

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mai 2021

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 ss, 16, 61 let. c et d LPGA ; 4 al. 1 et 28a LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation professionnelle, vit en Suisse depuis [...], au bénéfice d'une autorisation de séjour B. Mariée depuis [...], elle a plusieurs enfants désormais majeurs.

Le 1^{er} mars 2020, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou l'intimé), motivée par des douleurs aiguës dans le dos et les articulations ainsi que des difficultés de mouvement. Elle a indiqué que ses problèmes de santé existaient depuis dix ans et qu'elle était suivie par les Drs I._____ et J._____, tous deux médecins généralistes.

L'extrait du compte individuel AVS produit le 19 mars 2020 mentionne que l'assurée a travaillé durant quelques mois par année de 2014 à 2019 pour divers agriculteurs. Ses revenus soumis à cotisation ont totalisé 6488 fr. en 2014, 4677 fr. en 2015, 6437 fr. en 2016, 6670 fr. en 2017, 14'087 fr. en 2018 et enfin 3375 fr. en 2019.

En 2019, l'assurée a travaillé comme cueilleuse de fruits pour N._____. Il ressort du formulaire pour l'employeur rempli par ce dernier le 30 avril 2020, que l'intéressée a travaillé dans son exploitation de septembre à novembre 2017 pour un revenu total de 4762 fr. 60 (soit 2507 fr. en octobre, 511 fr. 80 en octobre et 1743 fr. 65 en novembre), en juin et de septembre à novembre 2018 pour un revenu total de 9143 fr. 25 (soit 3383 fr. 25 en juin, 2016 fr. en septembre, 1957 fr. 50 en octobre et 1786 fr. 50 en novembre), puis en juin et de septembre à novembre 2019 pour un revenu total de 3375 fr. (soit 81 fr. en juin, 1260 fr. en septembre, 706 fr. 50 en octobre et 1327 fr. 50 en novembre). N._____ a précisé qu'en juin 2019, l'assurée n'avait travaillé qu'un seul jour parce qu'il avait refusé de l'engager au noir, puis que le dernier jour travaillé sur la période suivante était le 25 novembre 2019, date à laquelle l'assurée avait décidé de quitter son poste pour protester contre le renvoi d'une autre employée.

Il a encore ajouté que ses employés travaillent sur demande et selon leurs propres disponibilités. Les journées de travail durent en moyenne 8 heures, avec un total de 40 à 45 heures par semaine, pour un salaire horaire total de 18 fr. brut, indemnités de vacances, jours fériés et 13^e salaire comprises. L'activité consistait dans l'éclaircissage manuel des fruits en juin, puis la cueillette de septembre à novembre ; cela impliquait la majeure partie du temps de marcher ou de rester debout et parfois de porter des charges jusqu'à 25 kg, les fruits étant cueillis à pied ou sur plateforme pour atteindre le haut des arbres. Enfin, l'employeur a mentionné que l'assurée, qui travaillait « très bien », avait toujours été en bonne santé et ne s'était jamais plainte.

Dans un complément d'information donné le 12 mai 2020, N. _____ a spontanément ajouté la note manuscrite suivante : « Je vous le répète, cette femme était en excellente santé l'automne passé chez nous pour la cueillette [...]... ».

Répondant le 25 mai 2020 au formulaire de détermination du statut, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 100 % « dans toute activité », par nécessité financière. Elle a indiqué que son mari bénéficiait pour sa part d'une rente AI de 764 fr. par mois depuis 2019.

Le 16 juin 2020, l'OAI a indiqué à l'assurée que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables pour l'instant et que l'instruction de la demande se poursuivait.

Le Dr J. _____ a complété un questionnaire de l'OAI le 22 juin 2020, dans lequel il a posé les diagnostics de fibromyalgie, F33, avec troubles de la personnalité, ainsi que de chondropathie chronique. Ces atteintes se traduisaient par des douleurs chroniques et des « troubles de personnalité ». Une « pharmacothérapie » était en cours. A la question des limitations fonctionnelles à prendre en compte, le Dr J. _____ a mentionné « épuisement psychophysique » et « douleurs chroniques ». La capacité de travail était de 0 % dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} août

2019, mais de 100 % dans une activité adaptée dès cette même date. Une amélioration de la capacité de travail ne devait pas être attendue, l'état de santé se dégradant « de jour en jour ». Enfin, le médecin ne mentionnait pas d'autre période d'incapacité de travail.

Par courrier du 24 juin 2020, l'OAI a soumis un nouveau questionnaire au Dr J._____, demandant en particulier un status clinique permettant de décrire les limitations fonctionnelles, les copies des examens complémentaires pratiqués et de l'éventuel consilium adressé à un confrère pour un avis spécialisé, respectivement l'indication des coordonnées du psychiatre éventuellement consulté par l'assurée. Pour toute réponse, le Dr J._____ a renvoyé une copie de son rapport du 22 juin 2020 décrit ci-dessus, en ajoutant la date du 17 septembre 2020.

L'OAI a soumis le dossier à son Service médical régional (SMR), lequel a conclu lors de sa permanence du 20 octobre 2020 que les éléments annoncés par le médecin traitant ne permettaient pas d'admettre l'existence d'une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité, bien qu'il ait été réinterrogé.

Le 4 novembre 2020, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, au motif que l'atteinte à la santé présentée par celle-ci n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité et ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée.

Par décision du 14 décembre 2020, l'OAI a confirmé que le droit aux prestations de l'assurance-invalidité n'était pas ouvert, en reprenant la motivation figurant dans son projet du 4 novembre 2020.

B. Par acte reçu au greffe le 14 janvier 2021, Z._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 14 décembre 2020. Elle a fait valoir qu'elle ne pouvait accepter le rejet de sa demande de mesures

professionnelles et de rente, car elle n'était pas capable de travailler en raison d'atteintes à sa santé physique et mentale.

Par réponse du 8 mars 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, en l'absence d'argument de nature à la remettre en question.

La réponse de l'intimé a été communiquée à la recourante le 10 mars 2021.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le présent recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]).

Bien que l'acte de recours soit particulièrement succinct, il apparaît néanmoins que l'intéressée désigne clairement la décision qu'elle entend contester et que l'on peut déduire du texte de son acte qu'elle souhaite obtenir une rente entière d'invalidité, donc qu'elle conclut à la réforme de la décision en ce sens. Il y a ainsi lieu d'admettre que les conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment) sont remplies. Partant, le recours est recevable.

2. Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

3. a) L'assuré a droit à une rente 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, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201 ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi

sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié

par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision sur l'avis de son SMR, à qui il a soumis les éléments envoyés par le Dr J._____, médecin traitant de la recourante. Sur cette base, il n'a pas constaté d'atteinte à la santé invalidante.

L'instruction est certes relativement sommaire, compte tenu de la collaboration insuffisante du Dr J._____. Il aurait été souhaitable que l'intimé lui retourne son questionnaire complémentaire en lui rappelant fermement son obligation de collaborer, éventuellement en s'adressant à l'autorité de surveillance du médecin traitant. Il n'en demeure pas moins que le Dr J._____ a fait état d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui exclut une atteinte à la santé invalidante au vu, notamment, de la rémunération horaire de la recourante dans son activité de cueilleuse de fruit. Surtout, l'ancien employeur de la recourante n'a fait état d'aucune période d'incapacité de travail de la part de cette dernière. Au contraire, il a même souligné qu'elle avait paru en bonne santé, qu'elle n'avait eu aucune plainte et

qu'elle avait très bien travaillé lors de la cueillette des fruits – une activité pourtant relativement lourde – notamment en septembre, octobre et novembre 2019. Ce constat contredit clairement celui du Dr J. _____ relatif à une incapacité de travail dès le mois d'août 2019 dans l'activité professionnelle habituelle ; il rend, pour le surplus, très peu plausible l'existence d'une atteinte à la santé invalidante, dans une mesure et sur une durée suffisante pour fonder le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel au moment de la décision litigieuse.

Ainsi, en l'absence de tout autre indice de l'existence d'une atteinte à la santé invalidante, de nature à entraîner une perte de gain ou un empêchement notable à accomplir les travaux habituels, l'intimé a nié à juste titre le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis}, 1^{re} phrase, LAI). 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 1000 fr. (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 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non assistée, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 décembre 2020 par 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 à la charge de la recourante.
- 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 :

- Z. _____,
- 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 :