

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 octobre 2021

---

Composition : M. NEU, président  
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Procap Suisse, à  
Bienne,

et

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

---

**E n f a i t :**

**A.** Souffrant d'une atteinte oculaire unilatérale congénitale, M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1981, a déposé par l'intermédiaire de son père, le 21 juin 1994, une demande de prestations de l'assurance-invalidité, ayant conduit l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) à la prise en charge d'une prothèse oculaire et d'un traitement de l'affection congénitale du 28 septembre 1994 au 31 janvier 2001 (cf. communications des 3 et 23 mai 1995).

De 1996 à 2000, l'assurée a effectué une formation d'horticultrice/paysagiste, activité qu'elle a exercée quelques années avant d'œuvrer en qualité de caissière puis d'émarger à l'aide sociale dès le mois de mai 2009.

Après s'être vu octroyer une prothèse oculaire en matière synthétique (communication du 11 décembre 2014), M. \_\_\_\_\_ a déposé, en date du 10 février 2017, une demande de prestations de l'assurance-invalidité motivée par la problématique ophtalmologique. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du médecin traitant de l'assurée.

Ensuite de plusieurs interpellations, le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a, dans un rapport du 13 septembre 2018 (date d'indexation), indiqué s'être chargé du suivi de l'assurée entre le 18 mars 2016 et le 22 août 2017 et a posé - avec effet sur la capacité de travail - les diagnostics d'exophtalmie congénitale et d'allergie aux graminées (2006). Il a joint à son rapport divers documents médicaux : un certificat médical établi le 11 mars 2016 par la Dre U. \_\_\_\_\_, médecin assistante auprès de la Policlinique Q. \_\_\_\_\_, selon laquelle l'assurée était connue pour un probable trouble dépressif évoluant depuis 2013 et un rapport du 16 janvier 2018, dans lequel le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, avait notamment diagnostiqué des antécédents de rhino-conjonctivite printanière sur allergie aux pollens de graminées et de

frêne à l'origine d'une incapacité totale de travail dans le secteur horticole.

Sollicité pour détermination, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu comme principale atteinte à la santé une microphthalmie droite congénitale ; au demeurant, ni l'allergie ni, sur le plan psychiatrique, le trouble de l'adaptation (à des difficultés relationnelles sur une place de travail) ne devaient être considérés comme durablement incapacitants, si bien qu'il n'y avait aucun obstacle à l'exercice d'une activité adaptée, singulièrement celle de caissière (avis médical du 11 octobre 2019).

Le 17 octobre 2019, l'office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles), au motif que, faute d'atteinte à la santé invalidante ou d'imminence d'invalidité, elle disposait depuis toujours d'une capacité de travail entière dans toute activité de son domaine de compétences.

En l'absence d'objections de la part de l'assurée, l'office AI a, par décision du 26 novembre 2019, entériné le refus de toutes prestations.

**B.**           **a)** Par acte du 13 janvier 2020, M.\_\_\_\_\_, représentée par Procap Suisse, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. Elle a pour l'essentiel contesté la valeur probante de l'avis du SMR du 11 octobre 2019 en faisant valoir qu'il ne reflétait pas son état de santé de manière satisfaisante et que, partant, il ne permettait pas de statuer sur son droit aux prestations d'invalidité. Ainsi, c'était à tort qu'il n'avait pas retenu que la problématique allergique l'empêchait d'exercer son activité habituelle d'horticultrice/paysagiste. De plus, contrairement à ce qui figurait dans l'avis précité, le rapport de la Policlinique Q.\_\_\_\_\_ du 11 mars 2016 ne faisait pas état d'un simple

trouble de l'adaptation mais d'un trouble dépressif récurrent avec notamment un épisode dépressif sévère à l'âge de 20 ans. Il fallait dès lors admettre que l'instruction menée par l'office AI était lacunaire, si bien que l'assurée a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire externe.

**b)** Dans sa réponse du 10 février 2020, l'office AI a relevé que s'il devait se confirmer que les allergies polliniques, voire cutanées, étaient de nature à empêcher l'assurée de reprendre une activité dans le domaine de l'horticulture/paysagisme, rien n'interdisait qu'elle exerce une autre profession, telle celle de caissière-vendeuse qu'elle avait affirmé avoir pratiqué entre 2004 et 2011 (cf. formulaire de demande de prestations du 10 février 2017). Quant au volet psychique, il ressortait du rapport de la Polyclinique Q. \_\_\_\_\_ du 10 mars 2016 que l'intéressée avait consulté ce service dans le cadre d'une dispute lors d'une mesure de réinsertion organisée par le chômage ; si elle avait certes présenté un épisode dépressif sévère à l'âge de 20 ans, d'où la mention d'un état dépressif au long cours évoluant depuis 2013, le trouble dépressif signalé avait cependant été qualifié de probable. Au demeurant, le Dr K. \_\_\_\_\_ - qui avait suivi l'assurée ensuite de sa consultation du mois de mars 2016 - n'avait fait état d'aucune atteinte à la santé psychique susceptible d'affecter la capacité de travail. Dans ces conditions, de nouvelles mesures d'instruction ne se justifiaient pas et l'office AI a conclu au rejet du recours.

**c)** En réplique du 3 avril 2020, l'assurée a indiqué que son activité habituelle était celle dans laquelle elle avait été formée, soit hortultrice, ajoutant que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle aurait poursuivi l'exercice de cette profession. Renvoyant pour le surplus aux explications contenues dans son mémoire de recours, elle a déclaré en confirmer les conclusions dans leur intégralité.

**d)** Dupliquant en date du 14 mai 2020, l'office AI a souligné que, à l'inverse de ce que prétendait l'assurée, celle-ci était connue pour des problèmes d'eczéma dès l'enfance et pour une allergie aux graminées

en 2006, ce qui ne l'avait pas empêchée de se former dans le domaine de l'horticulture entre 1996 et 2000 puis d'y travailler entre 2005 et 2007, date à partir de laquelle plus aucune activité lucrative n'était inscrite sur l'extrait de son compte individuel daté du 7 mars 2017. Or un choix d'orientation professionnelle inapproprié ne relevait pas de l'assurance-invalidité, d'autant qu'il n'était nullement établi que la problématique allergologique était en lien avec la fin des activités dans le secteur horticole. En tout état de cause, elle ne l'était pas avec la fin de toute activité lucrative. Qui plus est, seule l'atteinte ophtalmique avait été mentionnée dans la demande de prestations du 10 février 2017. Cela étant, même dans l'hypothèse où les allergies contre-indiqueraient effectivement une activité du domaine de l'horticulture/paysagisme, la comparaison des revenus avec et sans invalidité (y compris en basant ce dernier sur un revenu d'horticultrice au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité) conduirait à un degré d'invalidité inférieur à 10 % conformément au tableau joint en annexe établi le 30 avril 2020 dans le cadre du calcul du salaire exigible. En conséquence, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

**e)** S'exprimant par pli du 6 juillet 2020, l'assurée a fait valoir que, dans l'hypothèse où il devait être admis qu'elle avait été formée dans une profession dans laquelle elle était déjà invalide au début de sa formation, son invalidité devait être examinée sous l'angle de l'art. 26 al. 1 RAI (absence de formation professionnelle pour cause d'invalidité). Tout en réitérant sa conclusion tendant à l'admission du recours, elle a demandé que l'instruction soit complétée tant sur le plan médical qu'économique.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur le degré d'invalidité qu'elle présente.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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 d'au moins 40 % en moyenne durant une année, sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

**c)** 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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).

**4. a)** En l'occurrence, l'office AI fonde son refus d'octroyer des prestations de l'assurance-invalidité sur l'avis du SMR du 11 octobre 2019, auquel l'assurée oppose le rapport établi le 13 septembre 2018 par son médecin traitant, le Dr K.\_\_\_\_\_, de nature selon elle à justifier une poursuite de l'instruction de son cas sur le plan médical.

**b)** Quoi qu'en dise l'assurée, le SMR a effectué une synthèse de la documentation médicale produite qui paraît cohérente. La problématique ophtalmique n'est pas en tant que telle invalidante, pas plus que celle des allergies. S'il n'y a pas à exclure que l'activité habituelle dans l'horticulture puisse être compromise à cet égard, comme le retient le médecin traitant, le renvoi à une activité adaptée ne prête pas flanc à la critique, l'assurée ayant au demeurant pratiqué celle de caissière sans que celle-ci ait été médicalement contre-indiquée. Sur le plan psychiatrique, outre que le Dr K.\_\_\_\_\_ ne fait pas état de cette problématique, on ne dispose que d'un rapport peu clair de la Policlinique Q.\_\_\_\_\_, faisant état d'un « *probable trouble dépressif* ». Aucune autre pièce ne fait état d'un diagnostic, ni d'un quelconque suivi ou traitement, que l'assurée ne fait au demeurant pas valoir. Dans ces circonstances, en l'état du dossier constitué - et ce n'est pas faute pour l'office AI d'avoir tenté d'obtenir des renseignements du médecin traitant -, le renvoi par le SMR et l'intimé à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dont le médecin traitant a rendu compte peut être suivi. Le calcul du degré d'invalidité effectué par le service spécialisé (produit en duplique), arrêté à 8,69 %, ne prête pas non plus flanc à la critique et n'est au demeurant pas remis en cause par le mandataire de la recourante. Enfin, invoquer un cas d'application de l'art. 26 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), soit l'absence de formation professionnelle imputable à l'invalidité, se révèle incorrect, dès lors que l'assurée a précisément pu mener à terme une formation en horticulture,

soit obtenir des connaissances professionnelles suffisantes malgré ses atteintes à la santé.

**c)** Sur le vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'office intimé a nié le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

**5.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**6. a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**7.** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 26 novembre 2019 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 laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap Suisse (pour M. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :