

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 septembre 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
MM. Piguet, juge, et Peter, assesseur  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Lehmann,  
avocat, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1956, est mariée depuis 2011. Elle est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce depuis 1975 et a exercé l'activité de gestionnaire de dossiers à plein temps au sein de l'administration des ressources humaines du Centre B.\_\_\_\_\_ à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1983. Elle a obtenu un certificat d'assistante en gestion du personnel en 2010.

Par formulaire de détection précoce du 6 juin 2017, la Dre G.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante de l'assurée, a annoncé le cas de sa patiente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Cette praticienne mentionnait une hernie discale L4-L5 et un trouble dépressif, incapacitants depuis le 12 septembre 2016.

**B.** Après avoir été reçue en entretien par l'OAI le 28 juin 2017, l'assurée a été invitée à déposer une requête formelle de prestations de l'assurance-invalidité. Elle s'est exécutée en adressant le formulaire correspondant dûment complété à l'OAI le 21 juillet 2017.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli les rapports des médecins de l'assurée, la Dre G.\_\_\_\_\_ et le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du Centre D.\_\_\_\_\_, ainsi que de son employeur.

Le Dr F.\_\_\_\_\_ a mentionné, le 23 octobre 2017, les diagnostics de personnalité anxieuse (F60.6), dysthymie (F34.1), troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1), polyneuropathie et emphysème, lesquels se répercutaient sur la capacité de travail, estimée à 0 % depuis le 11 janvier 2017. Les diagnostics d'hypertension artérielle et de hernies discales opérées demeuraient sans

incidence sur dite capacité. Il a par ailleurs fait état des éléments suivants :

« [...L'assurée] décrit une enfance difficile, ayant subi de la maltraitance dans un contexte familial marqué par des consommations importantes d'alcool chez sa mère et sa grand-mère maternelle. Elle parle de ses relations difficiles avec les autres, ayant souvent un sentiment d'infériorité et une mauvaise estime d'elle-même. Son travail lui a toujours plu et elle s'est beaucoup investie professionnellement. Pourtant depuis plusieurs mois, elle décrivait des relations de plus en plus tendues avec sa hiérarchie, jusqu'à début 2017, où on lui signifie qu'elle doit prendre sa retraite anticipée. Ce fut donc un véritable choc psychologique, elle a ressenti un sentiment d'abandon, de trahison, de non reconnaissance de son travail dans l'entreprise où elle est employée depuis de nombreuses années. Depuis, elle présente une incapacité totale à se projeter dans son travail, évite totalement tout ce qui peut avoir un rapport avec le Centre B.\_\_\_\_\_, ressent une profonde injustice et angoisse massivement lorsque le fait de retourner sur son lieu de travail est évoqué.

[...]

Il existe des éléments en faveur d'un trouble de la personnalité de type anxieux, avec : un sentiment d'infériorité, un besoin d'être reconnue, une hypersensibilité aux remarques et à la critique et des difficultés relationnelles. Lors du premier entretien et tout au long du suivi, nous noterons des éléments dépressifs enkystés, faisant pencher le diagnostic vers une dysthymie.

Il existe par ailleurs une intoxication tabagique ancienne (2 paquets/j.) et une consommation chronique d'alcool (environ 7 unités/j., bière et vin blanc) avec apparemment des conséquences neurologiques à type de polyneuropathie des membres inférieurs. »

Vu l'enkystement de la symptomatologie psychiatrique, une reprise d'activité professionnelle paraissait impossible, de même que le recouvrement d'une quelconque capacité de travail résiduelle.

Par rapport du 27 octobre 2017, la Dre G.\_\_\_\_\_ a pour sa part retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent et d'alcoolisme chronique depuis 2009, de difficultés au travail et d'une hernie discale L4-L5 en conflit L5 depuis l'été 2016, laquelle évoluait favorablement. La capacité de travail était nulle, en présence de limitations fonctionnelles essentiellement liées au trouble dépressif et aux conflits au travail. Il semblait impossible pour l'assurée de reprendre le poste actuel et difficile de s'adapter à un nouveau poste de travail, en raison de la dépression et de l'alcoolisme, avec un éventuel manque de compétences.

L'administration des ressources humaines du Centre B. \_\_\_\_\_ a complété un rapport d'employeur le 31 octobre 2017. L'assurée percevait un salaire mensuel net de 7'114 fr. pour son activité de gestionnaire de dossiers à plein temps (41,5 heures par semaine), ce qui correspondait à un revenu annuel brut de 100'442 francs.

Les Dres H. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, respectivement médecin-chef et cheffe de clinique au sein du Service de Médecine du personnel du Centre B. \_\_\_\_\_, ont rapporté, le 14 novembre 2017, les diagnostics de trouble anxio-dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, trouble de la personnalité de type anxieux, troubles liés à la consommation d'alcool avec syndrome de dépendance, lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et hernie discale L4-L5, polyneuropathie périphérique sensitive des membres inférieurs, emphysème pulmonaire, status post opération de la cataracte des deux côtés, traitement par laser pour dysplasie du col de l'utérus et tabagisme chronique. Elles ont synthétisé la situation notamment en ces termes :

« [...] L'incapacité de travail depuis septembre 2016 est initialement en lien avec une aggravation des lombalgies. L'IRM a montré une hernie discale au niveau L4-L5. Sous traitement conservateur, l'évolution a été progressivement favorable et Mme C. \_\_\_\_\_ a pu reprendre son travail en novembre 2016 à 50 %, avec douleurs persistantes responsables de limitations fonctionnelles (difficultés pour la position assise prolongée, diminution du périmètre de marche).

Dans les mois qui ont suivi, Mme C. \_\_\_\_\_ a été reçue en entretien par ses responsables hiérarchiques en raison de difficultés concernant ses compétences professionnelles.

Depuis cette période, Mme C. \_\_\_\_\_ a présenté une aggravation importante de son état anxio-dépressif et elle est en arrêt de travail complet.

Lors de nos consultations, Mme C. \_\_\_\_\_ présentait une symptomatologie anxio-dépressive importante avec anhédonie et agoraphobie marquée, troubles du sommeil et un manque d'élan vital. Elle passe les journées chez elle, ne sortant que très rarement. Elle ne peut pas prendre les transports en commun en raison de crises de panique et ne parvient plus à assumer la gestion des activités de la vie courante. Mme C. \_\_\_\_\_ exprime une grande souffrance morale liée à la dégradation des relations professionnelles avec ses responsables hiérarchiques.

Concernant son environnement social, son mari souffre de problèmes psychiques importants (une demande d'invalidité est en cours le concernant).

Sur le plan médical, Mme C. \_\_\_\_\_ présente en outre une dépendance à l'alcool (1l de bière et une demi bouteille de vin par

jour) et au tabac (2 paquets par jour). Elle présente une polyneuropathie périphérique sensitive des membres inférieurs très probablement liée à la consommation d'alcool, responsable de douleurs à type décharges électriques et de difficultés à la marche. Mme C.\_\_\_\_\_ confirme une consommation d'alcool active et importante, mais demeure à un stade contemplatif par rapport à ses difficultés.

Elle souffre également d'emphysème pulmonaire avec toux chronique et dyspnée de stade 2.

Concernant les lombalgies chroniques, l'évolution est plutôt favorable avec une diminution des douleurs et une meilleure tolérance aux positions statiques.

[...]

Nous nous sommes entretenues avec les Drs G.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ qui confirment une évolution défavorable sur le plan psychique avec un état dépressif sévère persistant, un trouble de la personnalité de type anxieux important, une dépendance au tabac et à l'alcool et un contexte social difficile. La capacité de travail est nulle dans toute activité.

Mme C.\_\_\_\_\_ a 61 ans et avait prévu de prendre sa retraite à 63 ans. [...] »

Le Dr F.\_\_\_\_\_ a fourni un second rapport le 25 septembre 2018, faisant état d'une situation stable depuis un an, avec une légère amélioration sur l'anxiété d'anticipation, compte tenu de la mise en retraite anticipée de l'assurée en décembre 2017. L'incapacité de travail demeurait totale ; les limitations fonctionnelles consistaient en une grande fatigabilité, des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémorisation, une anxiété invalidante avec des difficultés à sortir du domicile, un isolement social, des difficultés relationnelles et des difficultés physiques à rester dans la même position. La consommation d'alcool et le tabagisme demeuraient importants, l'assurée présentant une double addiction associée à un trouble de la personnalité de type anxieuse évitante. Celle-ci n'était dotée d'aucune aptitude pour des mesures de réinsertion.

Sur recommandation du Service médical régional (SMR) du 16 octobre 2018, l'OAI a diligenté une expertise neurologique et psychiatrique de l'assurée, dont le mandat a été confié au Centre K.\_\_\_\_\_ par communication des 15 novembre 2018, complétée le 12 décembre 2018. Ce centre a fait procéder à un examen neuropsychologique préalable auprès de M. P.\_\_\_\_\_, neuropsychologue, en date du 22 janvier 2019, avant que l'assurée ne soit examinée le

30 janvier 2019 par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et le 31 janvier 2019 par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. A l'issue de leur évaluation consensuelle du cas, effectuée le 24 mars 2019, les experts précités ont communiqué leur rapport rédigé le 27 mars 2019. Etaient annexés les rapports individuels résultant des examens conduits pour chacune des spécialités investiguées.

Les experts ont retenu que l'assurée présentait les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01), de personnalité évitante (F60.6), de polyneuropathie sensitive des membres inférieurs, d'éthylisme chronique, d'hypertension artérielle, d'emphysème et de lombalgies sans sciatalgies associées, mises en relation avec la présence d'une hernie discale. L'incapacité totale de travail était légitimée initialement pour des motifs somatiques depuis l'automne 2016, puis en raison d'une décompensation psychique dès janvier 2017 jusqu'au 25 septembre 2018. Depuis lors, l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière, notamment dans son activité habituelle. Une aide au placement se justifiait en raison de son anxiété. Les ressources cognitives étaient qualifiées de normales hormis quelques très discrètes difficultés au plan exécutif, sans trouble neuropsychologique significatif. Une normalisation de l'examen dans ce registre pouvait être attendue en cas d'abstinence d'alcool, en l'absence de facteurs de surcharge. L'assurée était apte à communiquer, à respecter un cadre et à s'organiser, sans augmentation de la fatigabilité. Il n'y avait pas d'incohérence, excepté dans la conduite du traitement pharmacologique (réduit en dépit du maintien d'une incapacité de travail de 100 % selon le psychiatre traitant ; cf. p. 7 de l'évaluation consensuelle du cas du 24 mars 2019, contenue dans le rapport d'expertise du 27 mars 2019).

Le rapport d'examen neuropsychologique, faisant suite aux tests réalisés par M. P.\_\_\_\_\_, a relaté les conclusions suivantes (cf. p. 15 du rapport d'examen neuropsychologique rédigé le 27 mars 2019) :

« [...] *Discussion*

Le bilan neuropsychologique ne met pas en évidence de troubles cognitifs ni comportementaux significatifs. On n'objective que des difficultés exécutives occasionnelles et un déficit en mémoire de travail, limité toutefois à une tâche informatisée. Le déficit au rappel différé de la figure de Rey apparaît au moins partiellement déterminé par une mauvaise analyse de la figure en copie.

Ces discrets dysfonctionnements sont objectivés chez une personne qui consomme régulièrement de l'alcool et ils sont compatibles avec ce que l'on peut observer dans de tels contextes. De plus, on rappellera que des troubles en mémoire de travail peuvent se trouver chez des personnes anxieuses, même si l'anxiété n'atteint pas le niveau d'un trouble pouvant donner lieu à un diagnostic psychiatrique, mais reste au niveau d'une caractéristique du fonctionnement psychologique de la personne. Or, l'assurée se définit comme une personne anxieuse.

Il apparaît toutefois hautement probable que les signes de dysfonctionnement exécutifs sont si peu intenses qu'ils s'amenderaient en cas d'abstinence.

Certes, il n'est pas rare que les personnes mésusant de l'alcool s'efforcent, dans les tests neuropsychologiques, de performer au mieux et parviennent à masquer une partie de leurs troubles, lesquels sont plus apparents dans des contextes usuels, notamment professionnels. Mais le niveau des réponses de l'assurée, notamment dans les tâches de mémoire, ne permet guère d'envisager des déficits significatifs, même si le fonctionnement effectif était moins bon que ce que laissent supposer les performances mises en évidence dans le présent examen.

Aussi, pour l'heure, nous n'avons pas d'indications objectives suffisantes pour considérer qu'il y a une atteinte significative au plan cognitif, les quelques difficultés exécutives identifiées étant supposées céder complètement après une période significative d'abstinence.

Naturellement, si l'assurée continue de consommer, elle court le risque d'une dégradation cognitive sérieuse.

Mais on ne peut actuellement retenir de limitations de la capacité de travail dans une activité administrative et de secrétaire. [...] »

Quant à l'expert neurologue, il a fait état de ses observations et de son appréciation du cas notamment en ces termes (cf. p. 15-16 du rapport d'examen neurologique du Dr M. \_\_\_\_\_ du 27 mars 2019) :

« [...] L'examen neurologique révèle une patiente collaborante mais en mauvais état général, présentant des signes d'imprégnation éthylique chronique, avec tout particulièrement une amyotrophie globale, une distension abdominale et un érythème palmaire particulièrement important. L'examen du rachis cervico-dorso-lombaire est en revanche sans particularité, notamment sans syndrome lombo-vertébral, signes d'irritation/déficit radiculaire. En station debout et à la marche, on note une marche spontanée un peu hésitante, avec un léger élargissement du polygone de sustentation et une nette instabilité à la station pieds joints, l'épreuve de Romberg et à la marche un pied devant l'autre. En

revanche, la station sur la pointe des pieds et sur les talons est encore possible avec appui. L'examen des paires crâniennes et des membres supérieurs est normal en dehors d'un érythème palmaire comme précité, d'une trophicité musculaire globalement médiocre mais sans altération nette de la force brute et de quelques hésitations à l'épreuve doigt-nez-doigt des deux côtés. Au niveau du tronc, on observe, comme mentionné ci-dessus, une distension abdominale avec un réseau veineux dilaté, évoquant une ascite. A l'examen des membres inférieurs, l'examen ne met en évidence aucun élément d'irritation/déficit radulaire, mais on note une trophicité musculaire globalement médiocre, une aréflexie achilléenne bilatérale, une hypoesthésie tactile et douloureuse en chaussette avec une altération de la sensibilité vibratoire, alors que la sensibilité posturale est préservée et qu'il n'y a pas d'altération nette de la force brute.

En bref, un examen clinique révélant des signes d'imprégnation éthylique chronique sur un plan général et une atteinte polyneuropathique essentiellement sensitive, modérée, des membres inférieurs.

Tout comme pour le bilan neuropsychologique, l'atteinte neurologique mise en évidence au présent bilan, si elle peut handicaper quelque peu Madame C. \_\_\_\_\_ dans ses activités de tous les jours, ne représente pas une cause d'incapacité de travail significative dans une activité sédentaire telle que celle exercée préalablement, ceci d'autant plus que le bilan neuropsychologique n'a pas révélé d'atteinte significative des fonctions mentales.

Pour les éléments susmentionnés, il n'y a donc pas, sur le plan neurologique et neuropsychologique, d'incapacité de travail significative dans l'activité exercée préalablement, ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible, à l'exception d'une activité physiquement demandante et nécessitant des déplacements importants à pied et un bon équilibre.

Sur le plan thérapeutique, il est évident que l'abstinence éthylique et une polyvitaminothérapie B seraient de nature à améliorer très significativement l'état actuel de la patiente et prévenir une dégradation majeure de son état. [...] »

Le Dr N. \_\_\_\_\_ a, de son côté, rapporté son évaluation comme suit (cf. p. 17-19 du rapport d'examen psychiatrique du 27 mars 2019) :

« [...] Sur la base des éléments anamnestiques et de notre observation, nous retenons en premier lieu un trouble de l'humeur. Il y a des épisodes dépressifs, probablement déjà un premier épisode dépressif en 2005, un second en 2016 au moment de la maladie de son père et de l'exacerbation de ses conflits au travail.

A notre avis, le tableau clinique est plus sévère que la dysthymie (F34.1) rapportée par le Dr F. \_\_\_\_\_ et la prescription de venlafaxine jusqu'à 150 mg, par ce dernier vient conforter notre appréciation. Bien qu'il n'y ait pas véritablement d'anhédonie ou de perte de la capacité à éprouver du plaisir, il y a une tristesse assez marquée, avec la description d'un état mélancolique par Madame C. \_\_\_\_\_. En revanche, elle décrit une baisse d'énergie, mais ne décrit pas de fatigue ni d'augmentation de la fatigabilité, mais il est à noter qu'elle est très peu active au quotidien. Madame C. \_\_\_\_\_ a

des plaintes cognitives qui ont été investiguées sur le plan neuropsychologique. Cet examen ne relève pas d'atteintes particulièrement marquées. Elle a quelques idées noires, mais pas d'idées de suicide. Elle a surtout une perte de confiance en soi et certainement une dévalorisation.

Actuellement, nous retenons des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00).

L'évolution depuis la prise en charge en janvier 2017 est positive, ce qui a permis de diminuer la dose de venlafaxine à 37.5 mg, voire même de tenter d'interrompre ce traitement, ce qui n'a pas convenu à Madame C. \_\_\_\_\_.

Madame C. \_\_\_\_\_ présente une agoraphobie avec trouble panique (F40.01). Celui-ci n'est pas particulièrement sévère au regard du nombre de crises, avec un épisode mensuel. En revanche, il y a très clairement des cognitions agoraphobes. Lorsqu'elle travaillait, déjà, elle ne se rendait pas sur son lieu de travail par ses propres moyens, elle prenait le taxi plutôt que les transports publics, puis se faisait conduire par son mari dès 2011. Ensuite, elle pouvait rentrer à pied. Lorsqu'elle va au cinéma, elle se met toujours proche de la sortie. Il y a, à notre avis, clairement une agoraphobie avec troubles paniques. L'agoraphobie est présente de longue et elle était déjà présente lorsque Madame C. \_\_\_\_\_ travaillait.

Actuellement, elle peut passer une semaine sans sortir de son domicile. Il est aussi probable que la diminution de la fréquence des épisodes d'anxiété paroxystique soit en lien avec des comportements d'évitement et des moindres sorties de son domicile.

Madame C. \_\_\_\_\_ présente des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25) que l'on peut évidemment aussi considérer comme nocifs pour sa santé. Il y a clairement un trouble depuis 2009 selon le médecin traitant. Elle consommait déjà un litre de bière par jour lorsqu'elle travaillait, ainsi que du vin rouge. Elle reconnaît que cette consommation est clairement excessive. Cette consommation est chronique.

[...]

Madame C. \_\_\_\_\_ est très anxieuse, elle appréhende les situations de façon négative et elle peine à se détendre. Elle a des difficultés d'affirmation de soi. Ces éléments permettent de retenir une personnalité évitante (F60.6), affection également décrite par le Dr F. \_\_\_\_\_. On a aussi le sentiment d'une structure de personnalité émotionnellement labile de type borderline. Madame C. \_\_\_\_\_ décrit des fluctuations de l'humeur. En revanche, elle n'est pas dépendante sur le plan affectif. Il y a clairement un manque d'étayage affectif. Ses parents étaient très peu présents, très peu affectueux, puis se sont montrés violents. Il y a eu des agressions sexuelles. Sa mère a toujours mis des entraves à ses relations sentimentales. Il y a clairement un problème au niveau de l'attachement.

Ce trouble de la personnalité, même s'il n'est pas certain au niveau de sa description, représente une fragilité dans un contexte de perception d'une hostilité de son environnement professionnel, ce qui a été le cas, selon l'anamnèse fournie par Madame C. \_\_\_\_\_.

Il existe une capacité résiduelle de travail compte tenu des résultats du bilan neuropsychologique et de l'absence de fatigue ou d'augmentation de la fatigabilité. Du temps où Madame C. \_\_\_\_\_ était active, elle se rendait au travail en taxi ou accompagné par son

époux. L'agoraphobie dont elle souffre de longue date n'est pas responsable d'une incapacité de travail. Actuellement, Madame C. \_\_\_\_\_ ne présente pas de limitations fonctionnelles.

Cette appréciation va à l'encontre des limitations fonctionnelles mentionnées dans le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 25 septembre 2018, ce dernier mentionnant une grande fatigabilité, des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire ; symptômes que l'on ne retrouve pas. A cette liste s'ajoutaient encore une anxiété qualifiée d'invalidante, avec une grande difficulté à sortir de son domicile.

Madame C. \_\_\_\_\_ a été en incapacité de travail dès l'automne 2016, pour des raisons somatiques initialement. Les difficultés relationnelles, présentes de longue date se sont exacerbées durant l'année 2016. Son retour s'est très mal passé. On lui a proposé de prendre une retraite anticipée ce qui a été la cause d'une décompensation psychique et d'une incapacité de travail à 100 %.

Nous pouvons retenir une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 25 septembre 2018, puis une capacité de travail entière avec la mise en place d'une aide au placement compte tenu de l'anxiété de Madame C. \_\_\_\_\_.

En l'absence d'informations plus précises, nous retenons cette date car elle correspond à l'envoi du dernier rapport du Dr F. \_\_\_\_\_. A cette date, la dose de venlafaxine était de 37.5 mg, ce qui traduit une amélioration clinique. Parmi les limitations fonctionnelles qu'il mentionnait, on ne retrouve pas la fatigue ni les troubles cognitifs. En revanche, les difficultés à sortir de son domicile persistent, mais elles étaient déjà présentes lorsque Madame C. \_\_\_\_\_ travaillait.

En conclusion, Madame C. \_\_\_\_\_ ne peut pas se confronter seule, au marché de l'emploi vu sa fragilité psychique en lien avec son trouble de la personnalité, avec une décompensation de ce trouble de la personnalité dans un contexte de perte de son travail. Avec la mise en place d'une aide au placement, sa capacité de travail est de 100 % dès le 26 septembre 2018. [...] »

Par rapport final du 15 mai 2019, le SMR s'est rallié à l'appréciation des experts, retenant une incapacité totale de travail pour toutes activités entre le mois de janvier 2017 et le 25 septembre 2018. L'OAI a rendu un projet de décision sur la base de ces éléments le 20 mai 2019, envisageant d'allouer à l'assurée une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018.

Assistée de Me Alexandre Lehmann, l'assurée a contesté le projet précité par écriture du 24 juin 2019, complétée le 31 juillet 2019. Elle s'est prévaluée de la jurisprudence rendue en lien avec les cas d'assurés proches de la retraite. Vu la date de l'expertise du Centre K. \_\_\_\_\_ et son âge, elle estimait que l'exercice d'une activité lucrative ne pouvait plus être exigée de sa part. Partant, son droit à une rente

entière d'invalidité devait être reconnu durablement dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

L'OAI s'est déterminé dans une correspondance du 9 août 2019, indiquant à l'assurée maintenir la teneur de son projet de décision du 20 mai 2019. Le rapport d'expertise du Centre K.\_\_\_\_\_, lequel pouvait se voir accorder pleine valeur probante, avait lieu d'être suivi. L'âge de l'assurée demeurait sans incidence sur l'exigibilité, étant donné qu'elle était dotée d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'employée de commerce.

Une décision portant versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période restreinte du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018 a été établie le 20 janvier 2020.

**C.** C.\_\_\_\_\_, représentée par Me Lehmann, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonale par mémoire de recours du 19 février 2020, concluant à l'allocation d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2018 jusqu'à l'âge légal ordinaire de la retraite. Elle a repris, à titre principal, les arguments avancés en procédure administrative en lien avec son âge à la date du rapport d'expertise du Centre K.\_\_\_\_\_. Elle a, subsidiairement, fait valoir que ce rapport d'expertise ne remplissait pas les exigences jurisprudentielles imposant l'examen des ressources de la personne assurée selon une grille d'évaluation normative et structurée au moyen d'indicateurs spécifiques. Elle proposait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, conforme à ces réquisits. Elle a par ailleurs sollicité d'être auditionnée par la cour cantonale dans le contexte de débats publics.

L'OAI a répondu au recours le 9 juin 2020. Il a proposé son rejet, en reprenant les explications communiquées le 9 août 2019 eu égard à la question de l'âge de l'assurée et en se référant à la jurisprudence relative à la tâche des experts.

Par courrier du 26 août 2020, l'assurée a renoncé à la tenue d'une audience de débats publics.

## **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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours contre la décision du 20 janvier 2020 a été interjeté en temps utile le 19 février 2020 auprès du tribunal compétent. Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la

loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions pour lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 2d).

**b)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 31 décembre 2018, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail dès le mois de septembre 2018 et sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps dans son domaine de compétences.

**3. 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

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)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**4. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418), ainsi qu'aux cas de

toxicomanie et de dépendance (ATF 145 V 215). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des dépendances doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références).

**c)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'un trouble psychique ou d'une dépendance suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**d)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les

références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**e)** Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un

examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

**5. a)** 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 de l'expert 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).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les

lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6. a)** En l'espèce, quoi qu'en dise la recourante dans son argumentation subsidiaire, la grille des indicateurs dégagée par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 4 supra) a été globalement suivie par les experts pour investiguer l'impact des diagnostics psychiques, ainsi que tout particulièrement de la dépendance à l'alcool présente de longue date et évoquée par l'ensemble des praticiens consultés. On observe que, hormis durant la période comprise entre janvier 2017 et septembre 2018, les atteintes à la santé psychique présentées par la recourante, dont sa dépendance avérée à l'alcool, sont demeurées sans répercussions importantes et durables sur sa capacité de travail et de gain, ainsi que sur ses ressources personnelles. A cet égard, les experts ont relevé que, sur la base des éléments anamnestiques et de leur observation, la recourante présentait en premier lieu un trouble de l'humeur, avec des épisodes dépressifs (notamment en 2015 et 2016). Ces épisodes avaient toutefois connu une évolution positive grâce aux traitements mis en œuvre (suivi spécialisé et médication). La recourante présentait également un trouble panique, avec des comportements d'évitement (en particulier peu de sorties du domicile). Cela étant, cette problématique n'était pas particulièrement sévère, dans la mesure où la recourante estimait le nombre de crises à une par mois. Au demeurant, elle avait présenté ce trouble de longue date sans que sa capacité de travail et de gain n'en ait été entravée. Il en allait de même des troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool, dont la recourante souffrait depuis de nombreuses années et qu'elle n'entendait du reste pas traiter. En outre, la recourante présentait une personnalité évitante et très anxieuse, qui la fragilisait certes en raison d'une perception hostile de son entourage, sans toutefois qu'elle ne souffre de dépendance affective en dépit d'un manque d'étayage à ce

niveau. Cette structure de personnalité, présente depuis le début de l'âge adulte, ne l'avait pas empêchée d'exercer une activité lucrative durant de nombreuses années. Enfin, les résultats du bilan neuropsychologique permettaient de conclure à l'absence de troubles significatifs (cf. en particulier : p. 5 - 8 de l'évaluation consensuelle des experts du 27 mars 2019). Les experts ont dès lors conclu à des ressources cognitives préservées notamment au vu dudit bilan. La cohérence entre le tableau clinique présenté et les diagnostics discutés n'était pas mise en doute. La recourante était au surplus compliant aux traitements mis en œuvre en dépit de la poursuite d'une consommation importante d'alcool (cf. notamment : p. 7 de l'évaluation consensuelle des expert et p. 15 de l'évaluation neuropsychologique du 27 mars 2019).

Tant l'examen du degré de gravité des atteintes que celui de la cohérence expliquent à satisfaction les conclusions des experts, qui ne sont contredites par aucun document versé au dossier. Les experts ont exposé en quoi les troubles diagnostiqués n'avaient eu que des répercussions temporaires sur la capacité de travail de la recourante et s'étaient amendés sous traitement. On peut également relever que ces troubles seraient de toute façon susceptibles d'être atténués par l'arrêt de la consommation d'alcool, ce que la recourante se refuse d'envisager. Ces considérations permettent néanmoins d'exclure que le tableau clinique soit d'une gravité suffisante et irréversible pour entraîner une invalidité au sens de la récente jurisprudence fédérale.

Sur le plan des ressources, on observe que la recourante a été en mesure de déployer une activité professionnelle sur une longue période et qu'elle était dotée des ressources personnelles et intellectuelles lui ayant permis de mener une formation complémentaire en cours d'emploi (cf. obtention d'un certificat d'assistante en gestion du personnel en 2010). En dépit d'un étayage social limité et malgré son anxiété face à l'extérieur, on remarque que la recourante a pu préserver un fonctionnement quotidien relativement normal durant ses nombreuses années d'activité professionnelle. L'examen neuropsychologique retient du reste actuellement ses capacités à communiquer, à respecter un cadre et

à s'organiser. On peut donc considérer que la recourante est encore dotée des ressources suffisantes qui permettent de nier qu'elle présente un tableau clinique grave.

On remarquera enfin que les experts ont analysé de manière parfaitement convaincante l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis 2016 et les raisons qui les ont conduits à retenir une capacité de travail intégralement recouvrée dès le 26 septembre 2018. On peut ainsi se rallier à leur appréciation.

**b)** Sur le plan somatique, les lombalgies dont souffre ou a souffert la recourante des suites d'une hernie discale n'ont pas revêtu un caractère durablement incapacitant, en tout cas pas au-delà de quelques mois en 2016. A cet égard, l'examen de l'expert neurologue du Centre K.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_, (qui a relevé uniquement des « discrets troubles statiques vertébraux ») apparaît suffisant pour statuer en ce sens, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas (cf. p. 13 et 15 du rapport d'examen neurologique du 27 mars 2019).

**c)** Etant donné les éléments ci-dessus, on ne voit pas qu'une instruction complémentaire permettrait d'apporter un éclairage nouveau ou différent du cas de la recourante. On peut dès lors rejeter sa requête tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a).

On ajoutera que le rapport d'expertise du Centre K.\_\_\_\_\_ peut se voir accorder pleine valeur probante, dans la mesure où il tient compte de l'ensemble des éléments d'anamnèse et des plaintes énoncées par la recourante. Au demeurant, les experts ont procédé à des investigations fouillées en vue d'expliquer le tableau clinique présenté par celle-ci. Ils ont notamment fait procéder à une évaluation neuropsychologique, particulièrement indiquée dans le cas particulier, et requis des analyses sanguines complémentaires, avant de communiquer

leur appréciation définitive du cas. Le rapport d'expertise du Centre K.\_\_\_\_\_ constitue ainsi une évaluation globale documentée de la situation, laquelle n'est remise en question par aucun document médical subséquent. Au surplus, on peut remarquer que tant les rapports établis par la Dre G.\_\_\_\_\_, que par le Dr F.\_\_\_\_\_, apparaissent insuffisamment étayés pour jeter le doute sur les conclusions motivées et congruentes des experts du Centre K.\_\_\_\_\_. Quant aux rapports établis par le Service de Médecine du personnel du Centre B.\_\_\_\_\_, ils s'inscrivent dans un contexte de médecine du travail et sont également très partiellement motivés, de sorte qu'ils ne permettent pas une appréciation complète et objective du cas.

**d)** Partant, il y a lieu de retenir les conclusions du Centre K.\_\_\_\_\_, reprises par le SMR et l'intimé, et de considérer que la recourante est dotée d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle d'employée de commerce à compter du 26 septembre 2018.

**7. a)** 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 (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

**b)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de

travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C\_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

**c)** S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle

obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références).

**d)** Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

**8. a)** Préalablement, il convient d'observer, à l'instar de l'intimé, que la jurisprudence rendue en lien avec les assurés proches de l'âge de la retraite, s'applique usuellement lorsqu'une exigibilité a été déterminée dans une nouvelle activité professionnelle adaptée, non pas dans l'exercice de l'activité habituelle (cf. par exemple : TF 9C\_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4 ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 69 ss ad art. 28a LAI, p. 435 ss : casuistique).

**b)** En l'occurrence, la recourante ne remet pas sérieusement en question l'adéquation de son activité habituelle, sédentaire et légère, avec son état de santé, dont les experts ont retenu l'exigibilité au taux de 100 % dès le 26 septembre 2018. Il ne s'agit donc pas de déterminer si elle a des chances de retrouver un emploi adapté à son handicap, puisqu'elle bénéficie d'une capacité de travail entière adaptée dans son activité habituelle. Dès lors, il n'y a pas lieu d'examiner son cas à l'aune de la jurisprudence relative aux assurés proches de l'âge de la retraite.

**c)** Au demeurant, si l'on devait néanmoins procéder à un tel examen, il s'agirait d'analyser la situation à la date déterminante du 27

mars 2019 (date où l'exigibilité a été fixée par les experts du Centre K.\_\_\_\_\_), alors que l'assurée a atteint l'âge légal de la retraite environ 10 mois plus tard, soit le [...] 2020. On pourrait remarquer que la recourante a réalisé son parcours professionnel essentiellement auprès d'un seul employeur, le Centre B.\_\_\_\_\_, pendant plus de 30 ans en qualité de gestionnaire de dossiers au sein de l'administration des ressources humaines. Elle est titulaire d'un CFC d'employée de commerce depuis 1975 et a été en mesure de décrocher un certificat d'assistante en gestion de personnel en 2010, ce qui démontre assurément des ressources professionnelles et une faculté d'adaptation à de nouvelles exigences. Le domaine d'activités concerné est par ailleurs un secteur où les postes sont particulièrement nombreux, y compris sous contrats de durée déterminée, notamment par le biais d'agences de travail intérimaire, en vue par exemple de procéder à des remplacements de courte durée. Vu ce contexte, on ne voit pas que l'âge de la recourante l'aurait empêchée de bénéficier de telles opportunités dans l'intervalle de 10 mois qui la séparaient de l'âge légal de la retraite.

**d)** En conclusion, au vu de l'exigibilité de la reprise de l'activité habituelle à 100 % dès le 26 septembre 2018, l'intimé était légitimé à nier le droit à la rente de la recourante au terme du délai de trois mois subséquent (cf. art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), soit au-delà du 31 décembre 2018.

**9. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 20 janvier 2020 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. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe.

**c)** N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 20 janvier 2020 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.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Alexandre Lehmann, à Lausanne (pour C. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :