

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juin 2015

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
 Mme Pasche, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

Q._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Suat Ayan,
avocate à Fribourg,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 17 et 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée), ressortissante turque née en 1966, en Suisse depuis 1990, sans formation professionnelle, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 11 septembre 2002, sollicitant l'octroi d'un reclassement professionnel, subsidiairement d'une rente. Elle invoquait des atteintes à la santé de nature malade sous forme de discopathie lombaire, de douleurs au coccyx et d'une dysfonction thyroïdienne, et un suivi médical par le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie.

Dans l'extrait du compte individuel du 4 octobre 2002, l'assurée était inscrite comme personne sans activité lucrative depuis 1999. Entre 1994 et 1996, elle a travaillé comme femme de ménage et aide de cuisine, puis a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage. Dans le formulaire relatif à son statut (part active/part ménagère), elle précisait qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% comme femme de ménage, aide de cuisine ou dans une fabrique, par nécessité financière et intérêt personnel.

Dans un rapport du 16 octobre 2002 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr F. _____ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales sur trouble dégénératif et discopathie L4-L5 et de coccygodynie. L'assurée n'exerçait plus d'activité professionnelle depuis l'apparition des lombosciatalgies en 1996. Elle se plaignait de douleurs lombaire et coccygienne en mouvement, en position assise prolongée et lors du port d'objets lourds. Selon le Dr F. _____, il semblait difficile de prévoir une activité adaptée à l'état de sa patiente, eu égard à l'activité d'aide-ménagère, le statut de réfugiée d'origine turque et l'absence de formation professionnelle. Il répondait toutefois par l'affirmative, dans l'annexe au rapport, à la question de savoir si l'on pouvait exiger que l'assurée exerce une autre activité, avec la précision qu'il s'agisse de travaux légers sans port de charges lourdes.

Interpellé par l'OAI aux fins de préciser les données de son rapport, le Dr F. _____ s'est prononcé le 12 mars 2003. Il indiquait que sa patiente pouvait travailler en tant qu'aide ménagère à un taux de 50%, qu'elle se plaignait toujours de douleurs lombaire et cervicale lors du dernier contrôle en novembre 2002, qu'un traitement AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) avait été prescrit et qu'il était sans nouvelle de sa part depuis trois mois.

L'OAI a décidé la mise en œuvre d'une expertise médicale auprès de la Dresse M. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. L'assurée ne s'étant pas présentée à la convocation du 24 septembre 2003, l'OAI lui a adressé un « dernier rappel : Somation » lui ordonnant de prendre contact avec la Dresse M. _____ d'ici au 24 octobre 2003 afin de convenir d'un autre rendez-vous, l'avertissant qu'à défaut de coopération, une décision serait prise sur la base du dossier en sa possession.

Le 28 novembre 2003, la Dresse M. _____ a informé l'OAI n'avoir pas été contactée par l'assurée en vue de la mise en œuvre de l'expertise médicale.

Par décision du 9 décembre 2003, l'OAI a nié le droit de l'assurée aux mesures professionnelles et à une rente en l'absence de preuve d'une atteinte invalidante.

B. Q. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 22 février 2013, mentionnant quant au genre de l'atteinte « hernie discale, colonne vertébrale usée » existant depuis 1995. Elle produisait deux certificats médicaux établis par le Dr F. _____ les 27 juillet 2011 et 15 février 2013, rédigés tous deux en ces termes :

« La patiente susmentionnée présente une affection rhumatismale chronique traitée depuis plusieurs années à mon cabinet médical. Son incapacité de travail est à 100% depuis environ 10 ans et ceci pour une période indéterminée. »

Par courrier du 5 septembre 2013, l'OAI a demandé à l'assurée les coordonnées exactes d'un médecin susceptible de le renseigner sur son état de santé actuel, le Dr F. _____ n'ayant pas donné suite à la demande de rapport médical du 25 février 2013.

Par décision du 23 mai 2014, confirmant son préavis du 27 mars précédant, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité présentée par l'assurée, exposant ce qui suit :

« Le 5 septembre 2013, nous vous avons demandé de nous fournir les coordonnées exactes d'un médecin susceptible de nous renseigner sur votre état de santé actuel.

Or, à ce jour, malgré nos rappels et notre lettre recommandée du 27 janvier 2014, vous n'avez pas donné suite à notre requête.

Nous nous voyons donc dans l'obligation de statuer en l'état actuel du dossier et nous constatons que nous n'avons aucuns renseignements médicaux nous démontrant l'existence d'une invalidité au sens de la LAI.

Dès lors et au vu de ce qui précède, le droit à des prestations de notre Assurance vous est nié. »

C. Dans un rapport du 26 mai 2014 adressé à l'OAI, le Dr F. _____ a indiqué ne plus avoir revu la patiente depuis six mois, la dernière consultation datant du 4 novembre 2013. Cela étant, il posait le diagnostic affectant la capacité de travail de lombosciatalgie chronique avec protrusion discale L5-S1, laquelle se manifestait surtout aux mouvements et lors de travaux pénibles. Il énonçait un Lasègue de 70° à droite et 80° à gauche, un Schobert lombaire à 13/10, une douleur à la palpation L4-L5-S1 avec point de Valleix positif à droite et une sensibilité, une force musculaire et des réflexes ostéo-tendineux (ROT) présents et symétriques aux membres inférieurs. L'incapacité de travail était totale depuis 1995 dans la profession d'aide de cuisine. S'agissant des restrictions et de leurs effets sur la capacité de travail, le Dr F. _____ écrivait que sa patiente « prétend[ait] ne plus pouvoir travailler dans aucune activité », avant d'énoncer comme envisageable un recyclage professionnel. Dans l'annexe au rapport, s'agissant des travaux pouvant

encore être exigés de la personne assurée, il indiquait que sa patiente ne pouvait plus travailler.

Par avis du 30 juin 2014, le Dr D. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a indiqué se rallier à l'appréciation du Dr F. _____, dont les avis étaient « justes et convaincants ». Il retenait qu'il n'existait aucun déficit sensitivo-moteur. L'assurée présentait des lombalgies non déficitaires qui entraînaient, au maximum, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, soit un métier physique comme aide de cuisine, mais une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée de type tertiaire ou comme ménagère. Les atteintes ne présentant aucun critère de gravité, les limitations fonctionnelles se traduisaient par l'inaptitude à exercer une activité uniquement debout, le changement de position étant souhaitable, sans déplacements, sans se pencher en avant ni porter de charges.

L'OAI a informé l'assurée que le rapport du Dr F. _____ était considéré comme une nouvelle demande de prestations, que l'instruction du dossier était reprise et qu'une nouvelle décision serait rendue.

Le 25 août 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Le projet était libellé comme suit :

« Résultat de nos constatations :

En raison de votre atteinte à la santé et selon les renseignements médicaux en notre possession, vous ne pouvez plus exercer les activités professionnelles que vous avez effectuées, telle qu'aide de cuisine ou femme de ménage.

Il ressort cependant de l'instruction médicale de votre dossier que vous présentez une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à votre état de santé, telle une activité industrielle légère et qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité uniquement debout, dans différentes positions, pas de déplacements, pas de travail en se penchant, pas de port de charges, changement de position souhaitable.

Selon une jurisprudence du Tribunal fédéral (I 758/03), lorsque l'assuré a exercé différentes activités à des taux irréguliers et pour des durées limitées ou encore s'il n'a pas exercé d'activité lucrative

depuis de nombreuses années, il est admissible d'utiliser les gains selon l'enquête sur la structure des salaires de l'Office Fédéral de la Statistique pour estimer le revenu sans invalidité.

En l'occurrence, le revenu annuel brut moyen, sans atteinte à la santé, pour l'année 2014, se monte à CHF 54'187.04.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'225.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'404.56 (CHF 4'225.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 52'854.75.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2014 (+ 1.00%, + 0.80%, + 0.70% et + 0% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 54'187.04 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles dues à votre atteinte à la santé, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à CHF 48'768.33.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	54'187.05	
avec invalidité	CHF	48'768.35	
La perte de gain s'élève à	CHF	5'417.70	= un degré
d'invalidité de 10%			

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

En outre, nous précisons que le droit à des mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement existe, si compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable est de 20% au moins.

Dans l'exercice d'une activité adaptée à votre situation, vous pourriez réaliser un revenu excluant un préjudice économique égal ou supérieur à 20% (le degré d'invalidité déterminé est de 10%), de sorte que le droit au reclassement ne vous est pas ouvert.

Notre décision est par conséquent la suivante:

La demande est rejetée. »

Par décision du 6 octobre 2014, en l'absence d'objections de l'assurée, l'OAI a notifié sa décision, conforme à son projet.

D. Par acte du 6 novembre 2014, Q._____ a formé recours contre la décision du 6 octobre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut principalement à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement de mesures professionnelles de l'assurance-invalidité, et subsidiairement (*sic*) à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelles instruction et décision. La recourante conteste la valeur probante de l'avis médical du Dr D._____. Particulièrement, elle fait valoir une « inexactitude » s'agissant de ses conclusions quant à une capacité de travail totale dans une activité adaptée, d'une part en raison du fait qu'il contredit le rapport du Dr F._____ tout en déclarant se fonder sur son appréciation, d'autre part en référence aux dires de l'OAI qui évoque une activité industrielle légère, non une activité tertiaire. Elle allègue à cet égard l'impossibilité d'exercer une quelconque activité industrielle légère, compte tenu des nombreuses limitations retenues par son médecin traitant, et non prises en considération dans leur totalité par l'intimé, ainsi qu'en raison de son âge, de l'absence de formation professionnelle et de maîtrise de la langue française. Elle souligne que son médecin traitant démontre depuis une décennie qu'elle est en incapacité de travail et de gain non seulement dans son domaine d'activité mais dans toute activité adaptée. Elle

reproche par ailleurs à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une expertise médicale alors qu'un tel examen était jugé nécessaire dix ans plus tôt, de ne pas avoir été entendue par le SMR ni n'avoir mené d'instruction sur d'éventuelles conséquences psychiques de son état de santé. Finalement, elle allègue que la comparaison des revenus ne repose sur aucune base valable, au motif qu'il ne peut être question d'un revenu d'invalidité dans la mesure où les activités que l'OAI estime être à sa portée ne le sont pas en raison de son état de santé, ou à tout le moins pas à un taux de 100%.

Par décision du 10 novembre 2014, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 novembre 2014 et désigné Me Suat Ayan en qualité d'avocate d'office.

Dans sa réponse du 8 décembre 2014, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par écriture du 16 février 2015, la recourante indique ne pas avoir d'explication complémentaire à fournir ni de pièce supplémentaire à produire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'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).

La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Dans le cas présent, le recours a été formé 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 convient d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande déposée en mai 2014, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante de nature à modifier son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. L'invalidité se définit comme 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité si 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), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et

les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

Ce contrôle par l'autorité n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 75 consid. 3.2).

4. a) 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 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 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 ; TF 9C_1023 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). 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).

L'avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

b) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, il appartient en premier chef à

l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

5. a) La requérante s'est annoncée auprès de l'OAI en septembre 2002 en invoquant essentiellement un problème de dos. Le médecin traitant retenait comme affectant la capacité de travail une coccygodynie et des lombosciatalgies bilatérales sur trouble dégénératif et discopathie L4-L5, existant depuis 1996. Au terme de son premier rapport, le Dr F. _____ énonçait une inaptitude à exercer l'activité habituelle d'aide ménagère mais la possibilité d'exercer une activité légère sans port de charges lourdes. Dans un second rapport, il indiquait que l'activité d'aide ménagère pouvait être exercée à un taux de 50%. Aux fins de préciser la capacité de travail dans une activité adaptée, l'assurée a été convoquée par la Dresse M. _____, sur mandant de l'OAI, à une expertise médicale, à laquelle elle n'a cependant pas donné suite. Face au manque de collaboration de l'assurée, et en l'absence d'éléments tendant à établir une pathologie invalidante, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assurance-invalidité par décision du 9 décembre 2003.

Dans le cadre de sa deuxième demande de prestations introduite en février 2013, l'assurée a produit deux certificats médicaux du Dr F. _____, rédigés à une année et demi d'intervalle, à la teneur identique. Le Dr F. _____ signalait une affection rhumatismale chronique traitée depuis plusieurs années et une incapacité de travail totale depuis dix ans. L'absence de renseignements médicaux complémentaires - en dépit de réitérées demandes - a conduit l'OAI à nier le droit de la

recourante aux prestations de l'assurance-invalidité par décision du 23 mai 2014.

Un nouveau rapport du Dr F. _____ parvenant à l'OAI le 26 mai 2014 a été considéré comme une nouvelle demande avec, corollairement, la poursuite de l'instruction. L'OAI a requis l'avis du SMR ; sur la base de ce dernier, il a nié le droit aux prestations de l'assurance-invalidité en raison d'un degré d'invalidité fixé à 10%.

b) La recourante qualifie d'inexact l'avis du Dr D. _____ et de lacunaire l'instruction menée par l'office intimé. Se fondant *a contrario* sur les rapports de son médecin traitant, elle allègue présenter un état de santé empêchant l'exercice de toute activité professionnelle.

aa) Dans son rapport du 26 mai 2014, faisant suite à la dernière consultation du 4 novembre 2013, le Dr F. _____ retient le diagnostic affectant la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques avec protrusion discale L5-S1, se manifestant surtout aux mouvements et lors de travaux pénibles. La reprise de l'activité professionnelle antérieure d'aide de cuisine - ou aide ménagère - n'est pas préconisée mais un recyclage professionnel peut être envisagé, en dépit du fait que la patiente prétend ne plus pouvoir travailler dans aucune activité. Le Dr F. _____ évoque cependant, dans l'annexe au rapport, que la majorité des travaux énumérés ne peut plus être exercée par l'assurée, et ce depuis 1995, et qu'elle ne peut plus travailler.

A l'aune du rapport du Dr F. _____, le Dr D. _____ retient l'absence de déficit sentivo-moteur. Il admet que les lombalgies non déficitaires entraînent depuis 1995 une capacité de travail nulle « au maximum » dans un métier physique, comme aide de cuisine ; cependant, les atteintes ne présentant aucun critère de gravité, la capacité de travail est reconnue comme totale dans une activité adaptée, soit une activité de type tertiaire ou de femme au foyer. Les limitations fonctionnelles se traduisent par l'inaptitude à exercer une activité uniquement debout, des changements de position étant souhaitables, les activités ne devant

nécessiter ni déplacements, ni devoir se pencher en avant ou porter de charges.

Contrairement à ce que soutient la recourante, les deux rapports précités ne sont pas en contradiction sur la question centrale de l'exigibilité d'une activité adaptée aux atteintes à la santé somatique. Préliminairement, on constate que les Drs F._____ et D._____ reconnaissent tous deux à la recourante une incapacité à exercer l'ancienne activité d'aide de cuisine, respectivement d'aide ménagère, le Dr D._____ précisant en outre que l'incapacité est reconnue dans un métier physique. Cela étant, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr D._____ coïncident avec les constatations du médecin traitant énoncées dans son rapport, savoir des lombosciatalgies se manifestant lors des mouvements et travaux pénibles. Dès lors que le Dr F._____ ne s'explique pas sur les raisons qui le conduisent à retenir, dans l'annexe au rapport, que plus aucune activité ne peut être exercée, on ne saurait déduire de son avis, comme la recourante le voudrait, qu'elle est totalement invalide. Il faut bien plutôt admettre qu'une capacité de travail demeure exigible dans une activité légère. Le Dr F._____ évoque d'ailleurs comme envisageable un recyclage professionnel. En outre, et contrairement aux allégations de la recourante, le Dr F._____ ne démontre pas la présence, depuis plus de dix ans, d'une incapacité de travail dans tout domaine d'activité. *Pro memoria*, dans son rapport du 16 octobre 2002, le médecin traitant répondait par l'affirmative à la question de savoir si une autre activité pouvait être exigée de l'assurée, avec la précision qu'il devait s'agir d'une activité légère sans port de charges lourdes. Cinq mois plus tard, il annonçait que l'activité habituelle d'aide ménagère était exigible au taux de 50%. Finalement, les certificats médicaux des 27 juillet 2011 et 15 février 2013 font état d'une incapacité de travail à 100% depuis environ dix ans en raison d'une affection rhumatismale chronique ; ces certificats sont pour le moins lacunaires, n'apportant aucun élément quant aux limitations fonctionnelles ni à l'exigibilité d'une activité adaptée. Le rapport médical du 26 mai 2014 ne révèle par ailleurs pas d'éléments objectifs tendant à prouver une aggravation de l'état de santé de la recourante et le diagnostic posé par le

Dr F._____ ne justifie pas une incapacité de travail dans une activité adaptée.

La recourante ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du SMR (voir également consid. 5c *infra*). On peut ainsi suivre le Dr D._____, dont l'avis du 30 juin 2014 doit être qualifié de probant (cf. consid. 4a *supra*).

bb) Le fait que le Dr D._____ n'a pas examiné personnellement la recourante ne permet pas de douter du bien-fondé de son appréciation.

Selon la jurisprudence, un rapport médical établi uniquement sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (TF U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3 *in* RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d et U 194/00 du 15 mars 2011 consid. 3c/ee, non publié *in* ATF 127 V 106).

En l'occurrence, le Dr D._____ s'est prononcé sur la base du dossier, particulièrement du dernier rapport du médecin traitant. La recourante n'expose au demeurant pas les raisons qui conduirait à ce qu'un examen personnel eut été nécessaire en lieu et place de l'examen de l'ensemble du dossier.

cc) La contradiction soulevée par la recourante, quant à la référence par le SMR à l'exercice d'une activité adaptée « de type tertiaire » et par l'office intimé à une activité « industrielle légère », n'est pas déterminante. Le fait que les atteintes de la recourante s'accordent avec un métier dans le secteur tertiaire, selon les termes du Dr D._____, ne signifie pas que seules les activités ressortant de ce secteur sont adaptées. Le Dr D._____ exclut l'exercice d'une activité physique et met en évidence des limitations fonctionnelles (travail dans différentes

positions, sans déplacement ni port de charges) apparaissant compatibles avec les exigences d'une activité dans le secteur tertiaire (travail assis, léger, avec des gestes de faible amplitude). Il n'est ainsi pas exclu l'accomplissement d'autres activités des secteurs des services ou de la production, respectant les limitations reconnues.

A cet égard, relevons que l'intimé s'est basé sur le salaire statistique de tout le secteur privé (cf. consid. 6 *infra*), les branches de la production et des services réunies recouvrant une plus large palette d'activités que la seule branche des services, permettant ainsi à la recourante d'élargir ses possibilités de réinsertion sur l'ensemble du marché du travail comme le lui incombe son obligation de diminuer le dommage (TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.2.3 *in fine*).

dd) Finalement, les difficultés liées à l'âge (née en 1966), le manque de formation professionnelle et l'absence de maîtrise du français, dont la recourante se prévaut, ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité.

L'absence d'une occupation lucrative pour des raisons étrangères à l'invalidité ne peut donner droit à une rente. En effet, si un assuré ne trouve pas un travail approprié en raison de son âge, d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques à se faire comprendre - ou à comprendre les autres -, l'assurance-invalidité n'a pas à en répondre (ATF 107 V 17 consid. 2c). S'il est vrai que de tels facteurs - étrangers à l'invalidité - jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2).

ee) Il s'ensuit que les critiques de la recourante concernant le médecin du SMR apparaissent dénuées de pertinence. Elle ne développe pas une argumentation propre à démontrer le caractère insoutenable des constatations de l'intimée ou à établir, sur la base d'avis médicaux revêtant pleine valeur probante, l'existence de doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr D._____.

En définitive, il y a lieu de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail nulle dans toute activité physique telle qu'aide de cuisine ou aide ménagère, mais totale, depuis toujours, dans une activité qui respectent les limitations fonctionnelles établies sur le plan somatique. En ce sens, l'examen de l'intimé échappe donc à la critique.

c) Devant l'autorité de céans, la recourante se prévaut implicitement d'une violation de l'art. 43 al. 1 LPGA. Singulièrement, elle reproche à l'intimé une instruction lacunaire de la demande de prestations, en ayant statué sans mettre en œuvre une expertise médicale – alors qu'une telle mesure d'instruction était ordonnée dix ans plus tôt – ni n'avoir déterminé les éventuelles conséquences psychiques de son état de santé.

La recourante n'a pas déposé, tant en procédure administrative qu'en procédure judiciaire, de documents médicaux corroborant l'existence d'un trouble potentiellement invalidant. Aucun autre document médical que le rapport de son médecin traitant, à l'origine de la troisième demande de prestations, n'a été produit. L'avis du Dr F._____ a en outre été considéré comme juste et convaincant par le SMR. Aucun élément ne justifiait dès lors la mise en œuvre d'une expertise médicale.

En outre, l'instruction d'office a ses limites. En effet, le 25 août 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. L'assurée n'a pas réagi avant la notification de la décision du 6 octobre 2014, ni produit ultérieurement, à l'appui de son recours du 4 novembre 2014, un avis médical attestant d'une atteinte à la santé. Elle

ne démontre dès lors pas en quoi les constats de fait de l'office intimé – relatifs au caractère éventuellement invalidant de ses troubles somatiques et d'hypothétiques troubles psychiques – seraient manifestement inexacts.

Sur le plan psychique, aucune instruction ne se justifiait. En effet, il n'y pas le moindre adminicule évoquant l'existence d'un trouble de la sphère psychique.

Partant, aucun grief relatif à l'instruction au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne peut être retenu à l'encontre de l'OAI.

6. Finalement, la recourante soutient qu'il ne saurait être question d'un revenu d'invalidé (*sic*) dès lors que les activités que l'office intimé estime à sa portée ne le sont pas en raison de son état de santé.

a) Pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, il convient de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (« revenu hypothétique sans invalidité ») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (« revenu d'invalidé » ; cf. art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

On peut tout au plus comprendre, à l'aune de son écriture, que la critique de la recourante a trait au montant du gain réalisable dans une activité adaptée tel que fixé par l'intimé sur la base des données économiques statistiques.

b) L'intimé s'est référé aux données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique, singulièrement au salaire auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) (cf. consid. 5b/cc *supra*). La jurisprudence prévoit en effet que lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou

alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (DPT) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). En outre, l'OAI a retenu un abattement de 10% sur le salaire statistique eu égard aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie somatique (ATF 126 V 75 consid. 5b), taux qui n'apparaît pas arbitraire (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'intimé s'agissant du revenu d'invalidé, étant rappelé que l'on peut raisonnablement attendre de la recourante qu'elle reprenne, à temps plein, une activité légère, adaptée à son état de santé, possibilité dont elle dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré (cf. consid. 5b/aa *supra*) et dont elle est tenue en vertu de son obligation de diminuer le dommage (ATF 123 V 88 consid. 4c).

c) La manière de procéder de l'office intimé s'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, savoir sur la base des données économiques statistiques en l'absence d'activité lucrative de la recourante bien avant le dépôt de la demande, ne fait pas l'objet de critiques et peut être confirmé.

d) Une comparaison du revenu hypothétique sans invalidité de 54'187 fr. 05 avec le revenu d'invalidé de 48'768 fr. 35 – montants vérifiés d'office et non contestables – conduit à un degré d'invalidité de 10%. Se situant en deçà du degré minimum de 40%, ce taux n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Le seuil minimum de 20% environ de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b) pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnel n'est également pas atteint.

7. En définitive, la décision attaquée du 6 octobre 2014 n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours introduit le 6 novembre 2014 par Q._____ doit être rejeté.

a) La recourante ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Elle a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

b) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ).

En l'espèce, Me Ayan a produit une liste de ses opérations le 10 juin 2015, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 8 heures et 40 minutes de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 1'560 fr. (tarif horaire de 180 fr.), plus TVA à 8% d'un montant de 124 fr. 80. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant de 140 fr. 50, TVA à 8% en sus, qui doit

être reconnu à ce titre. Le montant total de l'indemnité de Me Ayan s'élève donc à 1'836 fr. 55.

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

- I. Le recours déposé le 6 novembre 2014 par Q._____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 6 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- V. L'indemnité d'office de Me Suat Ayan, conseil de la recourante Q._____, est arrêtée à 1'836 fr. 55 (mille huit cent trente-six francs et cinquante-cinq centimes), TVA comprise.
- VI. 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Suat Ayan (pour 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).

La greffière :