

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 septembre 2013

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

Q._____, à Yverdon-les-Bains, recourante,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1, 8 al. 3 let. b et 28 LAI

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1972, de nationalité portugaise, a travaillé depuis le 1^{er} janvier 2006 à 80% comme employée de maison auprès de la société F. _____ SA.

Le 11 octobre 2010, G. _____ SA, assureur-maladie d'indemnités journalières de l'employeur de l'assurée, a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) un formulaire de détection précoce, indiquant une incapacité de travail à 100% depuis le 25 mai 2010.

En date du 29 octobre 2010, lors d'un entretien avec une collaboratrice de l'OAI, l'assurée a déclaré qu'elle souffrait de hernie discale et qu'elle ressentait des douleurs dorsales, plus ou moins fortes. Elle ne pouvait pas effectuer de tâches nécessitant une position en hauteur ou accroupie ni le port de charges lourdes.

Le 18 novembre 2010, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations d'invalidité tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, en se prévalant de hernie discale depuis le 24 mai 2010.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 29 novembre 2010, F. _____ SA a indiqué que l'assurée, avant son atteinte à la santé, travaillait à raison de 32.5 heures par semaine. Suite à son hernie discale, l'assurée avait un rendement d'environ 50% pendant ses heures de présence. Elle pouvait continuer de s'occuper des enfants et de faire la cuisine et une partie du repassage; par contre elle ne pouvait plus faire le ménage et effectuer des activités trop épuisantes.

Le 3 décembre 2010, G. _____ SA a informé l'OAI qu'elle avait versé en faveur de l'assurée des indemnités journalières à 100% du

25 mai au 24 octobre 2010 et à 70% du 25 au 31 octobre 2010. Elle a fait parvenir notamment les documents suivants à l'OAI:

- Une IRM lombaire effectuée le 28 mai 2010 par le Dr [...], radiologue au centre d'imagerie du Nord vaudois, mettant en évidence une hernie discale paramédiane gauche L4-L5 fortement luxée vers le bas avec raccourcissement de la racine L5 gauche à la myélo-IRM.

- Un rapport du 24 juin 2010 de la Dresse [...], médecin assistante au service des urgences des établissements hospitaliers du Nord vaudois, indiquant un accident le 24 mai 2010, l'assurée ayant eu le dos bloqué. Une incapacité de travail a été indiquée depuis le 25 mai 2010.

- Un questionnaire de G. _____ SA rempli le 23 août 2010 par le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, posant le diagnostic de lombosciatalgie gauche déficitaire sur hernie discale L4-L5, avec une évolution lentement favorable. L'assurée suivait un traitement de physiothérapie et d'antalgie, et ne pouvait pas porter de charges.

- Un rapport du 27 septembre 2010 du Dr W. _____, attestant que l'assurée présentait des douleurs lombaires ainsi que des radiculopathies résiduelles en particulier à la mobilisation du rachis et dès le port de charges, les mouvements de flexion et de rotation du rachis n'étant pas possibles. L'évolution clinique était satisfaisante et le syndrome lombosciatalgique s'était amélioré, mais une reprise même partielle de l'activité de femme de ménage n'était pas encore possible.

- Un certificat médical du 16 novembre 2010 du Dr P. _____, spécialiste en médecine physique et en rhumatologie au centre thermal d'Yverdon-les-Bains, attestant une consultation de l'assurée depuis le 14 septembre 2010. L'évolution de la pathologie était lentement favorable.

- Des certificats médicaux du Dr W._____, attestant une incapacité de travail à 100% du 28 mai au 6 juin 2010, et du 22 juin au 10 octobre 2010.

Dans un formulaire 531bis rempli le 4 décembre 2010, l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 80% comme employée de maison si elle n'était pas atteinte dans sa santé, et qu'elle effectuerait en plus une conciergerie, en raison de nécessité financière.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 7 décembre 2010, les [...] ont indiqué que l'assurée travaillait depuis janvier 2011 comme concierge à environ 20%, en effectuant uniquement des travaux légers.

L'OAI s'est adressé au Dr P._____, qui dans un rapport du 14 décembre 2010 a retenu que l'assurée présentait un syndrome radiculaire L5 droit légèrement déficitaire moteur sur le releveur du gros orteil imputable à une volumineuse hernie discale paramédiane et préforaminale L4-L5 luxée vers le bas. Il a retenu une incapacité de travail à 100% jusqu'au 29 octobre 2010 et à 30% dès le 1^{er} novembre 2010, avant de retenir comme vraisemblable que l'assurée reprenne son travail normalement dès le début de l'année 2011. Ce médecin a en outre déposé en particulier les documents médicaux suivants:

- Un rapport du 10 juin 2010 des Drs J._____ et E._____, médecin associé et chef de clinique adjoint au centre universitaire romand de neurochirurgie, retenant la présence de lombosciatalgie gauche déficitaire et de perte de force du releveur du gros orteil à gauche, ainsi que le diagnostic de hernie discale gauche L4-L5. Ils ont attesté une incapacité de travail à 100% pendant la durée de l'hospitalisation de l'assurée, ayant duré du 28 mai au 2 juin 2010.

- Un rapport du 7 juillet 2010 des Drs E._____ et F._____, médecin assistant au centre universitaire romand de neurochirurgie, retenant une évolution favorable, l'assurée récupérant progressivement sa

force. En raison de contractures au niveau de la musculature dorsale, l'assurée bénéficiait d'un traitement médicamenteux.

- Un rapport du 5 octobre 2010 du Dr P._____, attestant une évolution favorable avec disparition des pygialgies gauches, mais persistance de lombalgies basses, d'une sciatgie au mollet et d'une faiblesse du releveur du gros orteil. Il a noté qu'à la demande insistante de l'assurée, elle allait reprendre son travail à 30% le 30 octobre 2010.

L'OAI s'est par la suite adressé au Dr W._____, qui dans un rapport du 2 février 2011 a posé le diagnostic de syndrome radiculaire déficitaire moteur de topographie L5 gauche sur hernie discale L4-L5 volumineuse. Il a attesté une incapacité de travail à 100% depuis le 28 mai 2010, avec reprise à 30% depuis le 25 octobre 2010, puis a fait état de la poursuite du traitement conservateur par voie de physiothérapie.

Par téléphone du 17 mars 2011, l'assurée a informé l'OAI qu'elle pouvait reprendre son activité antérieure au taux habituel de 80%, sous réserve qu'elle respecte les limitations fonctionnelles résultant de sa hernie discale. Elle devait en revanche abandonner ses activités annexes de concierge à 20%, et souhaitait de l'aide afin de trouver une activité complémentaire à 20%.

Dans un rapport du 1^{er} avril 2011, le Dr E._____ a posé le diagnostic de hernie discale L4-L5 à gauche. Il a retenu un bon pronostic, avec diminution de la hernie constatée à l'IRM le 22 octobre 2010 et une bonne amélioration de la symptomatologie.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un avis médical du 24 mai 2011, le Dr T._____ a proposé d'attendre que la reprise par l'assurée de son activité habituelle au taux de 80% soit stable et pérenne, soit au cours du mois de juin 2011.

Le 22 juin 2011, G._____ SA a informé l'OAI qu'elle avait mis fin au versement de ses prestations au 16 mars 2011.

Dans un projet de décision du 4 juillet 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité. Il a retenu que l'assurée présentait une diminution de sa capacité de travail depuis le 25 mai 2010 et que dès mars 2011 elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle n'avait donc pas droit à des mesures d'ordre professionnel ni à une rente d'invalidité.

Par communication du 4 juillet 2011, l'OAI a accordé une aide au placement à l'assurée, sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Le 9 septembre 2011, l'assurée a eu un entretien avec un collaborateur de l'OAI, au sujet de sa demande d'aide au placement.

Par décision du 15 septembre 2011, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des prestations d'invalidité, en se référant aux mêmes motifs que ceux indiqués dans son projet de décision.

Dans un rapport final du 15 septembre 2011, relatif à la mesure d'aide au placement, l'OAI a retenu ce qui suit:

"Lors de notre 1^{er} entretien PLA, en date du 9.9.2011, notre assurée nous informe avoir été en IT à 100% du 15.7 au 15.8, son médecin souhaitait prolonger mais elle a refusé, elle souhaitait continuer à travailler auprès de la famille F. _____ SA à Fey, et ne pas être licenciée.

Cependant, elle n'est clairement pas apte à compléter cet emploi à 80%, elle travaille de 7h à 13h30 pour s'occuper des enfants du lundi au vendredi, elle peut aller se coucher chaque heure, l'activité ne nous paraît pas adaptée, au même titre que les heures de ménages ou son travail de conciergerie, cependant selon la proposition de DDP du 28.6.2011, il fallait juste l'aider à compléter le 20% manquant. Ce qui est médicalement impossible actuellement pour elle. Selon elle de graves fautes médicales ont été observées à l'EhNV d'Yverdon, [elle] nous parle d'une hernie de 19mm «sortie» alors que normalement la taille est de 3mm environ. Nous aimerions soutenir notre assurée mais son activité d'employée de maison, ne nous paraît pas adaptée à son état de santé actuelle. Nous rouvrirons volontiers l'aide au placement pour la soutenir le moment venu. Notre assurée souhaite faire opposition au projet de décision

du 4 juillet 2011. Nous interrompons ce jour l'aide au placement accordée à notre assurée".

Par communication du 27 septembre 2011, l'OAI a mis fin à l'aide au placement de l'assurée, dès lors qu'elle n'était pas en mesure d'exercer une seconde activité professionnelle à 20%.

B. Par acte du 1^{er} octobre 2011, Q._____ a recouru contre cette décision au Tribunal cantonal et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle soutient qu'elle n'a pas recouvré sa capacité de travail, diminuée depuis le 25 mai 2010, dès lors qu'elle n'effectue plus les travaux lourds dans son activité de concierge, a dû abandonner des heures de ménage chez deux personnes et n'effectue plus d'activités de charge pour F._____ SA. Ce dernier employeur, auprès duquel elle est toujours engagée, lui verse toutefois le même salaire qu'antérieurement.

Dans l'intervalle, par courrier du 20 octobre 2011, concernant la fin de l'aide au placement, l'assurée a expliqué qu'elle souhaitait bénéficier de l'aide de l'OAI mais que son état de santé ne lui permettait pas d'assumer une deuxième activité à 20%. Elle a invité l'OAI à se prononcer sur son droit au début de l'an prochain, selon l'évolution de son état de santé.

Dans sa réponse du 16 décembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours, en précisant ne rien avoir à ajouter à la décision attaquée.

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 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 sont sujettes à recours auprès du 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 interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

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 statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Dans le cas présent, le droit de la recourante à une rente d'invalidité est litigieux, cette prestation lui étant refusée par l'OAI.

3. a) Selon 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au

moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux 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 51 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. 2c; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V

351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. a) Dans le cas présent, en raison de sa problématique dorsale (hernie discale paramédiane gauche L4-L5), l'assurée a présenté une incapacité de travail depuis le 25 mai 2010. Son médecin traitant, le Dr W._____, a attesté une évolution favorable sous traitement (physiothérapie, antalgie), puis a indiqué une reprise à 30% de l'activité habituelle depuis le 25 octobre 2010. Le Dr P._____, dans un rapport du 14 décembre 2010, a ensuite retenu comme vraisemblable que l'assurée reprenne son travail normalement dès le début de l'année 2011.

Le 17 mars 2011, l'assurée a informé l'OAI qu'elle pouvait reprendre son activité d'employée de maison au taux habituel de 80%, en respectant ses limitations fonctionnelles. Dans son avis médical du 24 mai 2011, le Dr T._____ a toutefois proposé d'attendre que cette reprise d'activité soit stable et pérenne, au cours du mois de juin 2011. Aucun document médical n'a été requis par l'OAI pour infirmer ou confirmer la stabilité de cette reprise professionnelle.

Cela étant, lors de son entretien le 9 septembre 2011 avec un collaborateur de l'OAI au sujet de l'aide au placement (rapport final du 15 septembre 2011), l'assurée a expliqué qu'elle travaillait toujours à 80% comme employée de maison pour la société F._____ SA, et qu'elle pouvait se coucher chaque heure, pour ménager son état de santé. Dans

son recours du 1^{er} octobre 2011, l'assurée explique qu'elle travaille toujours pour cette société et qu'on lui laisse la possibilité de travailler à son rythme et de se reposer à demeure si nécessaire. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que la recourante a – de façon stable et durable – repris son activité d'employée de maison à 80% auprès de F._____ SA, depuis le 17 mars 2011 au plus tard. Le fait que la G._____ SA a mis fin au versement des indemnités journalières au 16 mars 2011 ne peut que corroborer que la reprise de l'activité habituelle à 80% auprès de F._____ SA a été effective.

La recourante n'a donc présenté une incapacité de travail de 40% au moins que du 25 mai 2010 au 17 mars 2011, soit pendant une durée inférieure à une année. Les conditions du droit à une rente d'invalidité ne sont donc pas remplies (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Au demeurant, selon ses propres allégations, la recourante ne subit pas de perte salariale dans son activité d'employée de maison. Rien ne paraît l'empêcher par ailleurs de trouver une activité adaptée à son état de santé pour compenser la diminution de son activité de concierge et la cessation de ses heures de ménage.

b) C'est donc à juste titre que le droit à une rente d'invalidité a été refusé à l'assurée. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI.

5. 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, déboutée.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 15 septembre 2011 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 Q._____.
- 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 :

- Q._____
- 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 :