa patiente dans une nouvelle activité professionnelle ne lui paraissait guère envisageable, compte tenu de ses faibles connaissances linguistiques et de l'absence de formation. Dans son rapport du 19 décembre 2008, le Dr S._____ a considéré que P._____ conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé. Or, ce médecin n'a pas procédé à un examen clinique de la recourante. Son rapport n'indique pas quelles sont les plaintes exprimées par l'intéressée. Il ne mentionne pas non plus l'anamnèse de la recourante. Enfin, le Dr S._____ n'a pas motivé son appréciation ni précisé en quoi consisterait l'activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée. Le rapport du 19 décembre 2008 du SMR, en tant qu'il a trait à la capacité de la recourante à travailler dans une activité adaptée, ne peut donc pas être considéré comme suffisant au regard des exigences posées par la jurisprudence. A cet égard, le dossier de la cause est lacunaire, de sorte que la cour de céans ne peut se prononcer. Il se justifie dès lors d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur ce point, en particulier pour qu'un examen clinique de la recourante soit effectué, puis pour nouvelle décision (art. 90 et 99 LPA-VD).

5. En définitive, le recours interjeté par P._____ doit être admis et la décision querellée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants qui précèdent et nouvelle décision.

Bien que 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 soit soumise à des frais de justice et que l'OAI succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD), il n'y a pas lieu de mettre un émolument à la charge d'une autorité agissant en vertu de prérogatives étatiques.

Il n'est pas alloué de dépens (cf. art. 55 et 56 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé par P._____ est admis.

- II. La décision rendue le 4 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour qu'elle complète l'instruction dans le sens des considérants et statue à nouveau.

- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- P._____,
- 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 :