

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 juillet 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Küng et Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, boulanger de profession, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes le 12 février 1995, dans laquelle il mentionnait être atteint d'une spondylolisthésis depuis 4-5 ans. Il précisait qu'il ne pouvait plus porter de charges excédant 20 kg et qu'aucune solution n'était envisageable chez son employeur d'alors, de sorte qu'il avait été licencié avec effet au 31 mars 1996.

Il a ainsi bénéficié de mesures professionnelles octroyées par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) dans le cadre d'un reclassement et a obtenu, en juillet 2000, un CFC de laboriste en chimie après deux années d'apprentissage.

Du 1^{er} octobre 2000 au 31 mars 2001, l'assuré a été engagé auprès de l'Institut Y. _____ de l'Université de [...].

Par décision du 7 mai 2002, l'OAI a constaté que le préjudice économique de l'assuré était de 0.79% et qu'il était réadapté du point de vue professionnel ce qui excluait le droit à une rente.

b) Le 15 janvier 2015, l'assuré a rempli un formulaire de détection précoce, dans lequel il faisait état d'une dépression et précisait être en incapacité de travail à 100% depuis le 22 avril 2014 et à 50% dès le 2 juin 2014 dans son activité d'assistant en administration exercé à un taux d'environ 10% depuis le 1^{er} janvier 2012. Son contrat de travail a pris fin le 28 février 2015.

Il ressort d'un rapport initial de l'OAI du 1^{er} avril 2015 que l'assuré souffre d'un diabète de type III et de dépression (pour la deuxième fois).

En date du 2 mai 2015, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations AI, invoquant une dépression.

Dans un rapport initial de l'OAI du 25 juin 2015, il est mentionné que l'assuré souffre du dos, des genoux et d'une forte surcharge pondérale et que les limitations fonctionnelles décrites par celui-ci consistent en l'alternance des positions, l'absence de position statique et de port de charges.

Le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qui suit l'assuré depuis le 19 janvier 2015, a posé comme diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00) présent depuis 2010 et, comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, une phobie spécifique (espaces clos, agoraphobie) légère et récente (F40.2) existant depuis 2014. Il ressort également de son rapport, daté du 2 juillet 2015, ce qui suit :

«Anamnèse

Patient ayant déjà bénéficié d'une reconversion professionnelle (bouanger à laborantin) pour une pathologie du rachis, en 2000 environ. Après avoir travaillé 1 année à la faculté de [...] de [...], il trouve un emploi dans l'administration militaire à [...]. Il perd cet emploi en 2010 sur restructuration du service et après quelques temps au chômage, retrouve une place à 60% dans une société qui promeut l'énergie éolienne.

En 2010 le patient est traité avec succès, par son généraliste pour un épisode dépressif.

En avril 2014, il développe à nouveau un syndrome dépressif avec angoisses (de type phobie) au premier plan accompagnées de troubles neurovégétatifs. La mise en place d'une médication n'est plus suffisante et il est adressé à ma consultation en janvier 2015 pour prise en charge spécialisée.

L'évolution est lentement favorable, mais les troubles phobiques persistent et ne permettent pas de reprise à 100%.

Il perd son emploi en début 2015 et se trouve dans une situation économique précaire. Il est affecté par ce contexte, d'autant plus qu'il est un bon travailleur appliqué et engagé dans les tâches qu'on lui donne.

Constat médical

Patient à l'état général conservé, obèse. Tenue vestimentaire et hygiène dans la norme. Absence de signe d'imprégnation aux psychotropes. Bonne orientation dans les 3 modes. La collaboration est bonne. Le discours est cohérent, sans trouble du cours ou du contenu de la pensée. La thymie est légèrement abaissée, avec angoisses et insomnies rebelles. L'habileté cognitive est dans la norme d'un point de vue clinique. Le contact est simple et agréable.

Pronostic

Plutôt bon s'il retrouve un emploi.

(...)

Médication actuelle (y compris le dosage) ?

(...)

Escitalopram 10 mg/j + Temesta exp 1mg si nécessaire. »

S'agissant des restrictions physiques, mentales ou psychiques, le Dr Q._____ mentionnait une faible tolérance au stress induit par une trop grande promiscuité sur la place de travail, laquelle se manifestait par un état de tension inconfortable. Ce spécialiste mentionnait également que l'activité exercée était encore exigible d'un point de vue médical à 50% avec « possibilité de plus selon les opportunités », étant précisé que ce patient avait toujours bien fonctionné du point de vue psychique dans divers domaines professionnels et privés (associations) et que ses habilités lui semblaient conservées malgré le tableau anxio-dépressif favorisé par la précarité financière, de même que par un certain sentiment d'injustice. Dans l'annexe psychiatrique au rapport AI, le Dr Q._____ précisait en outre que le patient ne présentait aucune limitation fonctionnelle, tout en indiquant qu'une activité induisant du stress était encore possible, hormis le stress induit par la peur d'un confinement, et tout en cochant la case selon laquelle une activité professionnelle était encore possible à plein temps.

Par communication du 8 juillet 2015, l'OAI a informé l'assuré du fait qu'il lui accordait des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une aide au placement du 10 août au 9 novembre 2015.

Dans un rapport médical du 7 septembre 2015, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'état dépressif, de difficultés relationnelles et de diabète, précisant que la capacité de concentration, d'adaptation et de résistance était limitée compte tenu de l'état anxieux et des difficultés relationnelles. Ce spécialiste n'a pas répondu aux questions de savoir si l'activité exercée

par l'assuré était encore exigible du point de vue médical et, dans l'affirmative, à quel degré et si le rendement était réduit. Il a encore précisé que le traitement de l'assuré consistait notamment en la prise de cipralex et de temesta.

Par communications des 19 et 23 novembre 2015, l'OAI a fait part à l'assuré de ce qu'il prenait en charge un stage du 1^{er} janvier au 31 mars 2016 auprès de l'entreprise C. _____ AG à [...] à 50%, de même qu'un cours de remise à niveau informatique du 25 novembre 2015 au 31 mars 2016.

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2015 se fondant notamment sur le rapport du Dr Q. _____ du 2 juillet 2015, le Dr S. _____, médecin au sein du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique et en voie de rémission, et a précisé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail de longue durée reconnue, retenant ainsi une capacité de travail dans une activité habituelle ou adaptée de 100%. Le rapport fait également état de ce qui suit :

« En fait l'assuré souhaite lors de son contact avec l'OAI effectivement reprendre une activité professionnelle dans le domaine qui lui plaît à savoir assistant administratif. Suite à une mesure mise en place par l'OAI, l'assuré a trouvé une embauche pour le 01.01.16 comme assistant administratif dans une entreprise spécialisée dans la transaction de marchandises comestibles. Notre assuré a donc vécu une courte période dans la première moitié de 2015 avec des symptômes légers de dépression et donc une période avec une CT peut être légèrement réduite (il n'a pas cessé par exemple ses activités de curateur) et dès la mi2015 selon le RM du Dr Q. _____, l'assuré présentait selon la lecture du RM une pleine CT. Les mesures mises en place par l'OAI on (sic) permis à notre assuré de retrouver un emploi. »

Par communication du 1^{er} avril 2016, l'OAI a fait savoir à l'intéressé qu'il prenait en charge les coûts d'un entraînement au travail auprès de C. _____ AG du 1^{er} avril au 30 juin 2016, mesure qui a été prolongée du 1^{er} juillet au 31 décembre 2016. L'assuré a travaillé à 60% dès le 1^{er} juin 2016 puis à 80% dès le 1^{er} octobre 2016.

Par contrat de travail du 21 octobre 2016, l'assuré a été engagé à mi-temps pour une durée déterminée d'une année, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, dans le service de vente interne de l'entreprise précitée.

Par projet de décision du 14 février 2017 confirmé par décision du 28 avril 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré du 19 mai 2015, au motif que l'atteinte à sa santé n'était pas invalidante au sens de l'AI et qu'elle ne justifiait pas une incapacité de travail de longue date, de sorte que le droit aux prestations n'était pas ouvert.

B. Par acte du 24 mai 2017, l'assuré a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : CASSO). Le recourant fait en substance valoir qu'il travaille actuellement à 50% et qu'il n'est pas en mesure de travailler à un taux d'activité plus élevé en raison de son état de santé.

Par réponse du 16 août 2017, l'OAI, se fondant sur le rapport SMR du 1^{er} décembre 2015, relève que la capacité de travail de l'assuré est de 100% dans toute activité. Il se fonde également sur la jurisprudence, selon laquelle les troubles dépressifs de degré léger ou moyen peuvent en règle générale être soignés et n'entraînent aucune incapacité de gain en matière d'AI. L'office précité propose ainsi le rejet du recours.

Par réplique du 5 septembre 2017, l'assuré rappelle qu'il ne lui est plus possible de travailler à un taux supérieur à 50% en raison de son état de santé (problèmes de concentration après une journée de travail et grande fatigue) et sollicite une réactualisation des pièces médicales au dossier.

Par duplique du 26 septembre 2017, l'OAI maintient ses conclusions, tout en produisant deux pièces, à savoir le curriculum vitae de l'assuré ainsi qu'un certificat de travail intermédiaire établi par C. _____ AG en date du 31 juillet 2017.

Par courrier du 21 novembre 2017, l'assuré indique maintenir son recours, tout en produisant une lettre datée du 18 octobre 2017 de C. _____AG, relative à la fin de son contrat de travail.

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 (art. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui 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, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

En l'espèce, formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

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

b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente une atteinte à la santé ayant pour effet une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

3. Selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées en matière d'assurances sociales, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 362 consid. 1b).

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente à condition que sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant

une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il soit invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Il est précisé à l'art. 28 al. 2 LAI que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable, la rente étant échelonnée selon le taux d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% donnant droit à un quart de rente, de 50% au moins à une demi-rente, de 60% au moins à un trois-quarts de rente et de 70% au moins à une rente entière.

5. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - 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. 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 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

Il importe en outre, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets,

qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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).

6. 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. En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à cette procédure lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas. Elle est superflue lorsqu'une incapacité de travail peut être niée de manière motivée et compréhensible sur la base de rapports médicaux probants émanant de spécialistes, et que d'éventuelles appréciations médicales contradictoires peuvent être écartées faute de qualifications médicales suffisantes de leurs auteurs ou pour d'autres motifs (ATF 143 V 418 consid. 7.1 et 143 V 409 consid. 4.5.3).

7. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur le rapport du Dr Q. _____ du 2 juillet 2015 pour retenir que l'assuré avait une capacité de travail entière dans toute activité. Ce spécialiste retient en particulier comme diagnostic

un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00). Dans l'annexe psychiatrique au rapport AI, le Dr Q._____ ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle et précise qu'une activité professionnelle peut être exercée à plein temps. Ainsi, il ne retient aucune incapacité de travail. Le recourant reproche à cet égard à l'OAI de s'être fondée sur un rapport datant de 2015. Or entre la date de reddition de ce rapport (2 juillet 2015) et le moment où la décision attaquée a été rendue (avril 2017), on constate que l'état de santé du recourant s'est amélioré puisque celui-ci a pu reprendre une activité en janvier 2016, laquelle s'est poursuivie en 2017, à satisfaction de l'employeur comme en témoigne le certificat de travail intermédiaire du 31 juillet 2017 produit par l'intimé. Ainsi, il n'y a aucun motif de s'écarter du rapport du Dr Q._____, dont la valeur probante n'est, au demeurant, pas remise en cause par le recourant. En particulier, le seul rapport médical du 7 septembre 2015 du Dr M._____ ne suffit pas à mettre en doute les conclusions du Dr Q._____. En effet, le Dr M._____ pose certes le diagnostic d'état dépressif mais ne se prononce nullement sur les effets de cette atteinte à la santé en lien avec la capacité de travail du recourant, si bien que ce rapport doit être écarté. Il n'est, en l'occurrence, pas nécessaire de recourir à la procédure structurée d'administration des preuves, telle que prévue par le Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques, dans la mesure où l'incapacité de travail du recourant peut être niée de manière motivée et compréhensible. On relèvera encore à cet égard que le recourant souffre d'un trouble dépressif récurrent avec des épisodes d'intensité légère pour lequel il est suivi et traité, si bien que ce trouble ne saurait justifier une incapacité de travail. Quant à la fatigue et aux problèmes de concentration invoqués, ces facteurs ne constituent pas en eux-mêmes des motifs suffisants pour entraîner une incapacité de gain au sens de l'AI.

8. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) 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 ; 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, qui, au demeurant, n'est pas assisté d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 28 avril 2017 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 du recourant B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- B. _____,
- 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 :