

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Michellod et Mme Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Choukroun

Cause pendante entre :

F._____, à Prilly, recourante, représentée par Me Tony Donnet-Monay,
avocat à Lausanne

et

U._____, à Vevey, intimé

Art. 16 et 61 let. c LPGA, 28 al. 2 LAI, 27 et 27bis RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le 30 octobre 1980, souffre d'une scoliose dorso lombaire, affection qui a notamment nécessité le port d'un corset depuis son enfance jusqu'au terme de sa croissance. Elle a également subi une intervention chirurgicale en février 1994. Il ressort du dossier que, dès la fin de sa scolarité, il était admis qu'elle devrait opter pour une activité professionnelle sédentaire à mi-sédentaire, permettant de fréquents changements de position et ne nécessitant ni le port de charge ni l'adoption constante d'une position debout. L'assurée a obtenu un CFC d'opticienne en été 2004, et a été mise au bénéfice d'indemnités journalières versées par U._____ (ci-après: U._____ ou l'intimé) durant son apprentissage au sens de l'article 16 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20).

Dans son rapport final du 20 juillet 2004, U._____ a notamment relevé que l'assurée poursuivait régulièrement des séances de physiothérapie pour renforcer son dos mais que son travail lui convenait et, qu'ainsi, «parvenue au terme de sa formation professionnelle initiale, Mlle F._____ ne présente pas de préjudice économique lui ouvrant droit à des prestations financières de notre assurance». Par décision du 15 octobre 2004, U._____ a constaté que la réadaptation professionnelle était achevée et que l'assurée était ainsi en mesure de réaliser un revenu qui excluait le droit à une rente.

F._____ a travaillé auprès de divers opticiens dès la fin de sa formation, d'abord à un taux d'activité de 100%, puis à 80% en raison d'importantes douleurs au dos. En 2005, elle a ainsi été engagée chez [...], qui lui a toutefois signifié son licenciement par courrier du 23 janvier 2007, au motif qu'elle manquait de concentration au travail, surtout pendant les périodes où elle travaillait à 100%. Le

30 janvier 2007, elle a subi une nouvelle intervention chirurgicale en raison de l'augmentation de ses douleurs.

Le 29 mars 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi de mesures de réadaptation, subsidiairement d'une rente. Elle a déclaré avoir toujours travaillé à un taux de 80%, un plein temps n'étant pas envisageable. Elle a précisé être en arrêt de travail pour cause de maladie, et sans revenu à la suite d'un licenciement.

L'assurée est suivie par le Dr W._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, qui a précisé, dans un certificat non daté et indexé le 26 avril 2007, que sa patiente avait connu une péjoration de son état de santé qui avait nécessité une opération au niveau de la colonne lombaire le 30 janvier 2007. Le médecin traitant fixait l'incapacité de travail de sa patiente à 100% depuis le 24 janvier 2007.

Dans un rapport du 13 juillet 2007, le Dr P._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et qui avait procédé à l'opération de la patiente en 1994, a qualifié son état de santé de «stationnaire», et précisé que le travail d'opticienne était «assez adapté», avec une capacité partielle de travail de 80%.

Dans un rapport médical du 26 juillet 2007, le Dr W._____ a notamment admis, sous la rubrique "Thérapie/Pronostic", que «si la patiente exerce un travail adapté, qui lui permet d'éviter le port de charges supérieures à 15kg, les positions avec antéflexion, antéflexion/rotation prolongées ou trop répétitives du torse ainsi que les stations assises ou debout prolongées, une reprise tout d'abord partielle puis complète d'une activité professionnelle devrait être possible».

Par courrier du 3 septembre 2007 adressé au médecin conseil de l'assureur maladie de F._____, le Dr K._____, spécialiste FMH en

chirurgie orthopédique et qui avait examiné l'assurée le 27 août 2007, a notamment exposé ce qui suit:

"Examen clinique actuel:

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 27 ans, en bon état général apparent. Durant l'entretien, la patiente est très plaintive.

Dans la salle d'examen, elle se déplace librement. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons s'effectue sans difficulté.

Présence d'une scoliose dorsale droite et lombaire gauche, ainsi que d'une très longue cicatrice opératoire qui suit quasiment toute la colonne vertébrale. La cicatrice est calme et souple. La palpation de la région lombaire basse, site de l'intervention effectuée le 30.01.2007, est ressentie comme désagréable.

La statique vertébrale est modifiée, l'épaule gauche est tenue plus basse que l'épaule droite. Le triangle brachio-thoracique droit est plus petit que du côté gauche. Lors de l'antéflexion, la distance doigts-sol avoisine 30 cm. Les inclinaisons latérales atteignent 20° des deux côtés. Petite gibbosité thoracique droite et lombaire gauche. La musculature du dos est hypotrophique.

Le bassin est à niveau.

Le status neurologique aux membres inférieurs est normal. Le signe de Ménel est négatif.

Radiographies:

Mme F. _____ met à ma disposition un dossier radiologique qui appelle les commentaires suivants:

- Les radiographies de la colonne dorso-lombaire datées du 02.12.1994: scoliose dorsale droite de 42° et scoliose lombaire gauche de 38°.

- Sur les clichés de la colonne dorso-lombaire, effectués après l'intervention, les courbes des scolioses ont été réduites à 24°, tant au niveau dorsal qu'au niveau lombaire. Le matériel d'ostéosynthèse est en place.

- Sur les radiographies de la colonne dorso-lombaire, datées du 05.03.2007, la tige et les crochets de stabilisation sont encore en place. Présence de trois encrages bas, entre L3-L4 et L4-L5, posés lors de la ligamentoplastie.

Au vu de ce qui précède, je réponds de la manière suivante aux questions posées :

1.- Diagnostic actuel exact ?

- Double scoliose dorsale et lombaire grave traitée chirurgicalement par stabilisations postérolatérales en 1994

- Status après ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse en 1995.

- Status après ligamentoplastie L3-L4 et L4-L5 le 30.01.2007.

2.- Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans la profession actuelle?

Sur la base de mon examen actuel, je relève une discordance entre l'examen clinique, les radiographies et les plaintes formulées par la patiente, qui seraient totalement invalidantes.

Sans vouloir nier la persistance de lombalgies résiduelles, j'estime que Mme F. _____ a retrouvé son taux de capacité de travail de 80%, exercé avant l'intervention du mois de janvier 2007. En effet, l'intervention de ligamentoplastie n'a pas pu aggraver l'état de la colonne lombaire, ni augmenter la symptomatologie douloureuse. La mobilité de la colonne est bonne et il n'y a pas de nouvelles modifications de la statique vertébrale. Ils se sont écoulés sept mois après la dernière intervention. Ce délai est suffisant pour que l'assurée ait récupéré son état quo ante du point de vue de la capacité de travail.

3.- Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans une profession adaptée au handicap?

L'activité d'opticienne est compatible avec la scoliose que présente l'assurée. Il s'agit d'un travail qui ne demande pas d'effort particulier et qui permet un changement de position avec une alternance assise/debout/petits déplacements. Cette occupation est donc compatible avec le handicap de l'assurée.

Une activité de réceptionniste, de téléphoniste ou d'hôtesse est également accessible à un taux de 80%.

4.- En cas de reprise du travail, avez-vous avisé l'assurée/son médecin traitant de vos conclusions?

Oui, mais Mme F. _____ m'informe qu'elle ne se sent pas prête à reprendre une activité professionnelle quelconque. Elle justifie cette incapacité en évoquant une symptomatologie douloureuse permanente. Elle m'informe qu'elle éprouve des craintes pour se rendre dans une piscine, pour nager et qu'elle se fait également du souci pour ses éventuelles futures grossesses, ainsi que pour les accouchements qui devraient, à son avis, être faits par césarienne.

A noter, que les radiographies ne montrent aucune déformation du bassin, qui est large et symétrique.

5.- Pronostic:

Je rappelle que l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'Al. L'objectif de l'obtention d'une rente est de pouvoir se reposer suffisamment pour vivre normalement et avoir des loisirs. Une telle attitude, me semble passive et pessimiste, me fait craindre un pronostic réservé quant à une reprise du travail. Je pense qu'il sera très difficile de remettre l'assurée dans un circuit professionnel quelconque.

6.- Votre proposition de traitement?

J'estime que Mme F. _____ doit bénéficier d'une rééducation gymnique, telle une école du dos, pour qu'elle reprenne confiance dans sa colonne et dans ses possibilités. L'approche d'une telle démarche peut s'avérer difficile compte tenu de l'état d'esprit de l'assurée, d'autant qu'elle m'a paru fort critique vis-à-vis du corps soignant/médical qu'elle rend partiellement responsable de ses malheurs.

En conclusion: sans nier les troubles statiques et les douleurs résiduelles que présente Mme F. _____, la capacité résiduelle de travail de 80% de l'assurée, soit dans son activité d'opticienne, soit dans une activité de réceptionniste ou d'hôtesse, me paraît exigible.

Malheureusement, le contexte psychologique qui accompagne les troubles physiques rend une réintégration professionnelle aléatoire. "

Par correspondance du 18 octobre 2007, le Dr W. _____ a, quant lui, estimé la capacité de travail de sa patiente à 50%.

Le Dr K. _____ a confirmé son appréciation le 8 novembre 2007.

U. _____ a soumis le dossier au Dr L. _____, médecin conseil du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) pour appréciation, lequel a retenu, dans un rapport du 22 octobre 2008, une capacité de travail de 80% dans l'activité d'opticienne, faisant siennes les conclusions du Dr K. _____. Cette appréciation a été confirmée par le Dr S. _____, du SMR qui relevait, dans son avis médical du 9 février 2009 que le Dr K. _____ s'est rendu chez un opticien afin d'évaluer si une telle activité est adaptée et qu'après visite du poste, il maintient son appréciation.

Dans un projet de décision du 5 mars 2009, U. _____ s'est prononcé dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, considérant que la capacité de travail de l'assurée, qui exerçait une activité salariée auprès d'un opticien depuis le 1^{er} décembre 2008, demeurait entière dans la profession actuelle, avec une diminution de rendement de 20% en raison de la nécessité de changer de position et des douleurs persistantes.

Par courrier de son conseil du 20 avril 2009, l'assurée a contesté cette décision, en faisant en premier lieu valoir qu'elle travaillait à un taux de 38% depuis le 1^{er} décembre 2008 et ne pouvait augmenter ce taux. Elle se prévalait du rapport de son médecin traitant, selon lequel une reprise du travail n'était possible qu'à 50%. Elle relevait les contradictions entre les analyses des deux médecins, et a relevé qu'elle présentait une fragilité certaine sur le plan psychique. Elle demandait par conséquent le réexamen de sa situation.

Le 16 novembre 2009, le SMR a estimé que les éléments invoqués par la recourante dans son courrier du 20 avril 2009 n'apportaient aucun nouvel élément objectif permettant de modifier son appréciation. Il relevait en particulier qu'il était naturel que le médecin traitant se montre plus empathique que l'expert à l'égard de l'assurée. Il faisait également valoir que les difficultés psychiques alléguées relevaient des troubles de l'adaptation, sans intensité suffisante pour avoir un impact sur la capacité de travail.

Par décision du 19 novembre 2009, U. _____ a confirmé son projet du 5 mars 2009 de refus de rente.

B. C'est contre cette décision que l'assurée a recouru, le 8 janvier 2010, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de trois quarts, subsidiairement au renvoi du dossier à U. _____ pour nouvelle instruction, soit la mise en oeuvre d'une expertise indépendante, et nouvelle décision. Elle reproche en substance à l'office intimé de s'être fondé exclusivement sur l'appréciation du SMR et du Dr K. _____ pour retenir une diminution de rendement de 20% et affirme que son état de santé s'est péjoré.

Dans sa réponse du 23 février 2010, U. _____ conclut au rejet du recours, en renvoyant à sa décision attaquée, qu'il confirme.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi, sont traitées selon cette dernière.

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).

b) Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1]) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA, 79 al. 1 et 99 LPA-VD).

2. Le présent recours tend principalement à l'annulation de la décision sur opposition de U. _____ du 19 novembre 2009 et au renvoi de la cause à l'autorité intimée, subsidiairement à la réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité est allouée à la recourante.

3. Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Aux termes de l'article 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.

4. a) L'art. 61 let. c LPGA prévoit que le juge établit, avec la collaboration des parties, les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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. 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 9C_92/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et les références citées).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves. Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst., la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 9C_561/2009 du 14 janvier 2011, consid. 4.2 et les références citées). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (arrêt 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités). Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (ATF 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3 et les références cités).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impérieux des conclusions d'une expertise judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En d'autres termes, même s'il apprécie librement les preuves, le juge ne saurait, toutefois, sans motifs sérieux, substituer son opinion à celle de

l'expert; en l'absence de tels motifs, il s'expose au reproche d'arbitraire (ATF 8C_510/2010 du 1^{er} juin 2011 consid. 6 et les références citées).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un 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. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 8C_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2 et les références citées).

5. En l'occurrence, la question qui se pose est de savoir s'il y a des motifs sérieux pour s'écarter de l'appréciation de l'expert K._____ et lui préférer celle du médecin traitant.

Le rapport du Dr K._____ répond aux critères définis par la jurisprudence pour accorder pleine valeur probante à une expertise médicale. Il contient une anamnèse complète et un résumé des renseignements tirés du dossier; il fait également état des indications subjectives de l'intéressée ainsi que du résultat des observations faites au cours de l'examen clinique; les conclusions auxquelles il aboutit sont motivées de manière convaincante. Concernant l'évolution du tableau clinique, les diagnostics posés par les différents praticiens ayant examiné la recourante sont assez semblables. Cela étant, un élément déterminant consiste dans le fait que l'état de santé de la recourante ne s'est objectivement pas aggravé depuis 2004, date de la fin de son apprentissage. En effet, l'intervention chirurgicale effectuée le 30 janvier 2007 n'a pas pu aggraver l'état de la colonne lombaire,

ni augmenter la symptomatologie douloureuse. Il semblerait plutôt que la combinaison entre un licenciement survenu peu avant l'intervention chirurgicale du 30 janvier 2007, cumulé aux démêlées asséculo-logiques auxquelles la recourante a été confrontée contribuent grandement à rendre sa situation subjectivement pénible. En d'autres termes, plus que la situation physique de la recourante — qui n'a pas changé — c'est l'apparente dépression subie qui motive la demande de rente. La comorbidité psychiatrique de l'assurée n'a toutefois pas de caractère invalidant, de sorte qu'il convient de se référer aux conclusions de l'expert et des médecins du SMR.

Cela étant, il faut admettre que la recourante présente une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% avec une perte de rendement de 20% dans l'activité habituelle. En définitive, le refus de U. _____ d'accorder des prestations à la recourante s'avère bien fondé.

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 la Cour des assurances sociales est sujette à émolument. 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 sont arrêtés à 400 fr., à la charge de la recourante. Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité à titre de dépens (art. 55 al. 1 et 56 al. 3 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 novembre 2009 par U._____ est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Tony Donnet-Monay, avocat (pour F. _____),
- U. _____
- 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).

La greffière :