

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 avril 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Dessaux et Berberat, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

T._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Karim Hichri,
avocat auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissante tunisienne, en Suisse depuis 2000, au bénéfice d'une autorisation de séjour (permis B), T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, a travaillé jusqu'en décembre 2005 en tant que serveuse dans des self-services.

Souffrant principalement de troubles psychiques, T._____ a déposé, le 6 septembre 2012, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée.

Dans un rapport médical du 1^{er} octobre 2012, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de cervico-brachialgies droites non investiguées, de sciatique en 2004, de status après fracture du membre supérieur gauche opérée à l'âge de 8 ans et de dépression. Tout en estimant illusoire la reprise d'une activité professionnelle compte tenu des lombalgies et des douleurs à l'épaule, le Dr W._____ a renvoyé au psychiatre traitant le soin d'évaluer la capacité de travail résiduelle.

Le 7 novembre 2012, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété un rapport médical à l'intention de l'office AI dans lequel il a posé le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques existant depuis 2005. Il a considéré que l'activité de serveuse était exigible à 50%, précisant que le rendement était diminué de 50% en raison d'une importante fatigabilité.

En date du 5 novembre 2013, le Dr Q._____ a répondu en ces termes aux questions complémentaires posées par l'office AI :

1. Quel est le diagnostic CIM-10 précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?
Etat dépressif récurrent F 33.2
2. Quel est le status psychiatrique détaillé actuel ?
La patiente exprime une certaine irritabilité, une grande nervosité et un état général morose.
3. Le cas est-il stabilisé ?
Non.
4. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ?
La patiente n'exerce aucune activité professionnelle depuis plusieurs années. Elle bénéficie de service d'aide à domicile pour tenir son ménage propre.
5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?
L'état neurasthénique récurrent, troubles du sommeil, tensions internes.
6. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?
Vu que la patiente n'exerce aucune activité professionnelle, aucun arrêt de travail n'a été délivré à la patiente.
7. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée (dates et taux) ?
Dans une activité adaptée, la capacité de travail pourrait être de 50%.
8. Quels sont les traitements en cours ?
Psychothérapie comportementale et cognitive hebdomadaire.
9. Quelle est la compliance au traitement ?
La patiente adhère à la thérapie.
10. Si des mesures de réinsertion professionnelle sont entreprises, quel est le temps de présence exigible par jour (à savoir que pour en bénéficier, l'assuré doit être capable de commencer à un taux de 2 heures par jour, 4 jours par semaine au minimum) ?
A voir directement avec la patiente par rapport à son état de santé.

Le 10 décembre 2013, le Dr Q. _____ a précisé que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à compter du mois de janvier 2014.

Un rapport d'enquête ménagère du 14 avril 2014 a, tout en retenant un statut d'active de 100%, constaté que le taux d'empêchements ménagers était de 19,5%.

Réinterpellé par l'office AI, le Dr W._____ a posé, le 12 septembre 2014, les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de dépression existant depuis 2006, de troubles dégénératifs post-traumatiques du coude gauche, de maladie de Morton au niveau des troisième et quatrième orteils du pied gauche et de lombosciatalgie récidivante depuis 2004. Si l'activité de serveuse ne lui paraissait pas exigible du point de vue physique, l'exercice d'une profession adaptée à plein temps ne lui semblait pas exclu. Elle ne devait toutefois pas comporter trop de déplacement ni de mouvements répétitifs du dos et du membre supérieur gauche ainsi qu'être exempte de port de charges supérieures à 5 kg.

Après examen des pièces médicales au dossier, le Dr B._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de « déterminer le ou les diagnostics incapacitants, la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, depuis quelles dates et avec quelles limitations fonctionnelles » (avis médical du 27 octobre 2014).

Mandaté par l'office AI pour procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport le 17 mars 2016. Excluant tout diagnostic incapacitant, il a retenu les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques soit psychologiques (trouble factice), et de dysthymie existant depuis la séparation de l'intéressée en 2007. L'expert a indiqué que, moyennant une prise en charge psychothérapeutique visant l'exercice d'une activité sur le marché libre du travail, le pronostic ne pouvait être que positif. En ne retenant aucune limitation sur le plan psychiatrique, il a conclu que la capacité de travail de

l'assurée avait toujours été entière, tant dans le poste occupé que dans une activité adaptée.

Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr M._____, le Dr B._____ a retenu que, en l'absence de limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée avait toujours été entière du point de vue psychiatrique sur le marché libre du travail. L'exigibilité était également de 100% sous l'angle somatique dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par le Dr W._____ le 12 septembre 2014 (avis médical du 31 mars 2016).

Par projet de décision du 15 avril 2016, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Sur le plan médical, sa capacité de travail était entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, « à savoir : pas de port de charges supérieures à 5 kg, éviter les mouvements répétitifs du membre supérieur gauche et du dos, pas trop de déplacements. » Du point de vue économique, l'intéressée ne subissait aucun préjudice, dès lors que le revenu d'invalidité correspondait au revenu sans invalidité.

L'assurée n'ayant pas présenté d'objections, l'office AI a, par décision du 25 mai 2016, entériné le refus d'une rente d'invalidité.

B. a) Par acte du 25 juin 2016, T._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité de février 2013 à avril 2014 puis d'un trois-quarts de rente d'invalidité à partir du mois de mai 2014 et, à titre subsidiaire, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin d'évaluer sa capacité résiduelle de travail. L'assurée a pour l'essentiel critiqué la capacité de travail qui lui a été reconnue.

Sous l'angle médical, elle a tout d'abord fait valoir que les constatations opérées par le Dr M._____ ne justifiaient pas les diagnostics retenus. Elle a ensuite qualifié l'appréciation de la capacité de

travail de l'expert de contradictoire, en ce sens qu'après avoir émis l'hypothèse que la dysthymie n'affectait pas celle-ci à tout le moins depuis le jour de l'expertise, il avait finalement conclu à une capacité de travail entière depuis toujours. Elle a enfin relevé qu'il n'était pas qualifié pour s'exprimer sur le volet somatique. Pour ces motifs, le rapport d'expertise du Dr M. _____ ne pouvait être considéré comme probant. Une valeur probante ne pourrait éventuellement lui être conférée que pour la période postérieure au mois de février 2016, dans la mesure où le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, posé par le Dr Q. _____ en novembre 2012, avait entraîné une incapacité totale de travail jusqu'au mois de janvier 2014, date à partir de laquelle l'assurée avait présenté une capacité résiduelle de travail de 50%. Au vu de cette différence de diagnostic, il était manifeste que son état de santé s'était modifié entre les constatations du Dr Q. _____ et celles du Dr M. _____.

Du point de vue économique, l'assurée a estimé que c'était à tort que l'office AI n'avait pas procédé à un abattement sur le salaire statistique d'invalidé. Compte tenu des circonstances personnelles et professionnelles, elle a considéré qu'un taux de 15% au moins se justifiait.

b) Renvoyant, dans sa réponse du 15 septembre 2016, à l'avis du SMR du 31 mars 2016, l'office AI a conclu au rejet du recours.

c) Le 23 septembre 2016, l'assurée a fait savoir qu'elle n'avait rien à ajouter et qu'elle confirmait les conclusions de son recours.

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'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure

d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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 les médecins, 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) Sur le plan somatique, la recourante présente principalement des lombosciatalgies gauches chroniques et des troubles dégénératifs du coude gauche post-traumatiques (rapport du Dr W._____ du 12 septembre 2014). Selon le Dr W._____, la capacité de travail de l'intéressée est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en ce sens qu'elle ne doit pas comporter trop de déplacement ni de mouvements répétitifs du dos et du membre supérieur gauche ainsi qu'être exempte de port de charges supérieures à 5 kg. Dans la décision attaquée, l'office intimé retient que la capacité de travail de la

recourante est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dont elle ne disconvient pas.

b) En revanche, les avis divergent quant à l'influence de la symptomatologie psychiatrique sur sa capacité de travail.

aa) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr M. _____ selon lesquelles, en l'absence de pathologie psychiatrique invalidante, la recourante a, malgré une tendance à la dépression, toujours possédé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles de nature somatique. C'est le lieu de souligner que les constatations cliniques recueillies par ce médecin au cours de deux entretiens séparés ne sont pas significatives d'une atteinte psychique incapacitante. On constate, en effet, à la lecture de son rapport, qu'il fait davantage état de handicaps subjectifs que de véritables limitations objectives ; on ne retrouve à tout le moins pas les limitations fonctionnelles décrites par le Dr Q. _____. Au demeurant, la description qu'a faite la recourante de son état (fatigue importante, angoisse, peur de mourir ou de tomber malade) contraste à plus d'un titre avec les observations cliniques de l'expert (apparence soignée, bonne organisation, expression fluide et cohérente, attitude exempte de troubles cognitifs, sans fatigue). Les tests sérologiques mis en œuvre dans le cadre de l'expertise indiquaient par ailleurs une compliance douteuse, puisqu'ils démontraient que le traitement anti-dépresseur n'était pas suivi correctement.

bb) Les certificats et rapports médicaux établis par le Dr Q. _____ (des 7 novembre 2012 et 5 novembre 2013), au demeurant brefs et peu étayés, ne permettent pas d'admettre une incapacité de travail totale en toute activité. Ils ne font en effet pas état d'élément qui n'aurait pas été pris en compte par le Dr M. _____ ou qui justifierait de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. On relèvera en outre que le Dr Q. _____ ne s'est pas exprimé sur la teneur du rapport d'expertise du Dr M. _____ et n'a communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par ce dernier. De son côté, la

recourante ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique et suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé, puisqu'elle se limite à faire part de son désaccord avec l'appréciation de l'expert quant à sa capacité de travail et à substituer sa propre vision des faits.

cc) Pour le reste, compte tenu de l'absence de diagnostic incapacitant et, partant, de limitations fonctionnelles, il n'y a pas lieu d'examiner la situation au regard des principes applicables en matière d'évaluation de la capacité de travail en présence de maladies psychiques (cf. ATF 143 V 409 et 143 V 418).

5. Sous l'angle économique, le revenu d'invalidé, qui a été établi sur la base des statistiques salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), est contesté uniquement dans la mesure où aucun abattement n'a été pris en compte (cf. ATF 126 V 75). Le revenu sans invalidité n'est pas sujet à discussion.

La recourante évoque, au titre des facteurs susceptibles d'influer sur ses perspectives salariales, un permis B (autorisation de séjour pour une activité de longue durée), sa nationalité tunisienne, son absence de formation professionnelle reconnue en Suisse et des limitations fonctionnelles imposant la pratique d'une activité adaptée. Ce faisant, la recourante ne démontre pas en quoi lesdits éléments constitueraient un inconvénient qui justifierait la correction du revenu d'invalidé par une réduction de 15 %. La titularité du permis B n'a jamais empêché la recourante d'occuper des postes de travail de longue durée. L'absence de formation professionnelle certifiée et la scolarité limitée n'ont pas entravé la recourante dans ses recherches d'emploi avant d'être atteinte dans sa santé. Quant aux limitations fonctionnelles, elles ont déjà été prises en compte dans la désignation d'une activité adaptée ainsi que dans le choix du salaire d'invalidé déterminant pour le calcul de comparaison des revenus.

Dans ces circonstances, il ne se justifie pas de procéder à un abattement sur le salaire statistique ayant servi à déterminer le revenu d'invalidé. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé.

6. Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

7. a) La recourante ne peut prétendre à des 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 procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Elle a toutefois été mise 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 sera en mesure de le faire (art. 123 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 due 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).

Le conseil de la recourante ayant renoncé au dépôt de la liste des opérations effectuées, l'indemnité sera fixée à 1'500 fr., TVA comprise, compte tenu de la difficulté de la cause et du fait que la procédure s'est limitée à un seul échange d'écritures.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 25 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis provisoirement à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** Une indemnité d'office de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), TVA comprise, provisoirement mise à la charge de l'Etat, est allouée à Me Karim Hichri.

- 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap (pour T. _____),
- 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 :