

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 144 vom 14. März 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-03-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__144

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 144 du 14 mars 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 144 del 14 marzo 2017

Regeste

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, DÉCISION DE RENVOI, COMPARAISON DES REVENUS, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, ACTIVITÉ LUCRATIVE À TEMPS PARTIEL | 28 LAI, 28a LAI, 4 al. 1 LAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 14.03.2017 Arrêt / 2017 / 144

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, DÉCISION DE RENVOI, COMPARAISON DES REVENUS, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, ACTIVITÉ LUCRATIVE À TEMPS PARTIEL | 28 LAI, 28a LAI, 4 al. 1 LAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 78/16 - 77/2017 ZD16.014905 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 14 mars 2017

_____ Composition : Mme Di Ferro Demierre , présidente M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges Greffier : M. Grob ***** Cause pendante entre :

N. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion handicap, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 4 al. 1, 28 et 28a LAI E n f a i t : A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, travaillait depuis le 1^{er} février 2004 comme gestionnaire de dossiers à 80% pour le compte de R. _____. Dès le 16 avril 2012, elle a présenté une incapacité de travail totale en raison d'uvéites chroniques. Le 19 septembre 2012, l'assureur perte de gain maladie de son employeur a complété un formulaire de détection précoce pour annoncer le cas de l'assurée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Le 18 octobre 2012, l'assurée s'est rendue à un entretien avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, qui a analysé la demande en ces termes dans son rapport initial y relatif : « L'assurée nous informe que son état de santé est en amélioration suite à un nouveau ttt [traitement] par infiltrations. Elle va reprendre son activité à 50% (de son 80%) dès le 23.10.2012 pour un mois et le pronostic semble bon pour augmenter par la suite. Elle indique que son atteinte aux yeux provient d'un effet secondaire de la SPA [spondylarthrite ankylosante] détectée en 2008. Elle a déjà eu q[uel]ques petites IT [incapacités de travail] pour les yeux auparavant. Le nouveau ttt intervient pour la SPA et elle relève une bonne amélioration depuis, malgré des douleurs persistantes sur la colonne vertébrale et aux extrémités des MS [membres supérieurs] le matin. Jusqu'à ce jour, en dehors de l'atteinte aux yeux, la SPA n'a pas empêché l'assurée d'exercer son activité. Cependant, elle relève que si elle devait travailler à 100%, elle ne sait pas si elle pourrait bien récupérer. Elle nous informe également qu'avant de pouvoir déposer (sic) un diagnostic de SPA en 2008, il était

question d'une atteinte de fibromyalgie. ». Ce rapport mentionnait également que l'assurée travaillait à un taux de 80%, sans toutefois en préciser les motifs alors que les rubriques pré-imprimées de ce document le commandaient. Le même jour, l'OAI a écrit à l'assurée que compte tenu du fait qu'elle l'avait informé de l'amélioration de son état de santé et de la reprise de son activité habituelle dès le 23 octobre 2012, le dépôt d'une demande de prestations n'était pas indiqué. Il l'a invitée à déposer une telle demande si la reprise de son activité ne se déroulait pas comme prévu. Par décision du 28 octobre 2013, la Caisse [...] a octroyé à l'assuré des pensions d'invalidité temporaires, soit une pension totale du 1^{er} au 31 octobre 2012, une pension partielle de 50% du 1^{er} novembre 2012 au 31 janvier 2013 et une pension partielle de 20% du 1^{er} février 2013 au 30 juin 2014. B. Le 11 février 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant comme atteinte à la santé une spondylarthrite ankylosante et des uvéites existant depuis 2008. Dans un rapport à l'OAI du 18 février 2014, la Dresse D._____, spécialiste en rhumatologie qui suivait l'assurée depuis le 27 janvier 2012, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail de sa patiente, de maladie de Bechterew axiale et d'uvéites depuis 2008-2009. Elle a indiqué que l'activité exercée était encore exigible à 60%, énumérant comme restrictions le fait d'éviter une activité trop prolongée en position assise, sur écran d'ordinateur et avec une lumière artificielle, lesquelles se manifestaient par une fatigabilité et des douleurs. Elle a précisé que le rendement n'était pas réduit, sauf en cas de poussées inflammatoires. Dans un rapport à l'OAI du 19 février 2012, le Dr X._____, spécialiste en ophtalmologie, traitant l'assurée depuis le 27 janvier 2003, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail de sa patiente, de maladie de Bechterew active avec uvéites chroniques récidivantes bilatérales et nécessité d'un traitement de fond oculaire existant au moins depuis 2008 pour les affections oculaires, le marqueur HLA B27 étant présent depuis la naissance, ainsi que le diagnostic non incapacitant d'astigmatisme des deux yeux depuis l'enfance. Il a exposé que durant ces dernières années, l'intéressée avait subi une recrudescence de l'importance et de la fréquence de ses uvéites aux deux yeux, que des traitements topiques avaient été administrés à chaque reprise ayant pu faire améliorer l'état inflammatoire mais malheureusement avec un effet secondaire par l'augmentation de la tension intra-oculaire et que parallèlement, le médecin traitant et le rhumatologue avaient instauré un traitement général par immunomodulateurs, traitement qui avait pu également un peu stabiliser la situation au niveau ophtalmologique. Il a relevé qu'actuellement, l'assurée était relativement confortable mais, en raison des nombreuses poussées inflammatoires, restait très sensible au niveau de ses yeux, surtout lors du travail sur écran qui était limité, précisant que sans cela, elle ressentait des inflammations oculaires ainsi que des céphalées invalidantes. Comme pronostic, il a indiqué que bien que la situation se soit améliorée et stabilisée depuis quelques mois à l'heure actuelle, il n'était pas exclu que l'intéressée refasse des poussées d'uvéites impliquant alors une augmentation du traitement, relevant que son travail pourrait être accompli si l'on respectait un certain nombre d'heures de travail sur écran. Il a relaté que sa patiente avait été en incapacité de travail totale du 16 avril au 21 octobre 2012, puis en incapacité à 50% du 22 octobre 2012 au 28 janvier 2013, et qu'elle était en incapacité à 40% depuis le 29 janvier 2013 pour une durée indéterminée à l'heure actuelle. Le Dr X._____ a indiqué que l'activité habituelle était encore exigible à 60%, énumérant comme restrictions des douleurs oculaires, une photophobie et des céphalées à partir d'un certain nombre d'heures de travail sur écran, lesquelles se manifestaient par une diminution de son rendement et une impossibilité de continuer l'écriture ou la lecture sur écran. Il a précisé que depuis début 2013, la charge de travail de

l'assurée correspondait à ses capacités, en l'état de son cahier des charges actuel. Selon l'extrait du compte individuel AVS de l'assurée imprimé le 24 février 2014, elle avait précédemment travaillé de mai 1994 à janvier 2004 auprès de L. _____ à [...] avant de travailler pour R. _____ depuis le 1^{er} février 2004. Le 27 février 2014, l'assurée a complété le formulaire « détermination du statut (part active / part ménagère) », indiquant que si elle était en bonne santé, son taux d'activité aurait été de 100% « depuis le début ». Dans un rapport à l'OAI du 3 mars 2014, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis 1997, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de spondylarthrite ankylosante et d'uvéites existant depuis 2008. Il a exposé que la maladie était stable sous traitement biologique, que les uvéites étaient stabilisées, précisant sous la rubrique pronostic que la maladie était chronique et non prévisible. Il a relevé que l'activité habituelle était encore exigible à 60% (soit 20% de moins que le 80% habituel), précisant que les uvéites, bien qu'en amélioration, ne permettaient pas une reprise du travail comme auparavant. Dans une annexe à son rapport, le Dr J. _____ a indiqué, à titre de limitations fonctionnelles existant depuis 2008, que l'intéressée ne pouvait pas travailler uniquement en position assise ou uniquement en position debout, ni exercer d'activité principalement en marchant, ni travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux ou en rotation en position assise ou debout, ni soulever ou porter des charges supérieures à 5 kg, ni monter sur une échelle ou un échafaudage. Il a relevé que la capacité de concentration de sa patiente était limitée en raison des uvéites en cas de lecture prolongée sur ordinateur. Selon un questionnaire complété par R. _____ le 4 avril 2014, il était possible d'aménager les tâches de travail de l'assurée afin qu'elle soit amenée à moins travailler sur écran, mais en restant dans le même métier. Il y était également indiqué que l'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 8 heures par jour à raison de 40 heures par semaine, que l'intéressée avait travaillé 8 heures par jour à raison de 32 heures par semaine depuis le début de son activité le 1^{er} février 2004 et qu'elle travaillait depuis le 1^{er} février 2013 entre 8 et 4 heures par jour à raison de 24 heures par semaine. Il mentionnait également que le salaire annuel de l'assurée s'élevait à 66'067 fr. 95 dès le 1^{er} janvier 2014 et correspondait au revenu qu'elle réaliserait sans atteinte à la santé dans son activité. Le 11 juin 2014, l'assurée s'est rendue à un entretien avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, qui a établi un rapport initial dans lequel il a indiqué que l'intéressée avait un taux d'activité de 80% « avant atteinte ». Par communication du 2 septembre 2014, l'OAI a signifié à l'assurée qu'elle avait droit à des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une adaptation de la place de travail au niveau de la vision, une paire de lunettes avec des verres munis de filtres lui étant octroyée. Le 12 novembre 2014, l'assurée a répondu en ces termes aux questions qui lui ont été posées par l'OAI : « - Qu'elle (sic) est l'évolution de votre situation suite à l'apport de lunettes spécifiques pour le travail ? Migraines ophtalmiques la première semaine sans savoir si c'était lié ou pas car ayant déjà rencontré ses (sic) problèmes. Cela m'aide pour la luminosité. Les journées entières de travail demeurent pénibles. - Avez-vous repris votre activité au taux de 100% de votre taux contractuel de 80% ? Si non, pour qu'elle/s (sic) raison/s ? Suite à un récent rendez-vous chez le Dr X. _____, il a décidé de prolonger l'arrêt de travail. - Qu'elles (sic) sont les éventuelles prochaines démarches envisagées pour votre santé et votre situation professionnelle ? Tout cela m'inquiète car je me rends compte qu'il m'est difficile de travailler devant un écran d'ordinateur. De plus avec mes autres soucis de santé, j'avais opté et pris sur moi de travailler à 80%. J'ai assumé seule cette perte ! Maintenant je suis effectivement en incapacité à 40% mais qu'un 20% est

pris en compte... C'est pas facile et je ne sais pas combien de temps mon employeur va continuer à verser la totalité de mon salaire. Donc je ne vois pas tellement d'évolution et je demeure inquiète à ce sujet car travailler comme employée de commerce sans ordinateur... me semble peu réalisable. ». Dans un rapport du 27 novembre 2014, le Dr X. _____ a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées par l'OAI : « 1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ? Depuis février 2014, les choses sont restées stables. L'incapacité de travail est toujours estimée à 40 %. La fatigabilité sur le travail sur écran reste pareille. Elle est quelque peu atténuée grâce à l'octroie (sic) de lunette[s] spéciale[s] avec verre[s] coloré[s] qui lui ont été remise[s] en octobre 2014. Il n'y a pas eu de récurrence d'uvéite depuis le début de l'année 2014. 2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ? La capacité de travail dans l'activité habituelle est actuellement de 60 %. 3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? La capacité de travail dans une activité adaptée (exempte de travail sur écran) serait de 100 % au niveau ophtalmologique. 4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ? Voir mon précédent rapport de février 2014. 5. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ? 100% du 21.10.2012 au 22.10.2012 50 % du 23.10.2012 au 31.01.2013 40 % dès le 01.02.2013 jusqu'à ce jour. 6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ? Traitement immunomodulateur par injection d'Humira 2x/sem[aine]. Traitement topique par collyre anti-inflammatoire 1 g[ou]tte/jour dans les deux yeux. La compliance est très bonne. 7. Quel est le pronostic d'évolution ? En principe une stabilisation de la situation, bien que des récurrences d'uvéites lors de maladie de Bechterew ne soient pas exclues à l'avenir. ». L'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional (ci-après : SMR). Dans un avis du 15 décembre 2014, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale au sein de ce service, s'est déterminé ainsi : « Cette assurée suisse de 38 ans, célibataire sans enfant, a un CFC [certificat fédéral de capacité] d'employée de commerce et travaille depuis 2004 à 80% comme gestionnaire de dossiers à R. _____. Elle est en IT à des taux variables depuis le 16.04.2012 en raison d'uvéites chroniques. Elle dépose une demande AI le 11.02.2014 après avoir été annoncée en DP [détection précoce] par l'APG [assurance perte de gain]. Dans le dossier de cette assurance (19.02.2014), on apprend que l'assurée est suivie par la rhumatologue Dresse D. _____ pour une spondylarthrite ankylosante depuis février 2012. Depuis 2008, elle présente des uvéites bilatérales récidivantes avec photophobie, mais sans diminution de l'acuité visuelle. La rhumatologue (RM [rapport médical] 18.02.2014) mentionne l'introduction d'Humira, avec depuis lors stabilisation de l'état de santé, avec une IT de 20% (sur le taux contractuel de 80%). L'ophtalmologue Dr X. _____ (RM 19.02 et 02.12.2014) confirme les éléments ci-dessus. L'IT est justifiée par la photophobie, les douleurs oculaires et des céphalées après des heures à l'écran. Le MT [médecin traitant] Dr J. _____ (RM 03.03.2014) n'apporte pas d'autres éléments. L'atteinte à la santé durable est (sic) les limitations fonctionnelles qu'elle entraîne sont bien documentées, et on peut suivre les IT attestées par les spécialistes. LM [longue maladie] : 16.04.2012 LF [limitations fonctionnelles] : fatigabilité ; pas de longues heures à l'écran ; alternance des positions. CT [capacité de travail] comme employée de commerce (et dans toute activité) : 60% (sur un 100%) ». L'OAI a décidé de mettre en œuvre une enquête ménagère afin de confirmer le statut de l'assurée de 80% active et de 20% ménagère et déterminer les empêchements ménagers, laquelle s'est déroulée le 6 octobre 2015. Dans son rapport y relatif du même jour, l'enquêtrice a exposé que l'intéressée avait travaillé en qualité d'employée de commerce polyvalente auprès de L. _____ à [...] de mai 1994 à

janvier 2004 à un taux d'activité de 100%, précisant qu'en janvier 2004, elle « a[vait] stoppé son activité en raison du changement d'activité et pour diminuer son taux à 80% afin de la soulager par rapport à ses problèmes de santé ». Elle a indiqué que de février 2004 à ce jour, l'assurée avait travaillé en qualité de gestionnaire de dossiers auprès de R. _____ à un taux de 80%. Celle-ci lui avait également précisé que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% pour des raisons financières. L'enquêtrice a finalement proposé de retenir un statut de 100% active selon la motivation suivante : « Avant l'atteinte à la santé, l'intéressée travaillait à 80%. Cette dernière avait diminué son taux d'activité « de son propre chef » en 2004 (précédemment à 100%) déjà en raison des problèmes de santé qui devenaient trop importants (pour pouvoir se soulager et augmenter le temps de repos pour récupérer, afin de pouvoir continuer à travailler sans IT). Actuellement, l'assurée est payée à 60% par l'employeur parce qu'elle touche une rente de la caisse de retraite [...] pour une invalidité reconnue à 14% selon les précisions de cette dernière. L'intéressée est propriétaire de son appartement et vit seule. Sans atteinte à la santé, l'intéressée confirme qu'elle aurait besoin de travailler à 100% pour avoir une meilleure qualité de vie et subvenir totalement à ses propres besoins. ». L'enquêtrice a par ailleurs décrit les empêchements ménagers dus à l'invalidité et formulé ses conclusions comme suit : « ». Il ressort d'une fiche d'examen du droit à la rente interne à l'OAI, datée du 19 novembre 2015, que l'assurée, célibataire sans enfant, travaillait depuis 2004 à 80% sans difficulté financière et qu'il n'y avait aucune raison de retenir un statut de 100% active, de sorte qu'un statut de 80% active et de 20% ménagère lui a été reconnu. Selon un projet de décision du même jour, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser une rente d'invalidité, selon la motivation suivante : « Résultat de nos constatations : Vous avez déposé une demande de prestations AI le 11 février 2014. Selon nos informations, vous avez été en incapacité de travail dès le 16 avril 2012. C'est donc à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année. A partir du 23 octobre 2012, vous avez repris votre activité professionnelle à 50% (d'un 100%), puis à 60% dès le 1 er février 2013. Une augmentation de votre taux d'activité n'est pas envisageable. Au vu des renseignements en notre possession, nous avons retenu que, sans atteinte à la santé, vous exerceriez une activité lucrative à un taux de 80% et consacreriez le 20% restant à la tenue de votre ménage. Nous vous avons dès lors considérée comme une personne active à 80% et ménagère à 20%. Lors de l'enquête ménagère effectuée à votre domicile le 6 octobre 2015, les empêchements que vous rencontrez dans l'accomplissement de vos tâches ménagères ont été évalués à 9,9%. Votre salaire à 80%, en tant que collaboratrice à R. _____, se serait élevé à CHF 66'067.95 en 2014. A un taux de 60%, votre salaire s'élève à CHF 49'550.95. Comparaisons des revenus :

sans invalidité	CHF 66'067.95	avec invalidité	CHF 49'550.95
La perte de gain s'élève à CHF 16'517.00 = un degré d'invalidité de 25%			

L'invalidité globale (active et ménagère) se calcule comme suit :

Activité partielle	Part
Empêchement	Degré d'invalidité
Active 80%	25%
20%	Ménagère 20%
9,9%	2%
Degré d'invalidité	22%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée. ». Le 21 janvier 2016, l'assurée a formulé des objections au projet précité, demandant à ce que son invalidité soit évaluée selon la seule méthode de comparaison des revenus dès lors qu'elle contestait la position de l'OAI selon laquelle, en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative à un taux de 80% et consacrerait le 20% restant à la tenue de son ménage. Elle s'est référée à cet égard au rapport d'enquête du 15 octobre 2015 qui retenait un statut active à 100% ainsi qu'au formulaire complété le 27 février 2014 dans

lequel elle indiquait qu'en bonne santé, elle travaillerait à un taux de 100%. A l'appui de sa position, elle a en outre produit : - un témoignage écrit du 10 janvier 2016 d'un de ses amis depuis près de 15 ans, également voisin depuis 5 ans, confirmant qu'elle avait choisi en 2004 de travailler à 80% au lieu de 100% pour des problèmes de dos, afin de se ménager sur le plan de la santé ; - un certificat du 14 janvier 2016 du Dr J. _____, dans lequel il a confirmé avoir été son médecin traitant de mai 1997 à 2014, que pendant toutes ces années, l'intéressée avait présenté d'importants problèmes rhumatologiques nécessitant plusieurs traitements et parfois des arrêts de travail de courtes durées et qu'à partir de 2004, elle avait diminué son temps de travail à 80% afin d'améliorer ses symptômes qui l'empêchaient de vivre normalement. Par décision du 15 février 2016, l'OAI a refusé d'octroyer une rente en faveur de l'assurée, confirmant intégralement son projet du 19 novembre 2015. Dans la lettre d'accompagnement de cette décision, il a exposé qu'il n'y avait pas lieu de retenir un statut active à 100% car la prise d'un emploi à 80% depuis février 2004 n'était pas justifiée par l'état de santé dès lors que les diagnostics de spondylarthrite ankylosante et d'uvéites n'existaient que depuis 2008 et qu'il s'était écoulé dix ans entre la réduction du taux d'activité à 80% et la demande de prestations. C. Par acte du 1^{er} avril 2016, N. _____, représentée par Me Karim Hichri, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'un quart de rente lui soit octroyé dès le 1^{er} juillet 2014. Elle a exposé que son invalidité devait être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus dès lors que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100%. Elle a relevé que contrairement à ce qu'avait retenu l'intimé, son incapacité de travail n'avait débuté ni en 2008 ni en 2004, mais à une date antérieure, se référant notamment au certificat du 14 janvier 2016 du Dr J. _____ qui attestait un suivi depuis 1997 pour des problèmes rhumatologiques importants qui avaient nécessité plusieurs traitements et entraîné des arrêts de travail et confirmait qu'elle avait diminué son temps de travail de 100% à 80% en 2004 afin d'améliorer ses symptômes. Ainsi, la comparaison du revenu à plein temps qu'elle percevrait dans son activité avec celui qu'elle perçoit actuellement à 60%, avec un abattement de 10% en raison de ses limitations fonctionnelles, de ses années de service et de son taux d'occupation, révélerait un degré d'invalidité de 40% au moins lui ouvrant le droit à un quart de rente. A titre de mesures d'instruction, elle a requis d'être entendue ainsi que l'audition du Dr J. _____. Dans sa réponse du 18 mai 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 15 février 2016. Il a relevé que selon les éléments médicaux du dossier, la spondylarthrite ankylosante et les uvéites chroniques existant depuis 2008 n'ont influencé la capacité de travail que depuis avril 2012 seulement, de sorte que la baisse du taux d'activité à 80% en 2004 était par choix personnel. Dès lors que la recourante aurait exercé une activité lucrative à 80% en étant en bonne santé, sans devoir à côté se consacrer à ses travaux habituels, son degré d'invalidité était de 20% et non 22% comme fixé dans la décision entreprise, ce qui n'ouvrirait pas non le plus le droit à une rente. Par réplique du 6 juin 2016, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a rappelé avoir diminué son taux d'activité pour raisons médicales et non par choix personnel. Dans sa duplique du 27 juin 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions. **E n d r o i t : 1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, 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]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI

cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 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) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Dans le canton de Vaud, 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA ; 96 al. 1 let. a LPA-VD), auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

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 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité.

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 (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 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 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). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 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 : la méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334 ; ATF 130 V 393 ; ATF 125 V 146).

Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité

des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet. Cette dernière disposition énonce que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (TFA I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) – pratique dont le Tribunal fédéral a admis la conformité (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 128 V 93 ; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité (art. 28a al. 3 LAI). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; ATF 125 V 146). Le Tribunal fédéral avait précédemment jugé que le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels n'avait aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité. Ainsi lorsqu'il s'agissait d'évaluer l'invalidité d'un travailleur à temps partiel qui n'était par ailleurs pas occupé par des travaux habituels, il convenait d'utiliser la méthode ordinaire de comparaison des revenus, le revenu de valide correspondant à celui que l'assuré réalisait effectivement (à temps partiel), le revenu d'invalide étant déterminé en fonction de l'occupation raisonnablement exigible d'un point de vue médico-théorique, cas échéant après mise en œuvre des mesures de réadaptation nécessaires (ATF 131 V 51 consid. 5). Dans un arrêt du 4 mai 2016 (ATF 142 V 290), la Haute cour a précisé cette précédente jurisprudence en ce sens que lorsqu'un assuré travaille volontairement à temps partiel, sans devoir à côté se consacrer à des travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI, il convient d'évaluer son invalidité en application de la méthode ordinaire, soit en comparant ses revenus avant et après l'atteinte à la santé, puis de réduire le taux d'invalidité ainsi déterminé en fonction du taux d'activité exercé avant l'atteinte à la santé, de manière à ce que le taux d'invalidité ne puisse être supérieur au taux d'activité. Ainsi, un assuré qui, avant l'atteinte à la santé, travaillait volontairement à 60%, sans avoir à côté de charge de famille ou d'occupation particulière, et qui ne peut plus travailler du tout, est invalide à 60%, et non à 100% (consid. 7 ; cf. également Anne-Sylvie Dupont, Analyse de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_178/2015, Newsletter rcassurances.ch juin 2016). Une nouvelle jurisprudence étant en règle générale applicable pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (ATF 132 II 159 consid. 5.1 ; ATF 122 V 182 consid. 3b ; ATF 119 V 412 consid. 3 ; TFA I 411/06 du 4 décembre 2006 consid. 4.1.1), cette précision s'applique au

cas d'espèce. c) 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 et les références citées ; TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.2). 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 (TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde 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 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 médicales soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1).

c) Selon l'art. 43 al. 1 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. 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 (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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. 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 (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). 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). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). 5. En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante ne présentait qu'un statut active de 80%, ayant selon lui baissé son taux d'activité de 100% à 80% en février 2004 pour des raisons personnelles et non médicales. Après avoir considéré dans la décision entreprise qu'elle accomplissait des travaux habituels à hauteur de 20% à côté de son statut active à 80%, appliquant dès lors la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, il a considéré dans sa réponse du 18 mai 2016 qu'elle ne se consacrait pas en sus à des travaux habituels, de sorte que la méthode de comparaison des revenus devait s'appliquer au regard d'un taux d'activité de 80%. L'intéressée soutient quant à elle que la baisse de son taux d'activité était due à ses problèmes de santé et que s'ils n'avaient pas été présents, elle aurait continué à travailler à plein temps. Les parties divergeant sur ce point, il convient de déterminer le statut de la recourante. Il est en l'occurrence constant que l'intéressée a débuté son activité auprès de R._____ le 1^{er} février 2004 à un taux de 80%, alors qu'elle avait précédemment travaillé pour le compte de L._____ à un taux de 100% jusqu'en janvier 2004. A cet égard, la recourante a toujours déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps et qu'elle avait baissé son taux d'activité en février 2004 en raison de ses problèmes de santé (cf. formulaire complété le 27 février 2014, courrier réponse du 12 novembre 2014, rapport d'enquête ménagère du 6 octobre 2015). L'enquêtrice ménagère a d'ailleurs proposé un statut de 100% active. De son côté, l'intimé prétend que la baisse du taux d'activité en 2004 ne pouvait pas être liée aux problèmes de santé de l'intéressée dès lors que les diagnostics de spondylarthrite

ankylosante et d'uvéites chroniques ne remontaient qu'à 2008, que l'incapacité de travail était survenue en 2012 et que la demande de prestations a été déposée dix ans après cette diminution. Les médecins interpellés dans le cadre de l'instruction ont en effet situé l'existence de ces diagnostics en 2008. Le Dr X. _____, qui suit la recourante depuis 2003, a cependant nuancé sa position en indiquant dans son rapport du 19 février 2012 que les affections oculaires existaient « au moins » depuis 2008, ce qui sous-entend qu'elles ont pu être présentes auparavant, relevant par ailleurs que le marqueur HLA B27 était présent depuis la naissance. En outre, le Dr J. _____, qui la suit depuis 1997, a exposé dans son certificat du 14 janvier 2016 que pendant toutes ces années, sa patiente a présenté des problèmes rhumatologiques nécessitant plusieurs traitements et parfois des arrêts de travail de courtes durées, confirmant que la diminution du taux de travail en 2004 était intervenue « afin d'améliorer ses symptômes qui l'empêchaient de vivre normalement ». Il ressort également du rapport initial du 18 octobre 2012 que l'intéressée avait déjà eu quelques petites incapacités de travail pour des problèmes oculaires avant 2008 et qu'il était question d'une atteinte de fibromyalgie avant que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante ne soit posé en 2008. De plus, les conclusions de l'enquête ménagère relèvent qu'elle datait le début de son atteinte à plus de vingt ans. On constate ainsi que la recourante paraît avoir présenté avant 2008 déjà des problèmes de santé ayant motivé des incapacités de travail, ce qui permet de mettre sérieusement en doute le raisonnement de l'intimé pour exclure une raison médicale comme motif de la baisse du taux d'activité. Par ailleurs, on ne voit pas en quoi le dépôt d'une demande de prestations dix ans après la baisse du taux d'activité exclurait de la mettre en lien avec l'état de santé. Ces éléments révèlent une carence dans l'instruction menée par l'intimé, qui n'a pas investigué spécifiquement la question du motif de la diminution du taux d'activité de l'intéressée en 2004, les rapports initiaux des 18 octobre 2012 et 11 juin 2014 étant d'ailleurs lacunaires à cet égard. Dans ces conditions, il n'est pas possible de statuer en l'état du dossier sur la problématique de son statut. Dès lors que ce point n'a jamais fait l'objet d'un éclaircissement, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPG –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce cadre, il lui incombera en particulier d'interpeller, d'une part, les deux derniers employeurs de la recourante afin de déterminer notamment si elle a quitté L. _____ pour diminuer son taux d'activité, les circonstances de son engagement à 80% au sein de R. _____ et si elle avait présenté des incapacités de travail lorsqu'elle œuvrait pour ces employeurs et, d'autre part, les médecins traitants sur la question d'éventuelles atteintes présentes antérieurement à 2008, celle de savoir si l'intéressée présentait déjà une certaine symptomatologie avant que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante ne soit posé et depuis quand ces éventuelles atteintes étaient invalidantes. Il appartiendra également à l'intimé de déterminer cas échéant si la recourante se consacre à des travaux habituels en parallèle d'une activité lucrative à temps partiel, la décision entreprise retenant que tel était le cas alors que dans sa réponse du 18 mai 2016, il a considéré qu'elle n'exerçait aucune autre activité, sans expliciter sa position. Ces questions résolues, l'intimé rendra une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante. 6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPG, 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 ; 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 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). 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. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être arrêté à 1'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 15 février 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Karim Hichri (pour N._____) ■ 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 :

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