

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 février 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bidiville et Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

T._____, à Vevey, recourante,

et

E._____, à Vevey, intimé

Art. 8 et 16 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le 8 novembre 1964, originaire de Syrie, entrée en Suisse en 1991, formée comme coiffeuse dans son pays d'origine, n'a pas d'activité professionnelle depuis 1996 ou 1997. Femme au foyer depuis 1997, divorcée depuis février 2007, elle vit à Vevey avec sa fille née en 1998.

Le 3 mai 2010, l'assurée a déposé une demande prestations de l'assurance-invalidité. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: Office AI) a traité cette demande et requis des renseignements médicaux en demandant un rapport au médecin traitant, le Dr S._____, spécialiste en cardiologie et médecine interne à Vevey. Le rapport du Dr S._____ du 19 mai 2010 donne les indications suivantes :

- "- Diagnostic : Etat dépressif réactionnel sévère sur problème socio-familial ; migraine et insomnie ; depuis août 2008.
- Anamnèse : depuis 1999-2000, où elle a eu sa première dépression, elle a été traitée durant 2 ans au centre psychiatrique de Clarens.
- Constat médical : Il s'agit d'une patiente traumatisée par le mauvais traitement de son ex-mari, depuis 2008.
- Pronostic : Tant qu'elle ne trouve pas un compagnon qui la traite décemment et tant qu'elle a sa fille de 12 ans actuellement avec elle, le pronostic reste mauvais.
- Nature et importance du traitement actuel : traitement médical surtout (type Atarax pour des accès de tachycardie et troubles neuro-végétatifs, médicament pour la migraine type Relpax, somnifère type Seresta ou Stilnox), tout ceci avec des consultations où on entame une discussion sur son état et comment résoudre les problèmes.
- Dans quelle mesure, avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap est-elle possible ? : si on lui trouve un travail adapté à sa situation actuelle, par exemple un travail sans gros effort et à 50 %, la solution sera trouvée je pense.
- Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail ? : Oui. "

A la demande du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), le Dr S._____ a précisé le 18 juin 2010 qu'il n'y avait pas de suivi par un psychiatre, mais que l'assurée était encore suivie par une gynécologue. Invité à préciser les raisons excluant un travail à 100 %, le Dr S._____ a écrit ceci :

"Elle ne peut actuellement pas travailler à 100 % puisqu'elle est encore dans un état dépressif avec angoisses et cauchemars fréquents. Ajouter à cela une insomnie qui la rend complètement inefficace le jour, ainsi qu'une fillette de 12 ans à charge. De plus, son fils de 21 ans l'angoisse puisqu'il reste sans travail et vit du social ; cependant, il est suivi actuellement par un psychiatre pour essayer de l'orienter vers une profession quelconque".

B. L'Office AI a par ailleurs envoyé à l'assurée un questionnaire sur la « détermination du statut (part active/part ménagère) » (formule 531bis). Elle a répondu le 7 juillet 2010 aux questions suivantes :

- Quel serait votre taux d'activité (50 %, 100 %, autre) si vous n'étiez pas atteinte dans votre santé ? 50 %
- Depuis quand ? Toujours
- Quel genre d'activité professionnelle exerceriez-vous ? Couturière
- Pour quelles raisons ? Intérêt personnel".

C. Le 15 juillet 2010, le SMR (Dr W._____) a rédigé sur la base du dossier un rapport, dont la conclusion est la suivante :

"L'atteinte à la santé décrite par le médecin de famille n'est pas invalidante au sens de l'AI. En effet, le médecin traitant retient le diagnostic d'état dépressif réactionnel. Cet état dépressif n'est pas incapacitant, car aucun arrêt de travail n'est médicalement attesté. De plus, l'assurée ne prend aucun médicament antidépresseur, ce qui est le traitement normal, de base, pour cette atteinte à la santé. Enfin, l'assurée n'est pas actuellement prise en charge par un spécialiste psychiatre, ce qui devrait être le cas si l'atteinte à la santé était réellement incapacitante. La capacité de travail est donc entière, dans toute activité professionnelle. Il n'y a pas d'atteinte à la santé au sens de l'AI".

D. Le 19 octobre 2010, l'Office AI a communiqué à l'assurée un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus de prestations AI, parce que les investigations médicales avaient révélé qu'il n'y avait pas d'atteinte invalidante au sens de l'AI ; en d'autres termes, la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité professionnelle.

L'assurée n'a pas formulé de remarques ni objections.

Le 3 décembre 2010, l'Office AI a rendu une décision formelle niant le droit à des prestations de l'AI.

E. Par acte du 31 décembre 2010, T. _____ a déclaré recourir contre la décision de l'Office AI. Elle conclut, en substance, à la réforme de cette décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière ("je demande l'AI à 100 %"). Elle invoque sa grande fatigue et des douleurs persistantes, en dépit des nombreux médicaments qu'elle prend. Elle affirme être "encore plus fatiguée et malade que quand [elle] avai[t] demandé l'AI il y a 6 mois".

L'Office AI a été invité à produire son dossier. Il n'a pas été demandé de réponse au recours.

F. Le 3 février 2011, le juge instructeur a accordé à la recourante l'assistance judiciaire, en l'exonérant du paiement de l'avance de frais. La désignation d'un avocat d'office n'avait pas été requise.

E n d r o i t :

1. Dans le domaine des assurances sociales, en vertu de l'art. 56 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1), les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. En matière d'assurance-invalidité, 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]); il n'y a donc pas de procédure d'opposition. La décision attaquée est sujette à recours, au sens de l'art. 56 LPGA. Le recours ayant été formé en temps utile (cf. art. 60 LPGA), selon les formes légales prescrites (art. 61 let. b LPGA), est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. La recourante critique la décision de refus de prestations de l'assurance-invalidité en faisant valoir qu'à cause de ses problèmes de santé, elle devrait avoir droit à une rente entière d'invalidité.

a) Aux termes de l'art. 8 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 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.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde principalement sur des documents médicaux. 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 et les autres références citées). 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; 105 V 156 consid. 1). Selon la jurisprudence fédérale, 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; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes sur le plan physique, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère cependant pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections donnant lieu à des prestations de l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

b) En l'espèce, il n'y a aucun diagnostic d'atteinte à la santé psychique émanant d'un psychiatre. La recourante ne suit aucun traitement psychiatrique et, même si le médecin de famille retient un état dépressif réactionnel, il n'a pas prescrit d'antidépresseur. Le SMR, dont l'avis constitue le fondement de la décision attaquée, pouvait donc estimer, sans examen plus approfondi, que la recourante ne souffre pas d'une atteinte à la santé psychique susceptible de provoquer une restriction significative de la capacité de travail et de gain.

Cela étant, la recourante invoque des problèmes d'ordre somatique (fatigue, douleurs). Or, dès lors qu'elle déclare que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux de 50 % - pour tenir son ménage à 50 % -, et que son médecin traitant l'estime apte à travailler à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations (activité sans gros effort), les éléments médicaux du dossier ne révèlent aucune invalidité, au sens du droit fédéral. Dans son recours, elle prétend certes que sa situation s'est aggravée, mais cet argument n'est aucunement étayé. La présence de fatigue et de douleurs, dans une situation problématique sur le plan socio-familial (comme l'exprime le médecin traitant), n'est pas mise en doute ; les éléments allégués dans le recours correspondent en définitive

à ceux qui ont été pris en considération dans l'appréciation médicale. Le sentiment d'une aggravation de la situation n'est pas propre à établir l'existence d'une invalidité.

Les griefs de la recourante sont à l'évidence mal fondés. Il est manifeste que la décision prise par l'Office AI, sur la base du dossier médical – principalement des constatations figurant dans le rapport du médecin traitant – n'est pas contraire au droit fédéral. La Cour peut donc statuer en l'état, sans demander de réponse ni compléter d'une autre manière l'instruction (art. 82 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]), par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), et prononcer le rejet du recours, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

3. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, la procédure de recours devant le Tribunal cantonal est soumise à des frais de justice, en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais de justice doivent être arrêtés; ils seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement.

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens.

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 3 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- T. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Cet arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :