

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 633 vom 31. August 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__633

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 633 du 31 août 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 633 del 31 agosto 2016

Regeste

MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, DÉCISION DE RENVOI, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE | 28 LAI, 28a al. 1 LAI, 28a al. 2 LAI, 28a al. 3 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 27 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 31.08.2016 Arrêt / 2016 / 633

MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, DÉCISION DE RENVOI, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE | 28 LAI, 28a al. 1 LAI, 28a al. 2 LAI, 28a al. 3 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 27 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 334/15 - 234/2016 ZD15.054885 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 31 août 2016 _____ Composition : M. Métral , président M.

Gutmann et Mme Moyard, assesseurs Greffière : Mme Berseth Bébox *****

Cause pendante entre : T. _____ , à [...], recourante, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8, 16, 43 al. 1, 44

LPGA ; art. 28, 28a LAI ; art. 27 et 27bis RAI E n f a i t : A. T. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mère de deux enfants, nés en [...] et [...]. Elle a travaillé à temps partiel comme vendeuse pour la société F. _____ à [...] dès le 1 er

décembre 2008, à un taux de 60% environ. De novembre 2009 à avril 2010, elle a en outre oeuvré comme vendeuse pour le compte de la société Y. _____ à [...]. Auparavant, elle

avait également travaillé comme vendeuse dans une [...], à un taux variable selon la demande, pour un salaire moyen de l'212 fr. par mois. Le Dr V. _____, spécialiste en

médecine interne générale et médecin traitant, a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 1 er janvier 2013, puis à 50% dès le 18 février 2013. Q. _____ (ci-après :

Q. _____), assureur perte de gain maladie, a alloué des indemnités journalières de 65 fr. du 2 au 17 février 2013, compte tenu d'une incapacité de travail de 100%, puis de 32 fr. 50

dès le 18 février 2013, tout au moins jusqu'au 23 septembre 2013, sur la base d'une

incapacité de travail de 50%. Dans un rapport du 9 avril 2013 au Dr Z. _____, médecin conseil de Q. _____, les Drs V. _____ et D. _____ ont diagnostiqué des

lombalgies récurrentes de longue date, liées notamment à une discopathie L4-L5 et L5-S1, une arthrose facettaire des mêmes niveaux, ainsi qu'une arthrose ilio-sacrée relativement

marquée. Les médecins ont observé une exacerbation des douleurs au début décembre 2012, accompagnées de lombocruralgies droites L4-L5 non déficitaires et non traumatiques. Une

infiltration péridurale L4-L5 effectuée le 27 février 2013 avait apporté une amélioration de la cruralgie, avant que des lombalgies apparaissent à nouveau à l'effort prolongé,

notamment liées à son travail actuel, dans lequel elle devait être en position debout toute la journée. Pour ces raisons, elle travaillait à l'époque à 50%. Donnant suite à une

communication de détection précoce de Q. _____, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a entendu l'assurée le 1^{er} mai 2013. Aux termes du rapport initial de détection précoce établi à l'issue de l'entrevue, il ressort notamment que l'assurée travaillait depuis décembre 2008 comme vendeuse à raison de 25 heures par semaine, par choix personnel, et qu'elle avait été en incapacité de travail à 100% depuis le 3 janvier 2013 puis à 50% depuis février 2013 (cf. rubrique « Description de la situation »). Au chapitre « Objectifs et stratégie » du même rapport, il est mentionné une reprise de l'activité habituelle à raison de « 50% (de 25h/semaine) dès 02.2013 ». Le 17 mai 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), au motif qu'elle souffrait de maux de dos, de lupus érythémateux disséminé, d'omalgie chronique et de syndrome anxio-dépressif, depuis décembre 2012. Elle a indiqué travailler 25 heures par semaine pour le compte de F. _____, depuis décembre 2008. Répondant le 28 mars 2013 au questionnaire pour l'employeur de l'OAI, F. _____ a indiqué qu'avant son atteinte à la santé, l'assurée travaillait 24,22 heures (sur les 43 heures correspondant à l'horaire normal dans l'entreprise), qu'elle avait été en incapacité de travail à 100% du 3 janvier au 17 février 2013, puis à 50% dès le 18 février 2013. Le 31 mai 2013, renseignant l'OAI par le biais d'un questionnaire visant à déterminer son statut (part active/part ménagère ; formulaire 531bis), l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux de 60 à 80% comme vendeuse depuis le 1^{er} décembre 2008, sans toutefois répondre à la question de savoir si elle l'aurait fait par choix personnel ou par nécessité financière. Dans un rapport du 4 juin 2013 à l'OAI, le Dr S. _____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lupus érythémateux disséminé, de lombalgies chroniques et lombocuralgies, ainsi que d'état anxio-dépressif. Il a attesté une incapacité de travail de 50% dès le 18 février 2013 dans l'activité habituelle, précisant que sa patiente travaillait à 50% depuis le 18 février 2013. Le Dr S. _____ a fait état d'une « amélioration de 70% », posant un pronostic « favorable, mais à suivre ». Le rhumatologue a répondu en ces termes aux questions de l'OAI : « 1.7 Questions sur l'activité exercée à ce jour Enumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ? - Peut soulever jusqu'à 1 à 10 kg. - Pas de restriction mentale ou psychique. Comment se manifestent-elles au travail ? - Ne peut soulever de charges au-delà de 1000 grammes. D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible ? Oui A quel degré ? 50% Le rendement y est-il réduit ? Non (...) Dans quelle mesure (heure par jour, avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap est-elle possible ? - Charges inférieures à 10kg - Ne peut pas rester debout plus de 9 heures (10 kg). » Le 2 juin 2014, Q. _____ a transmis à l'OAI un rapport adressé le 4 octobre 2013 à son médecin conseil par le Dr W. _____, retenant un épisode dépressif moyen (F31.1), un état de stress post-traumatique (F43.1), l'échelle de dépression (MADRAS) se situant à 38. Le psychiatre expliquait qu'en 2012, un lupus et une importante symptomatologie anxieuse avaient été diagnostiqués. La psychothérapie de soutien et le traitement psychopharmacologique mis en place avaient permis une diminution de la symptomatologie anxio-dépressive en quelques semaines. A partir de juillet 2013 cependant, à la défaveur d'une acutisation de ses douleurs et d'une suspicion d'aggravation de son lupus, sa patiente connaissait une recrudescence de son état anxio-dépressif. Le Dr W. _____ a attesté une limitation de la capacité de travail à 25%. Aux termes d'une note d'entretien du 10 juin 2014, la gestionnaire de l'OAI a relevé ce qui suit : « Dès le 24 septembre 2013, une IT [incapacité de travail] de 25% était attestée. Après contact avec l'employeur, ce certificat n'est pas pris en compte ». Dans un mandat au SMR du 21 mai

2014, l'OAI a indiqué les éléments suivants : « (...) Périodes d'incapacité de travail survenues depuis le dernier mandat SMR : · Du 03.01.2013 au 17.02.2013 à 100% s/50% active · Du 18.02.2013 au 31.03.2013 à 50% s/50% active · Du 01.04.2013 au 30.04.2013 à 0% · Du 01.05.2013 au 23.09.2013 à 50% · Du 24.09.2013 au -- à 30% · Source : Dossier PTG [perte de gain]_02.06.2014 Diagnostic(s) au dossier : lupus érythémateux, troubles dépressifs Motivation(s) du passage au SMR : Lors du précédent avis, il était convenu une CT [capacité de travail] à 50% dans l'AH et dans une AA. Merci de préciser depuis quand. A noter que l'assurée présente une IT [incapacité de travail] à 30% depuis le 24.09.2013 qui n'est pas prise en compte par l'employeur (voir notice téléphonique de ce jour) ». Selon une communication interne du 8 juillet 2014 du Dr H. _____ à la gestionnaire du dossier AI, il est retenu ce qui suit : « Suite à notre discussion, nous pouvons admettre que l'assurée présente une CT à 50% s/100% depuis le 01.05.2013 à boucler le mandat SMR ». L'OAI a mis en œuvre une enquête ménagère afin de déterminer le statut de l'assurée. Dans son rapport du 1^{er} avril 2015, l'enquêtrice a relevé que l'assurée avait précisé lors de l'entretien du 31 mars 2015 que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 70% pour des raisons financières. Avant l'atteinte, l'assurée travaillait à 60% (de 20h à 25h par semaine), plus les extras (remplacements vacances et maladies) ce qui était équivalent à un 70%-80%, taux auquel l'intéressée aurait continué à travailler si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Son employeur lui avait fait signer un nouveau contrat en 2013 (qui remplace le précédent) et précisant que l'assurée travaillera entre 10h et 15h par semaine, plus les extras (remplacements). Sous la rubrique « observation/conclusion », il était relevé que l'assurée avait accepté que son contrat soit refait « avec une baisse du taux d'activité en raison de son atteinte à la santé » réalisant que « si elle n'acceptait pas, elle risquait d'être licenciée ». En définitive, retenant une part active de 70% et une part ménagère de 30%, l'enquêtrice a constaté un empêchement au ménage de 39,1%. Le 27 avril 2015, sur requête de l'OAI, F. _____ a produit les certificats de salaire de l'assurée pour l'année 2012. Selon une fiche d'examen du dossier du 2 juillet 2015, l'OAI a constaté que, d'après l'horaire habituel de travail annoncé par l'employeur dans son rapport du 28 mars 2013, l'assurée travaillait à un taux de 56%. Un calcul des heures effectuées en 2012 selon les fiches de salaire produites par l'employeur aboutissait à un taux moyen de 61%. Sur la base de ces éléments, l'office s'est déterminé en ces termes : « Nous pouvons prendre en compte le statut de 60% active qui semble être le plus proche de la réalité vu que selon les indications de l'employeur, l'assurée travaille à un taux de 56% et qu'en tenant compte des données en 2012, nous arrivons à 61% ce qui explique les heures supplémentaires ». Par projet du 14 août 2015, confirmé par décision du 17 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a retenu que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 60% (part active) en tant que vendeuse, consacrant les 40% restants à ses travaux habituels (part ménagère). Se fondant sur les conclusions de l'enquête économique du 31 mars 2015, l'office a estimé que l'intéressée rencontrait des empêchements de l'ordre de 39,1% dans la tenue de son ménage. S'agissant de la part active et du degré d'invalidité, il s'est positionné en ces termes : « Il ressort des pièces du dossier qu'à la fin du délai d'attente, soit le 1^{er} janvier 2014, vous présentez une incapacité de travail et de gain dans toute activité professionnelle de 50%. (...) Dans la mesure où votre incapacité de travail est de 50% sur 100%, vous conservez une capacité résiduelle de travail de 50% (sur 100%). Vos empêchements sur la part active s'élèvent [à] : 60% (taux d'activité en bonne santé) – 50% (capacité de travail résiduelle) x 100 = 16.66% 60% (taux d'activité en bonne santé) Le degré d'invalidité dans ces deux domaines (actif et ménager) est donc le suivant :

Activité partielle	Part Empêchement	Degré d'invalidité	Part active
60%	16.66%	9.99%	Part ménagère
		40%	39.10%
			15.64%

Degré d'invalidité 25.63%

Le degré d'invalidité est dès lors de 25% n'ouvrant pas le droit à une rente.» B. Par acte du 15 décembre 2015, T. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal des assurances contre la décision de l'OAI du 17 novembre 2015, dont elle conclut implicitement à la réforme, en ce sens qu'il soit reconnu que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 100%. Faisant valoir qu'elle a « besoin [d']un travail à 100% », elle explique qu'elle en est empêchée en raison de son état de santé. D'une part, les employeurs potentiels ne sont pas intéressés par ses postulations lorsqu'ils apprennent sa situation et, d'autre part, elle peine déjà à satisfaire aux exigences de son poste à 40-50%, ne parvenant pas à faire ses heures et devant très souvent se faire remplacer. Elle estime qu'elle n'est plus en mesure d'exercer son activité actuelle de vendeuse. Elle indique qu'elle a toujours connu des problèmes de dos depuis son arrivée en Suisse, mais que son état de santé s'est aggravé, ce qui aurait été confirmé par ses médecins en octobre 2015. Depuis le mois d'avril 2015, elle ne peut plus faire le ménage, elle ne parvient parfois même plus à se lever, les douleurs et les vertiges l'empêchent de s'occuper d'elle-même, obligeant son mari à l'aider à prendre sa douche. Dans une réponse du 29 février 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il invoque que le taux de la part active, de 60%, a été obtenu en confrontant les éléments amenés lors de l'enquête ménagère du 31 mars 2015 aux données économiques recueillies par la suite. L'intimé fait en outre valoir qu'il ne dispose d'aucun élément médical corroborant l'aggravation de l'état de santé alléguée par la recourante, de sorte qu'il considère que la situation décrite lors de la visite à domicile de fin mars 2015 prévaut toujours. Par réplique du 23 mars 2016, la recourante a maintenu ses conclusions, tout en évoquant une nouvelle aggravation de son état de santé, sous forme de blocage des mains, insensible au traitement. A l'appui de son écriture, elle a produit un rapport de la Dresse R. _____, spécialiste en rhumatologie, à la consultation de laquelle l'assurée avait été envoyée par le Dr S. _____. Le 29 avril 2016, l'intimé est resté sur sa position, se fondant sur un avis du Dr H. _____, lequel s'est exprimé en ces termes : « (...) D'une part, dans ce consilium, la Dresse R. _____ ne fait aucunement mention d'une aggravation outre depuis celle de 2012. Ce qui est nouveau dans ce dossier est que la Dresse R. _____ fait état de différentes possibilités de diagnostic sur les signes cliniques présentés par notre assurée. Les signes cliniques décrits par la Dresse R. _____ sont ceux dont le médecin rhumatologue traitant a fait état dans ses RM [rapports médicaux], mais outre la possibilité d'un lupus érythémateux, la Dresse R. _____ émet la possibilité que l'atteinte de notre assurée soit une spondylarthrose axiale voire un psoriasis. Sur le plan clinique la Dresse R. _____ mentionne les douleurs mais le rapport est plutôt rassurant mentionnant l'absence de signes uro-génitaux, de dyspnée, pas d'uvéite, les fréquents voyages en [...]. Par d'hypermobilité articulaire, pas de thrombose ni de fausse-couche, pas de synovite, par de conflit disco-radulaire. En conclusion, sur le plan clinique la Dresse R. _____ n'apporte aucun élément nouveau pouvant avoir un impact sur la CT [capacité de travail] suite au projet de décision. » S'agissant du taux d'activité en l'absence d'atteinte à la santé, l'OAI explique avoir tenu compte des horaires effectués par l'assurée avant la survenance de son incapacité de travail en janvier 2013. 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 (ci-après : AI), sous réserve des dérogations expresses prévues par la LAI (cf. 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 (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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 (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; cf. ég. TF 8C_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2, 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2). b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a, d'une part, fixé son statut à raison d'une part active de 60% et d'une part ménagère de 40%, et, d'autre part, retenu une capacité résiduelle de travail de 50% ainsi qu'un empêchement ménager de 39,1%. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (cf. art. 28 LAI). b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1, 130 V 393 et 125 V

146 ; cf. TF 9C_514/2014 du 23 décembre 2014 consid. 4). aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI ; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). cc) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI ; voir par ailleurs ATF 137 V 334 consid. 3.1.3, 131 V 51 consid. 5.1.2). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146). dd) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2, 133 V 504 consid. 3.3, 131 V 51 consid. 5.1.2, 125 V 146 consid. 5c/bb et 117 V 194 consid. 3b ; cf. TF 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1-3.4). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (cf. TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012

consid. 5.2 in fine et la référence citée). c) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1, 128 V 93 ; cf. TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3 ; TFA 90/02 du 30 décembre 2002, consid. 2.3.2 [non publié au Recueil officiel] in VSI 2003 p. 221). d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 121 V 45 consid. 2a et 121 V 204 consid. 6b avec la référence). En outre, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). Cette jurisprudence dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure » s'applique de manière générale en matière d'assurances sociales (TF 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 3.2 et les références). 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. 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, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). e) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al.1 LPG). 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_7462011 consid.1.2). 5. a) Dans le cas d'espèce, procédant à une évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'intimé considère qu'en bonne santé, l'intéressée aurait travaillé à 60%, les 40% restant étant dévolus aux tâches ménagères. Se fondant sur les pièces médicales au dossier et sur l'enquête ménagère du 31 mars 2015, l'office retient outre retenu que l'assurée présente un empêchement de 16,66% sur la part active et de 39,1% sur la part ménagère. Pondérés en fonction du statut de l'assurée (part active de 60% et part ménagère de 40%), ces empêchements équivalent à un degré d'invalidité de 9,99 % sur la part active et de 15,64% sur la part ménagère, soit une invalidité totale de 25%, ne permettant pas l'ouverture du droit à une rente d'invalidité. De son côté, la recourante soutient que, sans atteinte à sa santé, elle travaillerait à 100%, par nécessité. Elle estime en outre que son état de santé est plus invalidant que le reconnaît l'OAI, tant au niveau professionnel qu'au niveau ménager. Elle explique qu'elle peine à satisfaire aux exigences de son poste à 40-50%, qu'elle ne parvient pas à faire ses heures et qu'elle doit très souvent se faire remplacer, son état s'étant aggravé. Elle estime qu'elle n'est plus en mesure d'exercer son activité de vendeuse. Depuis avril 2015, elle ne peut en outre plus faire le ménage ; elle ne parvient parfois même plus à se lever et ses douleurs l'empêchent de s'occuper d'elle-même. En duplique, elle a fait valoir une aggravation de son état de santé, expliquant dorénavant souffrir de blocage des mains. b) Il convient dès lors, dans un premier temps, de se prononcer sur le statut de la recourante, puis, dans un second temps, sur sa capacité de travail résiduelle, sur les plans somatique et psychique, ainsi que sur ses empêchements ménagers. 6. La recourante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme en recours que, si elle avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%, par nécessité. Interrogée une première fois sur cette question lors de l'entretien de détection précoce le 1^{er} mai 2013, l'assurée a indiqué qu'elle travaillait comme vendeuse depuis décembre 2008 à raison de 25 heures par semaine, par choix personnel. Dans le formulaire 531bis du 31 mai 2013, elle a spécifié que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux de 60 à 80%. Lors de l'enquête ménagère du 31 mars 2015, elle a évoqué tout au plus un 70 à 80%, compte tenu des remplacements qu'elle était parfois amenée à effectuer. Force est ainsi de constater qu'à aucun moment au cours de l'instruction de sa demande par l'OAI, la recourante n'a fait état d'un souhait de travailler à 100% si son état de santé le lui permettait. Ce n'est qu'en recours que, pour la première fois, l'assurée a fait part de cette prétendue volonté. Cette affirmation, étayée par aucun éléments, étant en contradiction avec ses déclarations antérieures, constantes, on ne peut retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à plein temps (cf. consid. 4d supra, « déclarations de la première heure »). Ainsi, on ne peut en aucun cas admettre une part active de 100%, comme le souhaiterait la recourante. Il reste à examiner la solution retenue par l'intimé, étant rappelé que l'atteinte à la santé ayant conduit au dépôt de la demande de prestations AI existe, selon

l'assurée, depuis décembre 2012 (cf. demande de prestations AI du 17 mai 2013). Afin de déterminer le statut de l'assurée, l'office a mis en œuvre une enquête ménagère, de laquelle il est ressorti une part active de 70% et une part ménagère de 30% (cf. rapport d'enquête du 1^{er} avril 2015). L'OAI s'en est toutefois légèrement distancé, pour les motifs suivants. L'employeur avait indiqué que, depuis son engagement en 2008, l'assurée travaillait 24,22 heures sur les 43 heures correspondant à l'horaire habituel dans l'entreprise, soit à un taux de 56% (cf. rapport de l'employeur du 28 mars 2013). Compte tenu cet écart de taux, l'office avait requis de l'employeur les fiches de salaires 2012, dont il était ressorti un horaire moyen de 61%. Contrôlé d'office, compte tenu d'un droit aux vacances de quatre semaines (cf. rapport de l'employeur précité) le calcul de l'office ne prête pas flanc à la critique (horaire effectif annuel de l'assurée : 1264 heures ; horaire normal annuel 2064 heures [43 heures x 48 semaines travaillées compte tenu du droit aux vacances] ; $[1264 : 2064] \times 100 = 61,2\%$). L'office a dès lors considéré qu'un taux d'activité de 60% semblait le plus proche de la réalité et que la part active devait être fixée à 60%. Ce raisonnement est convainquant, de sorte qu'il convient d'admettre avec l'intimé que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à 60% comme vendeuse et aurait consacré 40% de son temps aux activités ménagères.

7. Sur le plan médical, l'examen des différents rapports médicaux au dossier laisse apparaître des contradictions, ou tout au moins des ambiguïtés, notamment sur le point de savoir si la capacité de travail résiduelle de la recourante est constatée par rapport à un taux d'activité à 100% ou par rapport à son taux d'activité habituelle. S'agissant des atteintes rhumatologiques, les Dr S. _____ a tout d'abord attesté une incapacité de travail de 50% dès le 18 février 2013, l'activité habituelle restant exigible à 50%. Il a précisé que sa patiente avait repris le travail à 50% dès le 18 février 2013 (cf. rapport du 4 juin 2013). Le 10 janvier 2014, il a fait état d'une capacité de travail limitée à 30% depuis le 1^{er} septembre 2013, tout en observant un état stationnaire par rapport à sa précédente évaluation. Cette appréciation paraît contradictoire, dans le sens où l'on ne peut pas avoir affaire tout à la fois à un état stationnaire et à une diminution de la capacité résiduelle de 50 à 30%. Il est possible qu'en juin 2013, le rhumatologue ait exprimé la capacité résiduelle de travail par rapport au taux d'activité habituelle de l'assurée et qu'en janvier 2014, il l'ait définie en fonction d'une activité à plein temps. Ceci pourrait expliquer cette apparente incohérence. Les éléments au dossier sont toutefois insuffisants pour que l'on puisse conclure que tel est le cas au degré de la vraisemblance prépondérante. La même situation se présente au plan psychique. Dans son rapport du 22 juillet 2013, le Dr W. _____ a fait état d'une « incapacité » (sic) de travail de 100% en tant que vendeuse du 1^{er} décembre 2008 au 10 décembre 2012, puis de 50% dès le 1^{er} janvier 2013, son activité habituelle étant exigible à 50%. La question se pose de savoir si le psychiatre ne s'est pas mépris au niveau de la terminologie utilisée et s'il n'a pas défini ainsi la « capacité » de travail de sa patiente, et non son « incapacité » de travail. Il n'a en effet jamais été question d'une totale incapacité de travail dès le 1^{er} décembre 2008 pour près de deux ans. On remarquera au demeurant qu'il ne suit l'assurée que depuis mai 2013, de sorte qu'il ne peut en principe valablement se prononcer sur sa capacité de travail antérieurement à sa prise en charge. Le 12 décembre 2013, le psychiatre a constaté une légère évolution favorable par rapport au mois de juillet 2013, sa patiente se plaignant dorénavant plus d'un état anxieux que d'une symptomatologie dépressive dominante. Relevant que l'assurée travaillait à l'époque à 25%, le Dr W. _____ a estimé que, depuis l'été 2013, une capacité de travail « ne dépassant pas 50% » pouvait être exigée d'elle dans son activité habituelle de vendeuse de même que dans toute autre activité adaptée. Dans

l'intervalle cependant, le 4 octobre 2013, le Dr W. _____ a établi un rapport à l'attention de Q. _____, dont l'OAI a pris connaissance le 2 juin 2014, soit avant de prendre la décision litigieuse. A teneur de ce document, le psychiatre a observé une dégradation de la situation à partir de juillet 2013 et a attesté une limitation de la capacité de travail à 25%. Ce rapport médical vient en complète contradiction avec celui émis par le psychiatre le 12 décembre 2013, faisant état d'une reprise du travail à 25% mais d'une exigibilité de 50%, justement depuis l'été 2013. On ne sait au demeurant pas avec certitude à quel taux a travaillé l'assurée au cours de l'année 2013. D'un côté, à teneur du rapport initial de détection précoce du 1^{er} mai 2013, l'assurée aurait repris le travail à hauteur de 50% de son horaire habituel de 25 heures par semaine en février 2013. Le Dr W. _____ a aussi fait état d'un taux d'activité effectif de 25% dans son rapport du 12 décembre 2013. Selon le rapport d'enquête ménagère du 31 mars 2015, en 2013, l'assurée aurait accepté contractuellement de baisser son taux d'activité à 10 à 15 heures par semaine, au lieu des 20 à 25 heures prévalant jusqu'alors. D'un autre côté, dans une note d'entretien téléphonique avec l'employeur du 10 juin 2014, l'intimé a constaté qu'en réalité, la limitation de la capacité résiduelle à 30% attestée en janvier 2014 par le Dr S. _____ depuis septembre 2013 n'était « pas pris[e] en compte ». Ceci laisserait au contraire supposer que l'assurée aurait peut-être continué, ou repris, le travail à son taux habituel. Pourtant, après lui avoir versé des indemnités journalières de 65 fr. correspondant à une totale incapacité de travail jusqu'au 17 février 2013, Q. _____ lui a alloué des indemnités de 32 fr. 50 dès le 18 février 2013, tout au moins jusqu'en septembre 2013, ce qui laisserait penser qu'elle n'a travaillé qu'à 50% de son taux d'activité habituelle. En définitive, face à ces nombreuses incertitudes, l'intimé ne pouvait se contenter de la brève notice d'un entretien téléphonique du 10 juin 2014 avec l'employeur et des rapports sur dossier de son Service médical régional pour conclure que l'assurée disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50% par rapport à une activité à 100% dès début mai 2013, alors que jusque-là, il avait apparemment admis une incapacité de travail de « 50% sur 50% active » (cf. mandat au SMR du 21 mai 2014). Il lui appartenait de clarifier avec le Dr S. _____ le point de savoir s'il admettait une capacité de travail de 30% ou 50% par rapport à une activité à plein temps, si l'incapacité de travail de 50% attestée initialement se référait à un taux d'activité à 100% ou au taux d'activité habituelle de l'assurée, et, cas échéant, les motifs du taux d'incapacité de travail qu'il atteste dans une activité légère et adaptée. De même, il aurait dû s'enquérir auprès du Dr W. _____ pour qu'il précise sa position quant à la capacité résiduelle de sa patiente, compte tenu des contradictions existant entre ses différents rapports (limitation de la capacité de travail à 25% dès juillet 2013, selon son rapport du 4 octobre 2013, et exigibilité à 50% dès l'été 2013 malgré une reprise de travail à 25%, selon son rapport du 12 décembre 2013), et qu'il s'explique sur l'aggravation mentionnée dans son rapport du 4 octobre 2013 à Q. _____. Cette conclusion s'impose avec d'autant plus d'évidence que le dernier mandat au SMR du 21 mai 2014 n'a pas donné lieu à un avis formel du Dr H. _____. Seule figure au dossier une communication des plus succinctes, reflétant un entretien entre le médecin du SMR et la gestionnaire du dossier de l'office. Cette note, dénuée de toute motivation, se résume à ces quelques mots : « Suite à notre discussion, nous pouvons admettre que l'assurée présente une CT à 50% s/100% depuis le 01.05.2013 », sans nullement expliquer sur quel motif le médecin a refusé, dès le 1^{er} mai 2013, de prendre en considération une incapacité de travail de 50% sur le taux d'activité habituelle de l'assuré, à la faveur d'une incapacité de 50% sur une activité à 100%, alors qu'il ne s'était jamais positionné sur cette problématique dans ses avis précédents. En

définitive, aucun des rapports médicaux au dossier n'a une valeur probante suffisante pour déterminer valablement la capacité résiduelle de travail de l'assurée. Au vu des circonstances, l'intimé ne pouvait faire l'économie de mesures d'instruction complémentaire avant de rendre la décision entreprise. Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, dès lors qu'il lui appartenait au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales. Il appartiendra à l'office d'interroger les Drs S. _____ et W. _____ sur les aspects évoqués ci-dessus, de même que sur tout autre point nécessaire à clarifier la situation. Si les compléments d'information demandés aux médecins ne devaient pas suffire à lever les incertitudes quant à la capacité résiduelle de travail de l'assurée, l'intimé devra alors mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, conformément à l'art. 44 LPGA. L'OAI statuera ensuite sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité par le biais d'une nouvelle décision. 8. S'agissant enfin des empêchements ménagers, on relèvera que l'enquêtrice s'est déterminée après une visite au domicile de l'assurée. Son rapport est motivé et rédigé de façon détaillée, en pleine connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et handicaps de la recourante. Le 31 mars 2015, elle a constaté, sur la base des déclarations de l'assurée, quelles tâches celle-ci effectuait encore et a arrêté le taux d'empêchement à 39,5%. De son côté, la recourante affirme que, depuis le mois d'avril 2015, elle n'a plus été capable de faire son ménage, ni même, par moment, de s'occuper d'elle-même, de se lever, de prendre sa douche. Elle n'apporte toutefois aucun élément permettant d'établir une telle dégradation de sa capacité ménagère dans les jours qui ont suivi l'enquête. En particulier, le rapport de la Dresse R. _____ produit avec sa réplique du 23 mars 2016, ne se prononce ni sur la capacité de travail, si sur les empêchements ménagers, de sorte qu'il ne permet pas de remettre en cause les conclusions du rapport d'enquête. 9. a) Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). c) Bien qu'obtenant gain de cause, la recourante, qui a agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 17 novembre 2015 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'intimé. 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 : ■ 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). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.