

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 352 vom 4. Juni 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-06-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__352

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 352 du 4 juin 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 352 del 4 giugno 2020

Regeste

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, FORCE PROBANTE, RENVERSEMENT DU FARDEAU DE LA PREUVE, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION | 28 LAI, 28a LAI, 4 LAI

Erwägungen

E. 4

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). c) 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 mais que parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Il n'existe par ailleurs pas, en droit des assurances sociales, un principe selon

lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a ; TF 9C_694/2014 du 1^{er} avril 2015 consid. 3.2 et les références citées). La procédure de recours est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal. Ce principe n'est toutefois pas absolu. Il est limité par le devoir des parties de collaborer à l'instruction. Dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les parties doivent en particulier apporter les preuves commandées par la nature du litige et les faits invoqués, avec pour corollaire le risque de supporter les conséquences de l'absence de preuve. La violation de l'obligation de collaborer peut avoir pour conséquence un renversement du fardeau de la preuve ou, dans d'autres cas, entraîner des frais à la charge de la partie concernée, par exemple si le juge a dû procéder à d'autres mesures d'instruction pour y remédier. Le juge avertira alors préalablement la partie concernée du risque qu'elle encourt (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 54 ad art. 61 LPGA). En droit cantonal, l'art. 30 LPA-VD dispose que les parties sont tenues de collaborer à la constatation des faits dont elles entendent déduire des droits (al. 1). Lorsque les parties refusent de prêter le concours qu'on peut attendre d'elles à l'établissement des faits, l'autorité peut statuer en l'état du dossier (art. 30 al. 2 LPA-VD).

E. 5

a) Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et

E. 7

a) Sur le plan somatique, il est établi que la recourante souffre d'une sténose mitrale post-rhumatismale qui a nécessité plusieurs actes chirurgicaux depuis 1994. Mentionnant l'expertise de la Clinique D. _____ du 18 décembre 2015 dans la décision entreprise, l'intimé a retenu que la recourante présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de coiffeuse, mais que l'exercice d'une activité adaptée, soit sans travaux lourds ou activités physiques intenses et avec une alternance des positions assises et debout, était en revanche exigible à un taux de 70 % jusqu'au 20 novembre 2011 et à 50 % dès le 21 novembre 2011. Aux termes de l'expertise précitée, il a en effet été constaté que l'examen clinique n'avait pas objectivé de signe de décompensation cardiaque et que l'électromyogramme restait dans les limites de la norme mis à part une dilatation auriculaire gauche. L'échocardiographie avait montré une sténose mitrale jugée modérée, sans hypertension pulmonaire au repos. Le test d'effort avait néanmoins dû être interrompu en raison d'une dyspnée. Les expertes ont ainsi noté que la recourante était fortement diminuée dans sa capacité fonctionnelle. Sur le plan physique, la dyspnée d'effort ne lui permettait pas de faire des marches prolongées ni de monter et descendre les escaliers de manière répétitive ni encore de porter des charges au-delà de 5 kg ou de rester en station debout prolongée. A l'instar du cardiologue traitant, les expertes ont estimé que la seule solution consistait en un remplacement valvulaire mitral. Sans cette intervention, il paraissait peu probable que la situation ne s'améliore. Au final, sans décrire l'évolution dans le temps de la capacité de travail sur le seul plan cardiologique, il a été retenu que l'activité de coiffeuse n'était plus exigible, mais qu'une activité sédentaire pouvait être exercée à un taux de 50 %. Ces constatations et conclusions rejoignent en substance l'appréciation du Dr N. _____. En effet selon ce dernier, l'atteinte cardiaque de la recourante était à l'origine de limitations

fonctionnelles identiques à celles retenues par les expertes de la Clinique D._____. Elle justifiait par ailleurs une incapacité de travail dans l'activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée, à tout le moins partiellement. Au gré des rapports établis par le Dr N._____, on parvient toutefois à fixer de manière plus détaillée l'évolution dans le temps de la capacité résiduelle de travail de la recourante. Ainsi, on constate que jusqu'au mois de novembre 2011, l'intéressée était toujours en mesure d'exercer son activité de coiffeuse à un taux de 50 %, ce que les expertes ont également retenu aux termes de leur expertise (cf. p. 16). Dans une activité moins contraignante physiquement, la capacité de travail était de l'ordre de 70 % (cf. rapports du Dr N._____ des 19 avril 2010, 22 novembre 2010 et 18 avril 2011). Dès le mois de novembre 2011, l'état de santé de la recourante s'est en revanche péjoré, tel que cela a été objectivé par une échocardiographie réalisée le 24 novembre 2011. Cette aggravation a conduit le Dr N._____ à retenir une capacité de travail nulle dans l'activité de coiffeuse et de 50 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 12 décembre 2011). Il s'ensuit que l'intimé était fondé à retenir que l'exercice d'une activité adaptée était exigible à un taux de 70 % jusqu'au 20 novembre 2011 et à 50 % dès le 21 novembre 2011. A ce stade, se pose la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est encore détérioré au mois de septembre 2014, de manière à réduire en-deçà de 50 % sa capacité résiduelle dans une activité adaptée. Dans leur rapport du 18 décembre 2015, les expertes de la Clinique D._____ ont fait mention d'une péjoration des gradients transmitraux et de la pression pulmonaire systolique à l'effort, laquelle avait été objectivée par une échocardiographie d'effort réalisée par le Dr N._____ une année auparavant, soit en 2014. On ignore pour autant si, de l'avis des expertes, cette aggravation est à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. En effet, lorsque les expertes évoquent une capacité de travail nulle dans toute activité dès 2014 en page 16 de leur rapport, elles intègrent une atteinte psychique, sans distinguer l'influence de l'atteinte somatique et de son éventuelle péjoration. De son côté, le Dr N._____ a indiqué que l'évolution défavorable de l'état de santé de la recourante avait nécessité une nouvelle intervention le 10 septembre 2014, laquelle n'avait toutefois pas amélioré de manière notable la symptomatologie de l'intéressée. Cela étant, il a continué à estimer que la capacité de travail s'élevait à environ 50 % (cf. rapport du 10 novembre 2014). Par la suite, le Dr N._____ a derechef fait état d'une aggravation progressive, d'origine multifactorielle, sur le plan cardiologique, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail, se bornant à indiquer que la recourante n'était pas « limitée de manière invalidante » (cf. rapports des 15 juin 2017 et 12 octobre 2017). Quant au Dr R._____, il a également continué à attester d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dans son rapport du 19 novembre 2014, soit postérieurement à l'intervention du mois de septembre 2014. Ce n'est que dans son rapport du 19 septembre 2017, que le médecin généraliste traitant a fait état d'une capacité nulle dans toute activité professionnelle. Son appréciation repose toutefois sur la prise en considération de l'atteinte somatique et d'une atteinte psychique. Une expertise cardiologique, telle que requise par la juge instructrice, aurait ainsi permis d'établir de manière plus précise l'évolution de l'état de santé somatique de la recourante postérieurement à la valvuloplastie du mois de septembre 2014. Cette mesure d'instruction n'a cependant pas pu être réalisée du fait de l'assurée, qui devra supporter l'absence de cette preuve tel que développé supra (cf. consid. 6b). Au regard des pièces médicales au dossier, en particulier des appréciations du Dr N._____ et du renversement du fardeau de la preuve consécutif à la violation de l'obligation de collaborer de la recourante, il sera retenu que sa capacité de travail n'a pas été influencée par l'aggravation

objectivée en 2014 sur le plan somatique. L'exercice d'une activité adaptée à 50 % était de ce fait toujours exigible au-delà du mois septembre 2014 jusqu'au moment où l'intimé a rendu sa décision entreprise. b) Dans le cadre de la procédure judiciaire, la recourante a produit des rapports médicaux faisant état d'une nouvelle péjoration de son état de santé physique, en particulier un rapport établi le 15 mars 2018 par le Dr B. _____, ainsi qu'un rapport du 16 mai 2019 du Prof. Z. _____, soit postérieurement à la décision litigieuse. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1 er mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En l'occurrence, les rapports médicaux des Dr B. _____ et Prof Z. _____ se rapportent à des faits qui sont survenus postérieurement à la décision litigieuse. En effet, le Dr B. _____ a fait état d'une échocardiographie par voie transœsophagienne objectivant une récurrence de sténose mitrale. Or cet examen a été réalisé le 14 mars 2018. Quant au Prof. Z. _____, il a récapitulé des interventions pratiquées au mois d'avril 2019. Par conséquent, ces rapports échappent au pouvoir d'appréciation de la Cour de céans. Il appartiendra à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations en se prévalant, cas échéant, de ces rapports et de leur contenu.

E. 8

a) Sur le plan psychique, l'intimé s'est écarté de l'appréciation des expertes de la Clinique D. _____, en se fondant notamment sur l'avis établi le 1 er février 2016 par le Dr P. _____ pour conclure à l'absence d'atteinte incapacitante. La recourante soutient quant à elle que rien au dossier ne permettait de s'écarter des conclusions de l'expertise de la Clinique D. _____ à teneur desquelles elle était désormais totalement incapable d'exercer une activité professionnelle. D'emblée, il est relevé que ce rapport d'expertise du 18 décembre 2015 n'a pas été établi selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281. C'est notamment pour cette raison, que la juge instructrice avait requis la mise en œuvre de l'expertise judiciaire à laquelle la recourante a, sans motif valable, refusé de participer. Cela étant, sa capacité de travail sur le plan psychique sera appréciée à la lumière des éléments médicaux au dossier, l'intéressée devant, le cas échéant, supporter l'absence de preuve (consid. 4c supra). Il convient ainsi d'examiner si le rapport d'expertise de la Clinique D. _____ – le cas échéant en le mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permet d'apprécier les ressources mobilisables de la recourante, ainsi que sa capacité de travail. b) En l'occurrence, les expertes de la Clinique D. _____ ont retenu un diagnostic d'épisode dépressif moyen à léger (F 32.1 – F 32.0). Cela étant, elles ont estimé que ce trouble ne constituait pas une pathologie psychiatrique pouvant à elle seule justifier une incapacité de travail, mais que combinée à la problématique cardiaque, elle contribuait à augmenter les difficultés d'insertion professionnelle. Elles ont ainsi conclu à une capacité de travail nulle dans une activité professionnelle. On relève tout d'abord que le diagnostic est posé sur la base de la CIM-10, donc sur un système de classification médicale

reconnu. Ce diagnostic n'est cependant guère étayé et l'on ignore à quel moment la dysthymie retenue par le Dr J. _____ dans son rapport du 7 juillet 2010 a évolué vers un état dépressif à la limite entre léger et modéré. Ensuite, le degré de gravité fonctionnel n'est pas discuté, si ce n'est pour dire que le diagnostic n'était pas, à lui seul, incapacitant. L'expertise ne comporte de surcroît aucune analyse consacrée spécifiquement au développement et à la structure de la personnalité de la recourante. On constate à cet égard que les expertes évoquent à plusieurs reprises la dépendance de l'intéressée vis-à-vis de ses proches, sans jamais retenir – ni même discuter – un éventuel trouble de la personnalité dépendante. Il manque également l'évaluation objective des ressources personnelles au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). Les expertes semblent à cet égard s'être limitées à reprendre les plaintes alléguées par la recourante et son mari dans son fonctionnement quotidien, sans aucun recul critique. On peine par ailleurs à comprendre en quoi « des difficultés de motivation et d'intérêt, des pensées négatives installées, la crainte du futur, le besoin d'être rassurée et sécurisée par des personnes proches, ainsi que l'absence complète d'insertion dans le monde professionnel » (cf. p. 13 de l'expertise), constituent des limitations fonctionnelles qui feraient obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée. Tout au plus, ces éléments relèvent de la situation socio-professionnelle de la recourante qui n'a jamais travaillé en Suisse. Or il faut relever que cette absence d'activité professionnelle relève avant tout d'un choix personnel, étant rappelé que l'intéressée a conservé une capacité de travail partielle dans son activité habituelle de coiffeuse jusqu'en novembre 2011 (cf. rapport du Dr N. _____ du 12 décembre 2011). L'absence de ressources selon les expertes semble ainsi résulter principalement de l'absence d'intégration dans le monde du travail et de la dépendance de la recourante vis-à-vis de son entourage, en particulier de sa mère et de son époux. Or ces éléments psycho-sociaux ne sont pas pertinents au regard de la jurisprudence qui prévaut en matière de troubles psychiques. Il sied en effet de rappeler que les contraintes sociales ayant directement des conséquences fonctionnelles négatives (par exemple : perte d'emploi, conflit au travail, divorce, conflit familial, perte d'un proche, isolement, droit de séjour) ne sont pas prises en compte pour évaluer les ressources à disposition d'un assuré pour surmonter l'atteinte ou ses effets (cf. Susana Mestre Carvalho, Exigibilité – La question des ressources mobilisables, in RSAS 2019 p. 59 – 68 et les références citées). On relèvera encore qu'au moment de l'établissement de l'expertise, aucun suivi auprès d'un spécialiste en psychiatrie n'était mis en place ni aucune médication prescrite, ce qui permet de douter un peu plus encore de la consistance de l'atteinte dont se prévaut la recourante, et par conséquent, de son caractère incapacitant. Enfin, tel que relevé par le Dr P. _____ dans son avis du 1^{er} février 2016, l'absence de trouble cognitif et de ralentissement psychomoteur, de même que la capacité de participer à des activités plaisantes et d'y éprouver un certain degré de satisfaction plaident en faveur d'une capacité de poursuivre une activité. L'expertise de la Clinique D. _____ ne permet ainsi pas de disposer d'une image cohérente et convaincante de la situation de la recourante sur le plan psychique. Il n'est, en particulier, pas possible de comprendre tant le cheminement, que les éléments médicaux qui ont permis aux expertes de retenir une capacité de travail nulle compte tenu du peu de ressources disponibles. Le rapport d'expertise ne décrit en effet pas à satisfaction de droit les indicateurs déterminants. Dans cette mesure, l'expertise de la Clinique D. _____ n'apparaît pas suffisamment motivée, si bien qu'elle ne saurait revêtir une valeur probante suffisante eu égard aux exigences posées par la jurisprudence. L'existence d'une nouvelle atteinte psychique

incapacitante ou une aggravation d'une atteinte préexistante ne peut, par voie de conséquence, pas être établie sur cette base. Ici encore, la réalisation d'une expertise judiciaire aurait pu permettre de clarifier la situation de la recourante sur le plan psychique. Cependant, il incombe à l'intéressée de supporter l'absence de cette preuve comme expliqué ci-dessus (cf. consid. 6b). c) Le rapport du Dr G. _____, établi postérieurement à la décision entreprise, ne permet pas davantage de déterminer les ressources mobilisables de la recourante en vue de surmonter les effets de son atteinte à la santé. Au-delà même de la relation thérapeutique et du rapport de confiance qui place ce médecin dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique, il faut constater que le Dr G. _____ ne justifie pas médicalement le diagnostic de dépression sévère qu'il pose. Son rapport ne permet pas non plus de déterminer depuis quand la recourante en souffrirait, étant rappelé que le suivi a débuté au mois d'août 2017. A cet égard, on relève encore que l'on ignore le rythme auquel se poursuit ce suivi. Le Dr G. _____ n'explique par ailleurs pas pourquoi selon lui la recourante n'est pas en mesure d'assumer une activité professionnelle au-delà d'un taux de 10 à 15 %, y compris dans une profession adaptée. Ce rapport ne saurait dès lors revêtir de valeur probante. d) Il s'ensuit que le dossier ne contient pas d'éléments médicaux susceptibles de démontrer le caractère invalidant de l'atteinte psychique dont se prévaut la recourante. Cette dernière en supporte les conséquences cf. consid. 6 supra) et il faut conclure qu'elle présente une pleine capacité de travail sur le plan psychique.

E. 9

Reste à examiner son degré d'invalidité. a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. b) 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 TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35). c) 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 (art. 27 RAI). d) Chez les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon

la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA). 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. 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). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 ; également ATF 137 V 334 et 131 V 51 consid. 5.1.2). Au vu de la date de la décision litigieuse, soit le 10 octobre 2017, les modifications du RAI relatives à la méthode mixte entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2018 ne sont pas pertinentes en l'espèce.

E. 10

a) En l'espèce, il n'est pas contesté que, sans atteinte à la santé, la recourante exercerait une activité lucrative à un taux de 60 % et assumerait des travaux ménagers pour les 40 % restants. La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est ainsi applicable à son cas. A cet égard, on précisera que la recourante n'a pas d'enfants, si bien que sa volonté de travailler à temps partiel ne repose pas sur un motif d'ordre familial. L'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne viole ainsi pas son droit au respect à la vie familiale (cf. ATF 143 I 50 consid. 4.4 ; TF 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4).

E. 11

a) S'agissant de la part active, l'invalidité doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité) (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques – soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne pouvait pas être déterminé avec suffisamment de précision –, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 ; TF 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.2, 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5 ; TFA I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3). b) En l'occurrence, force est de constater que la recourante n'a jamais exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en Suisse en 1998. Dans de telles circonstances, on peut certes déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques telles que résultant de l'ESS, ainsi que l'a fait l'intimé dans la décision attaquée. Il reste toutefois que lorsque, comme en l'espèce, les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant alors avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité. Avec un statut de 60 % active, une incapacité de travail initialement fixée à 30 % (jusqu'au 20 novembre 2011) et un abattement de 10 % – incontesté et qui n'apparaît du reste pas critiquable – sur le revenu

d'invalidité, le taux d'invalidité se calcule en appliquant l'abattement de 10 % à la part du salaire statistique toujours réalisable (10 % de 60 %, soit 6 %), puis en déduisant le résultat obtenu de ladite part salariale (60 % - 6 % = 54 %). La différence correspond à la perte de gain effective pour une part active à 60 %, soit 6 % (60 % - 54 %). A compter du 21 novembre 2011, l'incapacité de travail a été fixée à 50 %. En appliquant l'abattement de 10 % à la part du salaire statistique toujours réalisable (10 % de 50 %, soit 5 %), puis en déduisant le résultat obtenu de ladite part salariale (50 % - 5 % = 45 %), on parvient à une perte de gain effective de 15 % (60 % - 45 %) pour une part active à 60 %. Ces taux correspondent, du reste, à ceux retenus par l'intimé sur la base des calculs – au demeurant corrects – effectués au moyen des données salariales découlant de l'ESS.

E. 12

a) S'agissant de la part consacrée aux activités ménagères, selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (art. 69 al. 2 RAI) 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 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4. 2 et les références citées ; TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3 et les références citées). b) En l'occurrence, l'intimé a retenu que la recourante présentait un empêchement de 32,7 % en se fondant sur le rapport d'enquête ménagère réalisée le 6 décembre 2016. Or ce rapport a été élaboré par une personne qui a eu connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps de la recourante résultant de ses diagnostics médicaux. L'enquêtrice a en outre tenu compte des indications de l'intéressée. Le contenu du rapport est plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations. Chacun des postes de travaux ménagers a été analysé et commenté. A juste titre, l'enquêtrice a pris en considération l'aide dont bénéficiait la recourante, en particulier de son époux, s'agissant de l'alimentation, de l'entretien du logement, du jardinage et des travaux nécessitant plus de force physique (porter le linge). Ce soutien n'avait pas été pleinement considéré dans le

cadre de la première enquête ménagère réalisée le 1^{er} février 2011, raison pour laquelle le taux diffère sensiblement. En dehors de cet élément, on constate que les empêchements décrits dans ces deux rapports sont globalement superposables. Pour le surplus, il ne se trouve au dossier aucun document qui serait de nature à remettre en question les conclusions de l'enquête ménagère du 6 décembre 2016. En particulier, le rapport d'expertise de la Clinique D. _____ – qui retient une capacité de 30 % dans la tenue du ménage – n'objective pas en quoi la recourante ne serait pas en mesure d'effectuer ses travaux habituels avec le soutien de son époux dans une mesure qui dépasse l'empêchement retenu. Quant au Dr N. _____, celui-ci se limite à retranscrire l'appréciation de la recourante et de son époux tel que cela ressort des termes utilisés dans son rapport du 10 novembre 2014. Sur le vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une invalidité de 13 % pour la part ménagère de 40 % (32,7 % de 40 % = 13,08 %).

E. 13

Dans le cadre de la procédure, la recourante – ainsi que le Dr N. _____ (cf. rapport du 24 août 2012) – ont soutenu qu'il ne pouvait être exigé de l'intéressée qu'elle exerce à la fois une activité adaptée et une activité ménagère. Cette question conduit à examiner si les efforts consentis dans l'activité professionnelle influence la capacité de la recourante à effectuer ses travaux habituels. a) A certaines conditions particulières, il est possible de prendre en considération l'incapacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité. La mesure de ce qu'il y a lieu de considérer comme des effets dommageables doit toujours être examinée à la lumière des circonstances concrètes du cas particulier, mais ne saurait dépasser, en tout état de cause, 15 % (ATF 137 V 334 consid. 4.3, ATF 134 V 9 ; TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4). Selon le Tribunal fédéral, la prise en considération d'effets réciproques dommageables ne peut avoir lieu que s'il ressort du dossier que la documentation pertinente (rapports médicaux et enquêtes ménagères) a été établie en méconnaissance de la situation prévalant dans l'un et l'autre champ d'activité et uniquement s'il existe des indices concrets plaidant en faveur d'une diminution de la capacité d'exercer une activité en raison des efforts consentis dans l'autre activité (TF 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.1). En outre, la diminution de l'aptitude à exercer une activité lucrative ou à accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité doit être manifeste et dépasser la mesure normale (TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4.2.2). b) En l'espèce, tant les rapports médicaux que les enquêtes ménagères ont été établis en parfaite connaissance de la situation de la recourante. Par ailleurs, rien ne permet de penser sur le plan médical que l'exercice d'une activité lucrative adaptée à temps partiel, conduirait à une diminution plus importante de la capacité de la recourante à accomplir ses travaux habituels qui justifierait de procéder à un abattement supplémentaire. Il apparaît au contraire que l'exercice d'une telle activité - essentiellement intellectuelle - d'employée de bureau ou de secrétaire est particulièrement complémentaire avec l'accomplissement des tâches - plutôt physiques - liées à la conduite d'un ménage (cf. TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4.3).

E. 14

Reste à déterminer le taux d'invalidité global de la recourante. Il apparaît à cet égard que jusqu'au 20 novembre 2011, l'intéressée présentait un taux d'invalidité de 19 % (6 % [part active] + 13 % [part ménagère]). Au-delà de cette date, ce taux s'est élevé à 28 % (15 % [part active] + 13 % [part ménagère]). Par conséquent, ces taux étaient insuffisants pour

ouvrir le droit à une rente, ainsi que l'a retenu à juste titre l'intimé.

E. 15

a) En définitive, le recours, mal fondé doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). c) La recourante qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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