

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 novembre 2015

Composition : M. MERZ, président
M. Neu, juge, et Mme Silva, assesseur
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

N._____, à Prilly, recourante,

et

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

Art. 6, 8 al. 1 et 7 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, originaire de l'Equateur, sans formation, arrivée en Suisse en 2000, au bénéfice d'un permis de séjour B, mère de deux enfants majeurs de nationalité suisse, a déposé en mars 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a indiqué être en incapacité de travail complète depuis le 25 mai 2013 et souffrir d'un asthme bronchique chronique depuis l'enfance, ainsi que d'une dépression depuis le 25 octobre 2013. Elle travaillait en Suisse depuis son arrivée, en dernier lieu comme serveuse, à 100 %. Elle a été mise au bénéfice d'indemnités journalières dès le 25 octobre 2013 par X. _____ Assurance, assurance d'indemnités journalières en cas de maladie pour entreprise de son employeur.

Dans un rapport du 20 décembre 2013 à l'intention de X. _____ Assurance, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de la recourante depuis le 25 octobre 2013, retenait le diagnostic de « trouble dépression », cause de l'incapacité entière de travail et dont les symptômes se manifestaient depuis début octobre 2013.

X. _____ Assurance a eu, le 10 février 2014, un entretien avec l'assurée à son domicile. Il ressort du rapport qui en découle, du 17 février 2014, ce qui suit :

« [...] 2.5 Plaintes, troubles

Différentes problématiques :

- a) L'assurée parle de dépression et de troubles anxieux en lien avec des événements dans sa vie privée. Il y a un an et demi, l'assurée s'est séparée de son mari, et a demandé le divorce. Elle mentionne des problèmes d'alcoolisme, de violence, de méchanceté. Un soir de mai 2013, alors qu'elle rentrait du travail à 1.30h le matin, que ses enfants étaient absents, son mari l'a agressée avec un couteau. La police a dû intervenir. L'assurée a été blessée et conduite à l'hôpital. Elle parle de cet événement et de la peur de mourir qui a été la sienne avec beaucoup d'émotions et de larmes. Plus ou moins à la même époque, l'assurée a appris que son mari a eu un enfant, hors mariage, âgé de 14 ans aujourd'hui et qui vit en Equateur.
- b) L'assurée a été opérée le 27.01.2014 d'un polype utérin [...]

Au nombre de ses troubles, l'assurée mentionne des difficultés de sommeil, des ruminations incessantes (elle n'arrive pas à accepter ce qui lui arrive, ce que son mari lui a fait). Une absence d'envies si ce n'est celle de rester cloîtrée chez elle. Elle me dit que ce sont ses enfants qui lui donnent la force nécessaire pour ne pas sombrer.

2.6 Antécédents

L'assurée souffre d'asthme, de problème de thyroïde et d'allergies, troubles pour lesquels elle suit un traitement médicamenteux.

[...]

3. Implications des restrictions sur les activités

3.1 Restrictions dans l'activité actuelle

L'assurée me dit avoir peur, être paniquée à l'idée d'avoir à côtoyer des personnes étant sous l'influence de l'alcool, qui parlent fort, voire sont agressives. C'est dans ce sens, je suppose, que son employeur dit que "le travail est trop lourd pour elle".

3.2 Restrictions au quotidien

L'assurée s'isole de plus en plus, comme pour se protéger. Elle me dit qu'elle ne sort plus, qu'elle reste seule à la maison. Alors qu'elle aimait aller danser, elle refuse les propositions de ses ami(e)s. Elle ne regarde même plus la TV.

3.3 Pas de restrictions au niveau locomoteur.

[...] »

Dans un questionnaire de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 30 avril 2014, l'assurée a indiqué que sans atteinte à sa santé, elle travaillerait à 50 %, dans le domaine des soins infirmiers.

Le Dr F. _____ a rendu un rapport médical le 10 juin 2014 sur demande de l'OAI. Il retenait le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de « trouble dépression chronique », ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'enthésopathie calcanéenne, de syndrome asthme/rhinoconjonctivite, d'hypothyroïdie sur thyroïdite de Hashimoto, de céphalées chroniques, de cholécystectomie, d'obésité, de stéatose hépatique et de gastrite à H. pylori traitée. Il a précisé notamment que sa patiente souffrait de dépression chronique depuis 2010 au moins avec des rémissions et récurrences dont la dernière avait été de plus longue durée. La médication était la suivante : « Xefo 8mg 1-2 x j, Paracetamol 1g 1-3 x j, cetallerg 1 x j, montelukast 10mg 1x j, symbicort 44 2 x j, allergodril 3 x j, Nasofan 2 x j, Fluoxetine 20 mg 1 x j, Euthyrox 1 x j ». Le Dr F. _____ avait conseillé à l'assurée de contacter un psychiatre pour une prise en charge spécialisée. Elle présentait une incapacité pour la marche et des

troubles relationnels. Ses difficultés étaient incompatibles avec le métier de serveuse, qui n'était plus exigible. L'exercice d'une activité adaptée n'était pas possible pour l'instant.

La Dresse R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que Mme C._____, psychologue-psychothérapeute FSP, du Centre K._____, ont rendu un rapport médical sur demande de l'OAI, daté du 5 mai 2014, indexé par l'OAI le 2 juillet 2014. Elles ont mentionné le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotique (F32.2) existant depuis 2011. Elles traitaient la patiente depuis le 18 février 2014 et l'avaient vu pour la dernière fois le 25 juin 2014. L'incapacité de travail était totale depuis le 25 octobre 2013 et toujours en cours. On extrait du rapport ce qui suit :

« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

Elle [l'assurée] vient en consultation par conseil de son médecin généraliste le Dr F._____. Elle dit que son médecin l'avait envoyée depuis longtemps mais elle ne se décidait pas à consulter.

Elle est née en Equateur, est la deuxième de neuf enfants (sept filles et deux garçons) dont cinq de ses sœurs et les deux garçons sont en Suisse aussi. Sa mère habite toujours en Equateur et a 64 ans actuellement, son père (qui avait 16 ans de plus que sa femme) est décédé en 2001. Mme N._____ avait une bonne relation avec tous les membres de sa famille et actuellement elle garde un bon contact avec sa mère et les deux sœurs restées au pays.

Mme N._____ a connu son mari quand elle avait 17 ans et ils ont été mariés pendant dix-neuf ans. De leur union sont nés deux enfants, un garçon et une fille âgés actuellement de 21 et 18 ans respectivement.

Il y a quatorze ans Mme N._____ est venue en Suisse avec une nièce pour rejoindre ses sœurs qui habitaient déjà là depuis quelques années. Elle a toujours travaillé dans le même restaurant et a fait venir une année plus tard son fils de 9 ans, peu après son mari avec la petite fille de 6 ans l'ont suivi.

Le couple ne s'entendait plus très bien et a fini par se séparer il y a deux ans.

Pendant plusieurs mois, Mme N._____ s'est sentie soulagée et la vie a repris son cours jusqu'à ce qu'elle apprenne, il y a six mois, que son ex-mari l'avait

trompée déjà en Equateur et avait un fils de 14 ans hors-mariage. Cette nouvelle l'a anéantie et elle est retombée dans un état dépressif très fort.

Malgré l'antidépresseur et l'anxiolytique qu'elle prend depuis environ une année par ordonnance de son généraliste, son humeur est de plus en plus dépressive et elle est en arrêt maladie depuis octobre 2013.

Actuellement, elle habite avec ses deux enfants qui sont encore aux études.

Troubles annoncés par l'assurée :

Au moment de son arrivée dans notre Centre, Mme N._____ présentait les symptômes suivants :

- Pas de goût à la vie avec des idées noires. Par le passé elle avait envie de passage à l'acte avec projet de se jeter sous le métro ;
- depuis qu'elle est en arrêt de travail, se sent moins accablée mais a toujours des idées de mort non scénarisées, elle dit avoir "juste envie de ne plus se réveiller" ;
- préoccupation sur l'avenir et culpabilité vis-à-vis de sa famille ;
- diminution de l'estime de soi ;
- attitude pessimiste face à la vie ;
- crises de larmes, particulièrement le soir avant de dormir ;
- difficultés pour mener à bien ses relations sociales, elle dit ne jamais avoir envie de sortir ni de rencontrer des gens ;
- irritabilité ;
- ruminations ;
- diminution de la concentration.

Nous avons accordé de faire des séances hebdomadaires avec des rencontres ponctuelles avec la Dresse R._____. Mme N._____ les suit avec assiduité et elles lui ont été bénéfiques. Elle a pu mieux organiser sa pensée et se montre attentive pendant les discussions ce qui lui permet de réagir de façon plus adéquate dans la vie quotidienne. Elle commence à accepter des invitations de ses sœurs ou la visite d'une amie de temps en temps.

Nous avons constaté une mauvaise prise des médicaments qui a été corrigée suite à un contact avec le Dr F._____. Depuis, Mme N._____ est plus calme, les crises de larmes en séance ont diminué et elle a commencé à montrer plus d'énergie pour se défendre des agressions de son entourage (par ex., les personnes qui la traitent avec brusquerie). Par la suite, la Dresse R._____ a refait le contrôle médicamenteux à la demande du Dr F._____.

Constat médical

[...] Nous avons pu constater une amélioration de l'humeur chez Mme N._____ et une augmentation du plaisir pour faire certaines activités qu'elle avait presque abandonné, comme le crochet. Elle accepte de temps en temps les invitations de sa famille, ce qui lui permet de discuter sur ses soucis et échanger des idées avec ses sœurs ou ses amies comme elle avait l'habitude de faire avant. Elle reste toutefois triste et fatiguée.

Elle explique que l'exigence envers elle-même a diminué et qu'elle peut lâcher prise plus facilement.

Il n'y pas d'idées suicidaires ni de signes florides de la lignée psychotique.

Pronostic

Réservé

[...] Nature et importance du traitement actuel

Mme N._____ consulte dans notre Centre à une fréquence hebdomadaire, Nous menons une psychothérapie intégrée avec des séances de psychothérapie et des contrôles psychiatriques ponctuels.

Elle a une grande confiance en ses thérapeutes et a très envie d'améliorer son état de santé pour reprendre une vie plus indépendante.

Médication actuelle (y compris dosage) ?

[...]

Venlafaxine compr de 75 mg, 2-0-0-1 (depuis année). »

Concernant l'activité habituelle de l'assurée et les restrictions physiques, mentales ou psychiques, la Dresse R._____ et Mme C._____ ont précisé ce qui suit :

« Mme N._____ ressentait une grande fatigue, des maux de tête, des moments d'oubli complet sur ce qu'elle doit faire, une perte d'intérêt pour ce type de travail, dégoût face aux personnes qui consomment de l'alcool et qui deviennent agressives avec elle. Elle dit ne plus pouvoir supporter l'ambiance des bars ni les exigences de certaines personnes qui ne voient pas ses efforts.

Comment se manifestent-elles [réd.: les restrictions] au travail ?

Irritabilité, sensibilité aux bruits, énervement, crises de larmes face aux clients ou au patron, elle se trompait souvent dans les tâches qu'on lui demandait ou les horaires. »

Les restrictions énumérées pouvaient être réduites par le traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré. L'assurée était disposée à reprendre une activité dans le domaine de l'aide aux personnes âgées dès que sa santé irait mieux. L'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail à 50-60 %, à partir d'une date indéterminée. La Dresse R._____ et Mme C._____ ont conclu qu'il serait très bénéfique à leur patiente de recevoir un soutien pour apprendre un nouveau métier.

Par communication du 23 juillet 2014, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi de mesures d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle, soit un accompagnement intensif auprès d'A._____, du 5 août au 4 octobre 2014.

Dans un avis du 28 juillet 2014, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a constaté, sur la base du dossier de l'assurée, ce qui suit :

« L'existence d'une atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'AI [assurance-invalidité] n'est pas du tout établie ; il y a une dépression réactionnelle à une séparation, qui peut justifier quelques mois d'IT [incapacité de travail] au plus. La question d'un reclassement professionnel ne se pose même pas ; l'assurée peut, par choix personnel, aller travailler avec des personnes âgées, par exemple à la salle à manger/caféteria d'un EMS, mais cela n'est pas du ressort de l'AI et n'est pas en lien avec une atteinte à la santé. »

Le 11 août 2014, X._____ Assurance a transmis à l'OAI un rapport médical du Centre K._____, daté du 26 juin 2014. Sous la rubrique : « Existe-t-il des raisons non médicales ayant une influence sur la capacité de travail (par ex. la situation au travail, la perte de l'emploi, des facteurs en rapport avec l'environnement social, etc.) ? », il était mentionné en substance des difficultés relationnelles entre l'assurée et son ancien employeur, ainsi que la perte d'intérêt pour son activité professionnelle, le dégoût pour les personnes consommant de l'alcool, ainsi que les difficultés à supporter l'ambiance des bars notamment.

X._____ Assurance a transmis à l'OAI le 5 septembre 2014 le rapport d'un entretien ayant eu lieu le 14 août 2014 au domicile de l'assurée. Il est relevé notamment que l'assurée se plaignait, concernant l'asthme, d'un état de fatigue important. Elle était limitée physiquement dans ses activités. Concernant le trouble dépressif, elle ressentait une amélioration de son état depuis le dernier entretien. Elle se sentait plus tranquille, plus calme. Elle s'énervait moins vite. Elle mentionnait toutefois encore un manque d'envies. Parfois, le simple fait de devoir se lever le matin lui paraissait insurmontable. La tendance à l'isolement était toujours

présente, mais dans une intensité moindre. L'intervenante de X. _____ Assurance a observé un changement positif chez l'assurée, dans sa façon de se présenter, d'être et de parler. L'assurée s'était montrée motivée par le programme qui allait être suivi chez A. _____. L'assurée parlait beaucoup de son problème d'asthme qui était un frein en termes de résistance physique. Elle ne savait pas où chercher un emploi. Elle ne voulait plus travailler dans la restauration. Elle souhaitait se former à la couture durant son programme chez A. _____ puis trouver un travail dans ce domaine. L'intervenante de X. _____ Assurance était d'avis d'attendre la fin du programme. La médication suivante a été relevée : Venlafaxin Sandoz 74 3x/jour, Euthyrox 150 (thyroïde) 1x/jour, Singular 10mg (asthme) 1x/jour, Cetallerg (allergies) 1x/jour, Dafalgan au besoin, Seretide 250 (asthme) 2 à 3 x/jour.

Dans un premier rapport du 8 septembre 2014, A. _____, auprès de qui l'assurée effectuait une mesure d'orientation sous la forme d'un accompagnement intensif depuis le 4 août 2014, dans l'optique de dégager des pistes professionnelles, a observé que l'assurée était prête à s'investir dans de petites formations. Un poste de femme de chambre pouvait correspondre aux attentes de l'assurée. Elle allait suivre pratiquement tous les ateliers proposés par A. _____.

B. Le 29 septembre 2014, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité, retenant que les renseignements médicaux mettaient en évidence que l'atteinte à la santé n'avait pas le caractère invalidant au sens de l'assurance-invalidité. La capacité de travail était par conséquent entière, ce en toute activité.

Dans un deuxième rapport d'A. _____, du 4 octobre 2014, il était constaté ce qui suit :

« [...] Observations concernant le potentiel de réinsertion

Les sentiments de Mme N. _____ varient de jour en jour. Au mieux, elle se sent bien quand elle est active, quand elle peut sortir de la maison, même si elle est toujours fatiguée. Elle dit pratiquement tout oublier et doit se faire aider pour se

rappeler de ses rendez-vous par exemple. Mme N._____ ne se voit travailler qu'à temps partiel actuellement. Elle dit ne plus du tout pouvoir supporter le moindre stress.

Mon/Mes projet(s) défini(s)

L'hôtellerie est un domaine dans lequel Mme N._____ souhaite rester. Nous avons donc pensé aux postes de femme de chambre. Elle pourrait encore imaginer un poste dans une boulangerie.

Son projet préféré est aide couturière. Elle s'intéresse beaucoup à coudre des vêtements, à faire des réparations et des retouches.

[...]

Synthèse de la mise en place des objectifs du rapport n° 1

Nous avons approfondi la cible de femme de chambre dans les hôtels ou encore mieux, dans les institutions médicales ou sociales. Mme N._____ possède un CV ciblé pour ce projet et elle s'intéresse aux annonces. Elle se sent capable d'assumer ces tâches même si elle évoque une intolérance parfois à la poussière à cause de son asthme.

Mme N._____ a poursuivi la participation aux ateliers que nous avons choisis ensemble. Elle apprécie toujours la marche nordique et la relaxation dynamique. L'atelier "gagner en confiance en soi" lui a montré la possibilité de s'affirmer, de communiquer ses mécontentements sans nuire à la relation, notamment avec les responsables. Mme N._____ garde encore le souvenir désagréable de sa dernière expérience et elle en veut encore à son ancien patron pour des propos désobligeants en rapport à ses absences liées à la maladie.

Dans la dernière partie de l'accompagnement, nous avons prévu de passer plus intensivement à la recherche de postes. Mme N._____ a tendance à nous rappeler qu'elle est sous certificat médical. Effectivement, son état varie encore beaucoup.

Elle revient régulièrement sur la cible d'aide couturière. Mme N._____ désire apprendre des nouvelles choses, elle se voit travailler dans le domaine. Nous avons identifié des formations qui pourraient lui être utiles pour des nouvelles compétences et nous avons évoqué des stages d'observation dans les ateliers de couture. Sa motivation pour ce métier est tellement sincère et grande que nous continuerons à l'explorer même si le marché du travail n'est pas tout à fait ouvert pour cette cible. »

A._____ a rédigé un troisième rapport le 4 novembre 2014, dont on extrait ce qui suit :

« Mme N._____ a participé à l'atelier entretien d'embauche [...]. Mme N._____ a également participé à l'atelier confiance en soi [...], mais sa préférence se pose sur l'atelier relaxation dynamique. Il faut croire qu'elle a besoin de faire des exercices physiques et que la relaxation lui donne davantage d'énergie.

Par contre lors de sa participation à l'atelier téléphone, elle a ressenti de fortes angoisses et n'a pas été capable de faire l'exercice de la simulation.

Mme N._____ dit aussi être anxieuse face à sa situation financière défavorable. De plus, et c'est sans doute le plus important, elle ne se sent pas encore apte à travailler. Elle s'est plaint de maux de tête à chaque fois rendez-vous [sic] et elle parle régulièrement de ses insomnies. Elle peut passer plusieurs nuits blanches consécutives. En conséquence, son temps de sommeil est complètement décalé et c'est finalement la cause majeure de son incapacité à trouver un travail.

Si un jour sa santé s'améliore, elle souhaiterait trouver un emploi au sein d'une cafétéria d'entreprise ou d'un EMS. Elle est de moins en moins enthousiaste à effectuer le métier de femme de chambre car la poussière, les produits chimiques ainsi que l'effort physique qu'elle doit fournir sont des obstacles à cette activité.

Mme N._____ est déçue de ne pas avoir pu avancer son projet d'aide couturière. Elle aurait souhaité faire une courte formation. Durant ses nuits sans sommeil elle effectue des retouches de vêtements et elle le ferait volontiers contre salaire. Le marché du travail n'est pas vraiment favorable dans ce domaine et Mme N._____ n'a pas beaucoup d'expériences officielles et confirmées.

[...]

En conclusion de cette fin de mesure, Mme N._____ se sent plus concernée par le monde du travail mais encore loin d'une reprise d'emploi.

Pendant sa mesure chez nous, Mme N._____ dit avoir progressé, elle dit aussi être sortie de sa dépression. Toutefois, elle doit encore apprendre à gérer des conflits et à s'affirmer. Ce sont d'ailleurs des cours qu'elle suit actuellement aux Centre K._____.

Le fait de venir dans nos locaux et de participer aux travaux de groupes lui ont été très bénéfiques dans sa progression personnelle. Cela lui a aussi permis de redynamiser son rythme de vie quotidien. Nous lui avons suggéré de commencer ses activités professionnelles progressivement, un ou deux jours par semaine par exemple. En vue de sa situation, Mme N._____ trouvera plus facilement un emploi en se déplaçant personnellement sur les lieux de travail et en faisant appel à son réseau de contacts. »

Le 6 novembre 2014, l'OAI a rendu une décision formelle identique à son projet du 29 septembre 2014.

Le 26 novembre 2014, la Dresse R._____ et la psychologue C._____ ont rendu un rapport à l'intention de X._____ Assurance, retenant toujours un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, un asthme sous traitement de Singular 10mg et Seretide

250mg, et un trouble thyroïdien sous traitement de Tyrosine 250 mg, à l'origine de l'incapacité de travail. Concernant l'état actuel de leur patiente, elles ont noté ce qui suit : « diminution de l'estime de soi, attitude pessimiste face à l'avenir, irritabilité, ruminations, culpabilité, diminution de la concentration, perturbation grave du sommeil, augmentation de la fatigabilité, humeur dépressive, diminution du plaisir. »

Le pronostic était pour l'instant réservé. Concernant des raisons non médicales ayant une influence sur la capacité de travail, elles ont mentionné la perte d'emploi au mois de juillet 2014.

C. Par acte du 26 novembre 2014 (déposé à la Poste le 1^{er} décembre 2014), N._____ a recouru contre la décision du 6 novembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Elle a fait valoir pour l'essentiel la persistance de ses atteintes à la santé, soit le trouble dépressif, le trouble de la thyroïde et surtout l'asthme, qui lui posait « beaucoup de soucis respiratoires » malgré son traitement. Elle a précisé que les nuits étaient également insupportables pour elle et qu'elle n'arrivait à dormir qu'après avoir pris un somnifère. Ces atteintes l'empêchaient de se lancer dans une activité professionnelle à 100 %. Elle était d'accord de travailler à 40 % dans n'importe quelle profession qui ne soit pas dans la restauration, car rester longtemps debout la fatiguait à cause de ses maux de tête. La recourante a joint à son acte un document non daté, signé par la Dresse R._____ et la psychologue C._____, intitulé « Résultat des questionnaires ». Il était rendu compte, pour le 5 novembre 2014, d'un score CGI (Clinical Global Impression) de 4, soit « modérément malade », d'un score MADRS (échelle de dépression) de 24, correspondant à un épisode moyen et d'un score MAS (échelle de manie) de 3, soit « absent ». Pour le 12 novembre 2014, le score CGI était de 5, soit « manifestation malade », le score MADRS de 30, soit toujours un épisode moyen, et le score MAS de 1, soit également « absent ».

Par réponse du 5 février 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que la recourante ne présentait pas une atteinte à la santé durablement incapacitante, mais tout au plus une dépression réactionnelle qui pouvait justifier quelques mois d'incapacité de travail au plus. L'état de santé de la recourante ne l'empêchait pas de travailler à plein temps dans une activité professionnelle du genre de celle exercée précédemment.

Invitée à répliquer, la recourante a produit, sans déterminations, un rapport du Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, adressé le 27 mars 2015 au Dr F._____. Le Dr W._____ a posé le diagnostic d'asthme allergique (pollens, acariens). Il avait vu la recourante les 3 et 12 février 2015. Cette dernière présentait un asthme depuis l'enfance. Actuellement les fonctions pulmonaires montraient toujours un syndrome obstructif de degré léger. L'asthme n'était actuellement pas complètement contrôlé, raison pour laquelle il avait modifié le traitement en inhalation, remplaçant le Seretide par du Relvar. Le traitement était le suivant : Relvar 184/22 1x/j, Montelukast 10 mg 1x/j, Venlafaxine 150 1x/j, Euthyrox 150 µg.

Par duplique du 5 mai 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions, renvoyant à un avis du 14 avril 2015 du SMR, invité à se prononcer sur les rapports du Centre K._____, ainsi que sur le rapport du Dr W._____. Le SMR a considéré que le dernier rapport du Centre K._____ était trop bref pour juger de l'évolution de l'état de santé de la recourante. Le maintien du diagnostic d'épisode dépressif d'intensité sévère n'était pas cohérent avec l'évolution favorable décrite dans les rapports d'A._____. Finalement, l'on était dans l'ignorance des résultats de l'adaptation thérapeutique concernant l'atteinte respiratoire. La description de cette dernière ne laissait toutefois pas présager de la présence de limitations fonctionnelles durablement incapacitantes. L'intimé a également produit un courrier de X._____ Assurance adressé le 17 avril 2015 à la recourante, observant notamment que le Dr W._____ n'attestait pas d'incapacité de travail en lien avec les troubles de sa patiente.

Invitée à déposer d'éventuelles déterminations, la recourante ne s'est pas prononcée à ce jour.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des conditions de formes 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement une rente, au regard des atteintes à sa santé.

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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) Pour pouvoir fixer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en

soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 précité consid. 4.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201], a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour

l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

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. 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).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

4. a) Concernant en premier lieu le trouble dépressif invoqué par la recourante, il convient de rappeler que les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

En l'espèce, le Dr F._____ a retenu le diagnostic de « trouble dépression ». Ce médecin n'a toutefois pas précisé de classification concernant cette atteinte. Il n'a pas non plus motivé son diagnostic, mais a en revanche adressé sa patiente au Centre K._____.

La Dresse R._____ et la psychologue C._____ ont retenu le 5 mai 2014 le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2, incapacitant depuis le 25 octobre 2013. Elles ont toutefois constaté au moment de la rédaction de leur rapport déjà une amélioration de l'état de santé de la recourante depuis son traitement au Centre, lequel pouvait encore réduire les restrictions qu'elle présentait à l'exercice de son activité habituelle. Une reprise de l'activité professionnelle pouvait être attendue et un soutien pour que la recourante puisse apprendre un nouveau métier était préconisé. Concernant plus précisément les restrictions présentées par leur patiente, il a été relevé que cette dernière ressentait une grande fatigue, des maux de tête et des moments d'oubli complet sur ce qu'elle devait faire. Si l'on comprend que ses restrictions sont susceptibles de diminuer la capacité de travail d'un assuré, l'on ne voit en revanche pas en quoi cela motiverait un

changement d'activité, plus particulièrement pourquoi elles empêcheraient la recourante d'exercer une activité dans le domaine de la restauration mais pas dans un autre domaine. La Dresse R._____ et la psychologue C._____ ne donnent aucune explication à ce sujet. Elles ont ensuite mentionné une perte d'intérêt pour une activité dans la restauration, un dégoût pour les personnes consommant de l'alcool et le fait la recourante ne supportait plus l'ambiance des bars. Ceci ne relève manifestement pas du domaine médical, ce qu'elles ne soutiennent du reste pas. Elles ont d'ailleurs rangé ces observations dans la catégorie des raisons non médicales ayant une influence sur la capacité de travail dans leur rapport du 26 juin 2014. L'on retient ainsi de ces deux rapports que les raisons médicales réduisant alors la capacité de travail de la recourante étaient en amélioration, la motivation de l'intéressée pour changer de profession ne relevant pas du domaine médical.

L'on observe que dans leur rapport du 26 novembre 2014, la Dresse R._____ et la psychologue C._____ mentionnaient encore un épisode dépressif sévère. Elles n'ont cependant pas expliqué pourquoi leurs constatations n'allaient pas dans le sens de l'amélioration observée en mai 2014. De plus, les résultats des tests effectués les 5 et 12 novembre 2014 faisaient état d'un épisode dépressif moyen, ce qui entre en contradiction avec le diagnostic retenu, sans toutefois que cela soit motivé. Finalement, si elles ont reconnu l'influence de facteurs non médicaux dans l'incapacité de travail de la recourante, elles n'ont en revanche pas précisé pour quelle part ces facteurs contribuaient à l'incapacité de travail, ni de quelle manière et à quel degré des facteurs médicaux en étaient la cause. Incomplets et peu motivés, les rapports du Centre K._____ ne suffisent pas à retenir l'existence d'une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité et le SMR doit être suivi dans ce sens.

Le SMR peut également être suivi lorsqu'il observe que le diagnostic d'épisode dépressif sévère ne concorde pas avec les observations faites par A._____. En effet, il en ressort que l'état psychique de la recourante s'était amélioré, et le centre était favorable à

une reprise d'activité, ce qui motivait manifestement également la recourante, bien que dans d'autres domaines que celui de la restauration. A._____ n'a pas fait état de restrictions que la recourante aurait présenté pour ce type d'activités.

L'évolution favorable de l'état de santé psychique de la recourante, tout comme son désir de ne plus travailler dans son activité habituelle, non motivé par des facteurs médicaux objectivés, ressortent également des constatations faites par X._____ Assurance à l'occasion des entretiens tenus à son domicile. Les faits rapportés vont dans le sens de la dépression réactionnelle retenue par le SMR. La recourante a du reste confirmé cette analyse en observant être sortie de sa dépression (cf. rapport d'A._____ du 4 novembre 2014). Dans la mesure où les facteurs psychosociaux, tels que le manque de formation, des problèmes linguistiques, des conflits avec un supérieur hiérarchique, ou le fait de ne plus vouloir travailler dans un domaine, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité et ne peuvent servir de base à l'octroi de prestations (ATF 127 V 299 consid. 5a ; TF 9C_428/2014 consid. 4.3 ; 9C_697/2013 consid. 3.1 ; TFA I 355/04 consid. 5a), il est retenu que la recourante ne présente pas une atteinte à sa santé durable justifiant l'octroi d'une rente. Le SMR dont les conclusions emportent la conviction au degré de la vraisemblance prépondérante, peut être suivi.

b) La recourante fait ensuite valoir des restrictions importantes liées à son asthme, atteinte qu'elle a mentionnée comme incapacitante autant auprès de X._____ Assurance que d'A._____. L'on relève en premier lieu que le Dr F._____ a estimé cette atteinte comme étant sans influence sur la capacité de travail dans son rapport du 10 juin 2014. Le seul autre rapport médical traitant en particulier de ce trouble produit par la recourante est celui du Dr W._____ qui retient un asthme allergique. Ce médecin a constaté que les fonctions pulmonaires de sa patiente montraient un syndrome obstructif léger. Il a jugé nécessaire de modifier le traitement, mais n'a en revanche mentionné aucune incapacité de travail en lien avec cette atteinte, ni limitations fonctionnelles dans les activités de la recourante. Par ailleurs, la recourante souffre depuis son

enfance de l'asthme, ce qui ne l'avait pas empêché de travailler. Une détérioration n'a pas été constatée, ni n'a été soulevée. Le SMR peut dès lors être suivi dans son analyse également sur ce plan.

Concernant d'éventuelles autres atteintes physiques, si le Dr F. _____ a évoqué une « incapacité pour la marche » ainsi que certaines limitations comme les activités uniquement en position assise ou uniquement debout, s'accroupir, se mettre à genou ou porter des charges (cf. rapport du 10 juin 2014), il n'a toutefois pas retenu de diagnostics en lien avec ses limitations. Quant aux troubles de la thyroïde, ils ont été jugés comme sans influence sur la capacité de travail.

5. Partant, il sied de constater que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en rejetant, sur la base des conclusions convaincantes du SMR, la demande de prestations formée par la recourante, les griefs formulés par cette dernière devant être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

6. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs.

Vu l'issue du recours, la recourante n'obtenant pas gain de cause et n'étant au demeurant pas représentée, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 6 novembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- 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).

La greffière :