

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 février 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Zbinden et Mme Férolles, assesseurs
Greffière: Mme Berberat

Cause pendante entre :

M. _____, à Payerne, recourante, représentée par Me Philippe Chaulmontet, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) M._____, née en 1964, a travaillé en qualité d'employée de maison auprès d'un particulier de mai 2002 à décembre 2005 à raison de 13 à 18 heures par semaine selon le rapport de l'employeur. Le 31 mars 2006, elle a donné naissance à un fils.

Elle a formulé le 27 septembre 2006 une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en raison de schizophrénie paranoïde et de dépression post-partum. Elle a ainsi précisé qu'elle souffrait d'une maladie psychiatrique depuis 1997, qui avait entraîné une incapacité de travail à 50 %. Dans un rapport médical du 11 décembre 2006, le Dr B._____, médecin généraliste à Payerne et médecin traitant de l'assurée, n'a posé aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a uniquement relevé que sa patiente souffrait d'hypertension artérielle, de constipation et d'obésité. Dans un rapport médical du 5 mars 2007, les Drs J._____, cheffe de clinique et G._____, psychologue-associé à [...] (hôpital O._____), à [...], ont posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de schizophrénie paranoïde, actuellement stabilisée (F 20.0) et de dysthymie (F 34.1). Ils ont relevé que l'assurée était incapable de travailler à plus de 50 %, non par choix personnel, mais en raison de troubles psychiques invalidants et durables. Ces praticiens ont dès lors attesté une incapacité de travail à 50 % en émettant un mauvais pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle à un taux supérieur à 50 % en raison de la surcharge psychogène qu'une telle activité pourrait entraîner chez cette patiente fragile. Ils ont précisé que l'assurée avait repris une activité à 50 % en qualité de nettoyeuse dans les locaux de l' [...] à [...].

Compte tenu de ces éléments, l'OAI a requis une enquête économique sur le ménage afin de déterminer si et dans quelle mesure l'atteinte subie par l'assurée l'affectait dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. L'OAI a retenu que l'assurée ne présentait aucun

empêchement dans son activité ménagère exercée à 20 % (rapport du 14.12.2007).

b) En date du 21 juillet 2008, l'OAI a adressé à M. _____ un projet de décision de refus d'une rente d'invalidité. Il a considéré que sur la base de l'enquête effectuée à son domicile, elle exercerait, sans atteinte à la santé, une activité salariée à 80 %, les 20 % étant consacré à la tenue du ménage. En l'absence d'empêchement dans la tenue du ménage, l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 30 % sur la part active, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

En date du 9 septembre 2008, M. _____ a fait part de ses objections, en indiquant que sa capacité de travail en qualité de ménagère était limitée en raison d'une fatigue anormale ainsi que des états d'angoisse, si bien que son mari était fortement engagé dans la tenue du ménage et les soins apportés aux enfants. Tout en relevant qu'elle occupait actuellement un emploi à 20 % en qualité de femme de ménage, elle a précisé qu'en l'absence de maladie, elle aurait cherché un emploi à 50 % essentiellement pour des motifs économiques. Elle s'est en outre référée à un rapport de l'hôpital O. _____ du 21 août 2008 établi par les Dresses Q. _____ et Z. _____ faisant état d'une péjoration de son état psychique depuis mai 2007 en raison de symptômes psychotiques, associés à des troubles du comportement. Elle a enfin annexé un certificat médical du 6 août 2008 du Dr B. _____ attestant une incapacité de travail totale, de façon définitive en raison d'une affection médicale chronique.

L'assurée ayant dans l'intervalle changé de psychiatre traitant, l'OAI a dès lors sollicité un rapport médical de la Dresse T. _____. Dans son rapport médical du 8 janvier 2009, cette praticienne a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de schizophrénie paranoïde, actuellement stabilisée (F 20.0) et de dysthymie (F 34.1). Elle a posé le diagnostic sans répercussions sur la capacité de travail d'hypertension artérielle, d'obésité et de galactorrhée bilatérale idiopathique. La Dresse T. _____ n'a attesté aucune incapacité de travail

et s'est référée sur ce point au rapport médical datant d'octobre 2006 tout en précisant qu'il n'y avait pas eu de changement chez sa patiente depuis ce rapport. Elle a cependant estimé que la capacité de travail résiduelle globalement estimée à 50 % était le maximum exigible pour toute activité.

L'OAI a également requis un complément à l'enquête économique sur le ménage effectuée le 14 décembre 2008, l'assurée n'ayant pas compris que l'aide pouvait aussi être apportée par son mari et pas uniquement par une femme de ménage. Dans le cadre de l'enquête effectuée le 1er mai 2009, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle pourrait uniquement travailler à 50 % en raison de ses deux enfants et de l'irrégularité des horaires de son mari (plongeur dans la restauration). L'OAI a finalement évalué l'invalidité dans l'activité ménagère à 11 % (rapport du complément d'enquête suite à une audition du 01.05.2009).

c) Par décision du 25 mai 2009, l'OAI a considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée exercerait une activité salariée à 50 %, les 50 % restant étant consacrés à la tenue de son ménage. Compte tenu de l'absence d'empêchement dans l'activité professionnelle, exercée à 50 %, et d'un empêchement de 11 % dans l'activité ménagère, exercée à 50 %, l'OAI a retenu une invalidité globale de 6 %, ce qui était insuffisant pour obtenir une rente d'invalidité.

B. Par acte de son mandataire du 25 juin 2009, M. _____ interjette recours contre cette décision et conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité d'un taux fixé à dire de justice lui est octroyée au jour que justice dira; subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision. Elle sollicite en outre la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique. Elle soutient que son degré d'invalidité s'élève au moins à 56 %. En effet, les rapports médicaux de ses médecins traitants ont démontré que sa capacité de travail est nulle, si bien que son degré d'invalidité dans l'activité ménagère doit être supérieur à 6 %. Elle fait également valoir que les investigations sur le plan médical pour

déterminer sa capacité de travail ont été très sommaires, ce qui justifie la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique. Selon les résultats de cette expertise, elle se réserve le droit de requérir une nouvelle enquête ménagère.

La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'un avocat, avec effet au 25 juin 2009.

Dans sa réponse du 1er septembre 2009, l'OAI considère que le dossier contient suffisamment de pièces permettant de statuer en toute connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, raison pour laquelle une expertise psychiatrique n'est pas nécessaire. Ainsi, le rapport médical du 8 janvier 2009 de la Dresse T._____ ne permet pas de retenir une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée. L'OAI conclut dès lors au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 6 octobre 2009, la recourante soutient que l'absence de rapport d'expertise médicale, voire d'un rapport d'évaluation du SMR démontre que l'instruction est insuffisante. Ainsi, le rapport du 8 janvier 2009 de la Dresse T._____ est insuffisamment circonstancié. Enfin, la recourante se réfère au rapport médical du 6 août 2008 du Dr B._____ qui a attesté une incapacité de travail totale, de façon définitive en raison d'une affection médicale chronique, nécessitant un suivi et un traitement médicamenteux régulier.

L'OAI n'a pas dupliqué.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 25 juin 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours 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. La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 25 mai 2009.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. La recourante se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle elle prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

a) 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 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). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

4. a) En l'espèce, est litigieuse la question du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son degré d'invalidité. Seul est contesté le taux d'invalidité retenu par l'intimé qui, dans sa décision du 25 mai 2009, a nié tout droit à des prestations, considérant que l'assurée ne présentait pas un degré d'invalidité suffisant. Les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels ont été dans un premier temps fixées à 80 % et 20 % par l'OAI dans son prononcé du 21 juillet 2008, puis suite aux indications de l'assurée à 50 % et 50 % dans la décision attaquée. Il n'y a pas lieu de revenir sur cette dernière répartition qui ne fait l'objet d'aucune controverse entre les parties.

b) La recourante soutient tout d'abord que l'intimé aurait dû retenir un taux d'invalidité de 50 % dans l'activité lucrative. En effet, elle

n'est pas en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative, car sa capacité de travail est nulle.

Sur le plan psychiatrique, il y a lieu de constater que les Drs J._____ et G._____ de l'hôpital O._____ (rapport du 05.03.2007), ainsi que la Dresse T._____ (rapport médical du 08.01.2009) ont posé un diagnostic identique ayant des répercussions sur la capacité de travail, soit celui de schizophrénie paranoïde, actuellement stabilisée (F 20.0) et de dysthymie (F 34.1). Ils ont relevé la présence de symptômes psychotiques intermittents, tels que des hallucinations auditives, une tendance à la perplexité, ainsi que des phénomènes ponctuels de manque de mot. Les médecins de l'hôpital O._____ ont précisé que l'assurée se sentait ponctuellement angoissée et très fatiguée sans cause apparente. Cet avis rejoint pour l'essentiel celui de la Dresse T._____ qui a ainsi relevé que sa patiente présentait des symptômes d'angoisse et une grande fatigue, la limitant dans ses activités quotidiennes, sans toutefois mettre en évidence des symptômes psychotiques florides. S'agissant du degré d'incapacité de travail, les Drs J._____ et G._____ ont constaté que depuis de nombreuses années, la recourante était incapable de travailler à plus de 50 % en raison de la surcharge psychogène que pourrait entraîner une activité à un taux supérieur chez cette patiente fragile. La Dresse T._____, quant à elle, s'est référée au dernier rapport de l'AI datant de 2006. Elle a cependant clairement précisé qu'une capacité de travail résiduelle globalement estimée à 50 % lui semblait être le maximum exigible pour toute activité.

La recourante fait valoir que l'OAI aurait dû tenir compte des certificats médicaux de ses médecins traitants. Ainsi, dans un rapport du 21 août 2008, les Dresses Q._____ et Z._____ ont retenu, sans donner plus de détails ou de motivation, une péjoration de l'état psychique de l'assurée depuis mai 2007 en raison de symptômes psychotiques, associés à des troubles du comportement. Cet avis n'emporte cependant pas la conviction. En effet, outre le fait que la péjoration relevée par les praticiens précités n'est étayée par aucun élément circonstancié, il y a lieu de retenir qu'elle est antérieure aux conclusions de la Dresse T._____,

qui n'a, par ailleurs, constaté aucun changement chez sa patiente depuis 2006. On ne voit dès lors pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise psychiatrique ou l'appréciation du SMR pourraient apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire.

Certes, le Dr B._____, médecin traitant de l'assurée, a indiqué dans un certificat médical du 6 août 2008 que sa patiente présentait une affection médicale chronique occasionnant une incapacité de travail totale, de façon définitive. Sur ce point, il y a lieu de rappeler que le Dr B._____ a conclu dans un rapport médical du 11 décembre 2006 à l'absence de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il semble dès lors que le certificat médical du 6 août 2008 a trait à l'état de santé psychique de sa patiente. Le Dr B._____ n'étant cependant pas un spécialiste en psychiatrie, son avis n'est pas concluant, raison pour laquelle on ne saurait lui attribuer une valeur objectivement prépondérante.

c) En conséquence, les appréciations des Drs J._____, G._____ et T._____ sont non seulement cohérentes, mais elles ne sont au demeurant pas remises en cause de manière déterminante par les certificats médicaux des autres médecins traitants de l'assurée. Ceux-ci n'ont en effet pas fait état d'éléments suffisamment pertinents pour remettre en cause les rapports des psychiatres traitants de l'assurée. Dans ces conditions, force est de constater que la Cour de céans n'a pas de raison suffisante de s'écarter des conclusions des Drs J._____, G._____ et T._____, de sorte qu'il convient de constater que les troubles psychiques dont souffre l'assurée ne revêtent pas un caractère invalidant.

5. Le résultat de l'enquête économique sur le ménage n'est pas véritablement contesté par la recourante, qui a cependant indiqué que le degré d'invalidité sur le plan ménager, était sans doute supérieur à 6 %.

a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée, conformément aux directives de l'OFAS (circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité (CIIAI) ch. 3090 ss), constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels, lequel est déterminé au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements subis dans les activités habituelles (TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.2; TFA I 794/04 du 1er mai 2006 consid. 6.2 et les références citées).

En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants (TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2; I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

b) In casu, pour évaluer l'incapacité de la recourante à 11 % dans son activité de ménagère, l'administration s'est fondée sur le rapport de complément d'enquête du 1^{er} mai 2009. Celui-ci contient une description détaillée des conditions de vie de l'assurée et de ses activités, ainsi qu'une

analyse des tâches qu'elle peut ou ne peut plus réaliser, en tenant compte des conclusions médicales autant que la situation le justifiait. Les sept tâches prises en considération font chacune l'objet d'une motivation précise permettant de déterminer les empêchements de l'assurée. L'addition des sept handicaps conduit à un handicap total de 11 %.

C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 6 %, fondé sur un empêchement de 11 % dans l'activité ménagère, exercée à 50 %.

6. Ainsi, au regard des principes légaux et jurisprudentiels rappelés plus haut, le dossier s'avère complet pour statuer sur la demande de rente, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise médicale, requise par la recourante. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat. Les griefs de violation du droit fédéral sont donc mal fondés. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

7. 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 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant 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 25 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 400 francs (quatre cents francs), sont mis à la charge de M. _____.
- 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 :

- Me Philippe Chaulmontet, avocat (pour M. _____),
- 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).

La greffière :