

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 janvier 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

V. _____, c/o J. _____ à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'un brevet d'aptitude à l'enseignement secondaire obtenu en [...], a enseigné depuis lors les arts visuels auprès d'un établissement scolaire vaudois à un taux de 84 %.

Le 17 juillet 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'un burnout invalidant depuis le 9 janvier 2017.

Par rapport du 21 mars 2018, la Dre A._____, médecin traitant généraliste, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de burnout et dépression. Elle a précisé que l'assurée avait commencé à avoir des crises de panique, troubles de l'anxiété avec fatigue et somatisation depuis janvier 2017. Il s'en est suivi une incapacité de travail totale depuis le 31 mars 2017. A titre de limitations fonctionnelles, elle a indiqué « environnement adapté ». Elle a toutefois évalué la capacité de travail à 50 % dans toute activité immédiatement, avec une amélioration attendue dans les six à douze mois, selon évaluation, étant précisé que les moyens pour améliorer la capacité de travail étaient de trouver un milieu adapté.

Dans un rapport du 9 mai 2018, le Dr W._____, médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie consulté par l'assurée depuis mars 2017, a posé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et anxiété généralisée (F41.1) depuis janvier 2017. Il a constaté que l'assurée avait développé une symptomatologie anxio-dépressive dans le cadre d'une surcharge professionnelle ; elle présentait une thymie triste, une humeur fluctuante, des troubles de l'attention et de la concentration avec la présence d'oublis, une sensibilité accrue aux bruits et à la lumière, une perte de la confiance en soi et de l'estime de soi, des idées de culpabilité vis-à-vis de sa situation, des ruminations et craintes concernant son avenir, des

céphalées, des acouphènes, une anhédonie, une aboulie et un isolement social, puis une fatigue invalidante avec un manque d'énergie vitale. Au niveau du sommeil, la patiente présentait des réveils nocturnes, une à deux fois par nuit. Le tableau révélait en outre des angoisses envahissantes et invalidantes qui pouvaient survenir à n'importe quel moment. Ces angoisses étaient accompagnées de symptômes neurovégétatifs comme des vertiges, des fourmillements au niveau de la tête, de l'hyperventilation, des sensations d'oppression au niveau de la poitrine, de la tachycardie, de la sécheresse buccale, des crises de panique et une peur de perdre conscience. Le psychiatre a ajouté que l'assurée adoptait des stratégies d'évitement vis-à-vis des écoles et des lieux publics et il a souligné que les difficultés susmentionnées se répercutaient également sur le plan conjugal. Il a observé que, dans le cadre de la thérapie, elle avait pu mieux gérer ses angoisses qui avaient diminué au niveau de la fréquence et de l'intensité ; elle avait aussi pu reprendre confiance dans ses ressources pour se confronter aux lieux publics et reprendre contact avec ses amis. Elle avait repris son hobby, la peinture, et s'était réinscrite dans des projets artistiques. Au début du suivi, elle présentait des idées noires mais sans scénario de passage à l'acte qui s'étaient estompées au fur et à mesure du suivi. Malgré l'amélioration, le Dr W._____ considérait que la symptomatologie restait invalidante et que l'assurée présentait toujours une incapacité totale de travail. Selon le médecin, l'assurée ne pouvait plus exercer son activité d'enseignante avec des enfants et adolescents, mais il émettait un pronostic favorable si elle était accompagnée dans sa démarche d'un nouveau projet professionnel comme l'atelier d'art qu'elle envisageait pour son avenir. L'intéressée bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique mensuelle et psychothérapeutique hebdomadaire à bimensuelle. Elle prenait du Cipralex® en gouttes de 20 mg/ml (10 gouttes par jour).

Par la suite, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a interpellé le cabinet du Dr W._____ sur l'évolution de la situation. La Dre I._____, médecin assistante spécialiste en psychiatrie auprès du cabinet du Dr W._____, et la psychologue

H. _____ ont indiqué, le 5 juin 2019, que le suivi avec la patiente au sein de leur cabinet avait pris fin le 15 janvier 2019. Elles ont précisé qu'au fur et à mesure du suivi, il avait été observé une amélioration progressive et globale de la symptomatologie avec une diminution importante de l'anxiété, un amendement de la symptomatologie dépressive avec une amélioration de l'humeur, la disparition des réveils nocturnes ainsi que des céphalées et des acouphènes, une meilleure capacité de la concentration ainsi qu'une augmentation de la motivation. Elles ont ajouté que l'assurée avait des projets professionnels pour son avenir dont elle se réjouissait et pour lesquels elle s'impliquait activement et elle avait repris contact avec son réseau social, ce qui lui avait permis de sortir de l'isolement social et de reprendre confiance en elle-même. Elles ont relevé que le seul moment où les symptômes anxieux pouvaient surgir était dans un contexte de possibles soucis financiers si l'arrêt maladie n'était pas prolongé, précisant qu'il n'y avait plus de justification médicale pour poursuivre les arrêts de travail. Dans ce contexte, pour que la reprise professionnelle pût se faire progressivement ainsi que pour éviter une possible récurrence, elles avaient évalué une reprise à 50 % pour un mois dès le 1^{er} février 2019 dans une autre activité, dans l'idée de reprendre rapidement un travail à 100 %. Au moment où l'assurée avait décidé d'arrêter le suivi, soit le 15 janvier 2019, le pronostic était très favorable.

Par avis médical du 25 juillet 2019, le Dr X. _____, médecin auprès du SMR, a observé que, selon le rapport de la Dre I. _____, les éléments permettant de retenir une atteinte incapacitante n'étaient plus mis en évidence depuis janvier 2019 au moins. Bien que la durée de l'épisode semblait longue au vu de l'intensité de la symptomatologie, du traitement, de la capacité conservée de l'assurée à élaborer des projets et à éprouver du plaisir dans des activités artistiques et de l'appréciation du médecin traitant qui émettait déjà en mars 2018 une capacité de travail de 50 %, le Dr X. _____ a considéré que l'évolution évoquée par le psychiatre traitant pouvait être prise en compte, une expertise à une telle distance de la manifestation de la symptomatologie incapacitante, et après rémission, ayant une faible probabilité d'être contributive.

En date du 8 août 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 84 % pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 30 avril 2019. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'intéressée avait présenté une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 9 janvier 2017 et qu'à l'échéance du délai d'attente légal d'une année, le 9 janvier 2018, l'incapacité de travail était complète et correspondait à une invalidité de 84 %, ouvrant ainsi le droit à une rente entière six mois après la date à laquelle le droit aux prestations avait été invoqué. Il est précisé que la prise en compte d'éventuels empêchements ménagers n'avait en l'espèce aucune influence sur le droit à la rente. Il apparaissait en outre que, selon les dernières informations médicales à disposition, l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité depuis le 16 janvier 2019. Partant, il y avait lieu de supprimer la rente de l'assurée à l'échéance du délai de trois mois suivant l'amélioration, soit au 30 avril 2019.

Par acte du 6 septembre 2019, l'assurée a indiqué s'opposer au caractère temporaire de la rente, son état de santé ne lui permettant toujours pas de reprendre le travail.

Par envoi du 10 septembre 2019, l'OAI a imparti un délai à l'assurée pour faire parvenir tous les éléments sur lesquels elle souhaitait fonder sa contestation, en particulier des rapports médicaux détaillés susceptibles de lui permettre de revoir sa position.

Dans une lettre du 29 octobre 2019, la Dre A. _____ a rappelé que l'assurée avait commencé à faire des crises de panique accompagnées d'épisodes d'insomnie qui s'étaient aggravées avec un syndrome de burnout en février 2017. Elle a ajouté que la patiente était toujours en arrêt maladie à 100 % et, malgré une légère amélioration, elle restait toujours en dépression modérée sans capacité de travail dans le milieu de travail dans lequel elle était auparavant. Elle a précisé que la dernière consultation datait du 29 octobre 2019.

Le Dr X._____ a estimé le 11 décembre 2019 que ce dernier avis médical ne donnait aucune indication nouvelle par rapport à son avis du 25 juillet 2019 qu'il a maintenu.

Par décision du 14 février 2020, l'OAI a confirmé son projet précité, dont il a repris la motivation.

B. Par acte du 16 mars 2020 (timbre postal), V._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme dans le sens du maintien du droit à la rente entière au-delà du 30 avril 2019. En substance, la recourante a indiqué les causes de son burnout, soit la surcharge des classes, bruit, stress, discipline intense, changement et adaptation à divers programmes de plus en plus contraignants, plus aucun moyen de se faire respecter et de faire respecter les élèves entre eux.... et a rappelé les effets de son atteinte, soit des crises d'angoisse, céphalées, acouphènes, vertiges, perte de confiance en soi et de l'estime en soi, isolement social, insomnies, troubles de l'attention avec présence d'oublis, sensibilité et intolérance accrue aux bruits et à la lumière, manque d'énergie, beaucoup de maux physiques et psychiques. Elle a expliqué que le suivi par le cabinet du Dr W._____ avait été ponctué par des changements de psychiatres et des difficultés dans la prise de contact avec ces médecins. Elle a déclaré qu'il s'était terminé lorsque la Dre I._____ lui avait dit qu'il y avait eu rupture du lien de confiance parce qu'elle avait demandé à parler au Dr W._____. Elle a évoqué en outre des problèmes de facturation avec ce cabinet. Après cette expérience qu'elle a qualifiée de catastrophique, elle n'a plus consulté de psychiatre mais a continué à voir son médecin traitant la Dre A._____. Elle a fait valoir qu'elle était incapable de reprendre son poste précédent et a requis la mise en œuvre d'une expertise. Elle a notamment produit un courrier du 17 décembre 2019 de la T._____ (T._____) l'avisant que son invalidité temporaire totale était prolongée jusqu'au 29 février 2020.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 18 juin 2020.

Par réplique du 22 juillet 2020, la recourante, désormais représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, a conclu principalement à la réforme de ladite décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2018, y compris au-delà du 30 avril 2019, avec intérêts à 5 % l'an depuis le 1^{er} janvier 2020, et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour reprise de l'instruction. Elle a soulevé qu'à la lecture des rapports de la Dre A. _____ du 29 octobre 2019 et de la Dre I. _____ du 5 juin 2019, on pouvait observer que l'amélioration constatée en janvier 2019 n'avait pas permis à la recourante de récupérer sa capacité de travail comme l'avait indiqué la Dre I. _____ qui n'avait vu l'assurée que trois fois et pour la dernière fois le 15 janvier 2019 et qui avait au surplus évalué une reprise seulement à 50 %, durant un mois, dans une activité adaptée. Elle s'est en outre prévalue d'un avis de la Dre N. _____, spécialiste en médecine interne générale, résumé ci-dessous, et a allégué qu'elle avait cessé le suivi psychiatrique en raison de son expérience catastrophique avec le cabinet du Dr W. _____, ajoutant qu'il était difficile d'obtenir un rendez-vous auprès de médecins psychiatres et que ses démarches s'étaient compliquées en raison de la crise sanitaire liée au COVID-19, mais que des contacts avaient été pris avec le Dr E. _____, sans retour de sa part toutefois. Contestant sa rémission, elle a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise. Enfin, elle a requis la mise en place de mesures d'ordre professionnel.

La recourante a produit notamment des courriers de la T. _____ du 23 mars 2020 et du 5 juin 2020 prolongeant l'invalidité temporaire totale de l'assurée au 31 mai 2020, respectivement au 31 juillet 2020, puis une lettre du 2 juin 2020 de la Dre N. _____ adressée au médecin de la T. _____, qui a indiqué qu'elle prenait la suite de la Dre A. _____. La Dre N. _____ a vu la recourante les 3 et 27 avril ainsi que 18 mai 2020. Elle a rappelé que la recourante était en incapacité de travail depuis le 1^{er} janvier 2017 en raison d'un grave épuisement professionnel secondaire à un trouble de l'adaptation à un stress induit par ses conditions de travail ; l'assurée avait la charge de plusieurs classes d'effectifs élevés, avec de graves problèmes de discipline et elle cumulait

une fonction de cheffe de file des enseignants en dessin. Cet épuisement était responsable de symptômes anxio-dépressifs majeurs ainsi que de symptômes physiques survenant après de nombreuses années au service de son établissement sans aucune incapacité de travail. La Dre N. _____ a constaté que la recourante n'avait plus de trouble de l'humeur au prix d'une dose de maintenance d'un antidépresseur (Cipralex® 5 mg/j) mais qu'elle restait dans l'incapacité de reprendre son poste d'enseignante en arts visuels à l'I. _____. L'intéressée avait en revanche une capacité de reprendre une activité adaptée à sa vulnérabilité psychologique telle qu'un enseignement en petits groupes auprès d'enfants volontaires ou d'adultes. La médecin a relevé qu'aucun poste de substitution adapté aux problèmes de santé de l'assurée n'avait pu lui être proposé par l'I. _____ ; l'incapacité de travail était par conséquent prolongée mensuellement jusqu'à l'obtention d'un poste adapté.

Dupliquant le 27 août 2020, l'intimé a maintenu sa position. Il a produit l'avis du Dr X. _____ du 7 août 2020, selon lequel un épisode de burnout évoluait généralement vers une résolution avec une prise en charge adéquate et un changement de l'environnement de travail. Il a remarqué qu'il n'y avait aucun élément mettant en évidence une fragilité psychique constitutive qui expliquerait une décompensation d'une durée indéfinie, chez une assurée ne nécessitant plus de suivi spécialisé. Il a considéré que l'absence de reprise professionnelle était davantage en lien avec une incapacité à modifier son environnement professionnel. Il comprenait d'ailleurs mal selon quels critères strictement médicaux la Dre A. _____ évoquait jusqu'en mars 2020 une incapacité de travail totale alors qu'elle retenait une capacité de travail de 50 % dans son rapport du 21 mars 2018, tout en reconnaissant une amélioration depuis lors. Il a relevé que la spécialiste en psychiatrie, la Dre I. _____, avait confirmé l'amendement de l'atteinte psychique incapacitante, une reprise à 50 % le premier mois n'étant que recommandée en lien avec un reconditionnement au travail, non-relevant selon l'assurance-invalidité, et avec la prévention d'une hypothétique récurrence due à la reprise. Or, le Dr X. _____ a souligné qu'il ne pouvait pas retenir une péjoration de l'état psychique sous la forme d'une récurrence due à la reprise étant donné

qu'aucune reprise n'avait été tentée par l'assurée. En l'absence d'une atteinte incapacitante rendue vraisemblable, il ne pouvait retenir aucune limitation fonctionnelle ni diminution de la capacité de travail actuelles.

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. 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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 avril 2019.

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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid.

4.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes 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 citées). 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). 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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique 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).

Selon la jurisprudence, un état d'épuisement de type « burnout » ne constitue en principe pas une atteinte à la santé invalidante (TF 9C_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.2 ; TF 9C_537/2011 du 28 juin 2012 consid. 3.1, *in* SVR 2012 IV n° 52 p. 188; TF 8C_302/2011 du 20 septembre 2011 consid. 2.3, *in* SVR 2012 IV n° 22 p. 95). En effet, selon le Tribunal fédéral, le burnout peut se produire chez des personnes présentant certains traits de personnalité dans des situations de stress psychosocial et est répertorié sous le code de diagnostic CIM-10 Z73.0. Il ne correspond toutefois pas à une maladie au sens des systèmes de classification internationaux reconnus. Les codes Z sont des facteurs qui influent sur l'état de santé et conduisent à l'utilisation des services de santé. Les catégories Z00-Z99 sont destinées aux cas dans lesquels les circonstances sont indiquées comme des "diagnostics" ou des "problèmes" qui ne peuvent être classés comme maladie, blessure ou cause externe selon les catégories A00-Y89. Le burnout en tant que tel ne relève donc pas de la notion d'atteinte significative à la santé au sens du droit des personnes invalides (TF 8C_302/2011 du 20 septembre 2011 consid. 2.3) ; en principe, il ne constitue donc pas à lui seul une atteinte à la santé invalidante (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 ; TF 9C_537/2011 du 28 juin 2012 consid. 3.1 ; SVR 2008 IV n° 62 p. 203, TF 9C_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 4.2)

6. La recourante nie une amélioration de son état de santé et la récupération de sa capacité de travail.

Les médecins généralistes, soit la Dre A. _____ et la Dre N. _____ ont posé les diagnostics de burnout et de dépression, respectivement de grave épuisement professionnel secondaire à un

trouble de l'adaptation à un stress induit par ses conditions de travail. Pour sa part, le médecin psychiatre a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et anxiété généralisée (F41.1) en précisant que la symptomatologie anxio-dépressive avait été développée dans le cadre d'une surcharge professionnelle. La terminologie diffère quelque peu mais la description des troubles en question et leurs effets sont les mêmes ; s'agissant d'atteintes psychiques, on retiendra les diagnostics posés par le spécialiste, qui sont d'ailleurs plus précis et qui sont motivés par des constats cliniques détaillés.

Quand bien même la recourante se plaint des changements de médecins psychiatres au sein du cabinet du Dr W._____ et de difficultés qu'elle a eues avec ce cabinet, notamment pour obtenir des rendez-vous et des problèmes concernant la facturation, on constate qu'elle ne conteste pas le contenu des rapports médicaux établis par les médecins de ce cabinet, sous réserve du pronostic très favorable qui a été émis à la dernière consultation. Les effets des atteintes tels que la fatigue, les crises d'angoisse, les céphalées, les acouphènes, la perte de confiance et d'estime de soi, les insomnies et les troubles de l'attention dont elle se prévaut dans son acte de recours sont précisément les symptômes retenus par le Dr W._____. On relève en outre que le suivi a duré près de deux ans auprès du même cabinet de psychiatres et que les différents rapports médicaux au dossier émanant de ce cabinet font part d'une évolution suivie quand bien même plusieurs psychiatres se sont occupés de ce suivi. Il n'y a aucune raison de ne pas se fier à ces avis médicaux qui sont d'ailleurs les seuls établis par des psychiatres que la recourante a produits puisqu'elle n'a plus consulté de psychiatre depuis janvier 2019.

Le rapport du 9 mai 2018 du Dr W._____ est particulièrement circonstancié et précis ; après une anamnèse, il décrit tant les symptômes que les effets des atteintes sur la capacité de travail et informe sur le traitement suivi. Ainsi, en mai 2018, il a constaté que l'assurée présentait une thymie triste et que son humeur était dépressive. Il a noté une altération du sommeil avec des réveils nocturnes, puis des

ruminations importantes concernant sa situation, des craintes concernant son avenir. La recourante présentait un trouble de la concentration et de l'attention, ainsi qu'une hypersensibilité émotionnelle et des angoisses envahissantes, des mimiques faciales et corporelles qui exprimaient une tension interne ainsi qu'une anxiété importante éprouvée par la patiente. Il a souligné que les signes d'hypervigilance et les stratégies d'évitement restaient présents notamment concernant les établissements scolaires. L'assurée exprimait une méfiance et une peur face à l'avenir et n'arrivait pas à se projeter. Le psychiatre en a déduit que la recourante ne pouvait plus exercer son activité d'enseignante avec les enfants et adolescents mais que le pronostic était favorable si elle était soutenue dans sa démarche d'un nouveau projet professionnel comme l'atelier d'art qu'elle envisageait pour son avenir. Il a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : « fatigabilité invalidante, troubles de la concentration et de l'attention, oublis, angoisses envahissantes et invalidantes, humeur fluctuante, perte de la confiance et de l'estime de soi, céphalées ».

En juin 2019, la Dre I. _____ et la psychologue H. _____ ont indiqué que le suivi avec la patiente au sein de leur cabinet avait pris fin le 15 janvier 2019. Elles ont constaté une amélioration progressive et globale de la symptomatologie avec une diminution importante de l'anxiété, un amendement de la symptomatologie dépressive avec une amélioration de l'humeur, la disparition des réveils nocturnes, des céphalées et des acouphènes, une meilleure capacité de la concentration ainsi qu'une augmentation de la motivation. Elles ont ajouté que l'assurée avait des projets professionnels pour son avenir dont elle se réjouissait et pour lesquels elle s'impliquait activement et elle avait repris contact avec son réseau social, ce qui lui avait permis de sortir de l'isolement social et de reprendre confiance en elle-même. La Dre I. _____ a ainsi non seulement constaté la disparition des limitations fonctionnelles, mais également la récupération par l'assurée de ses ressources.

L'ensemble de ces constatations démontre une amélioration cohérente et objectivée de l'état de santé de la recourante. Elles reprennent tous les symptômes et observent qu'ils se sont réduits

considérablement, voire ont disparu. Les seuls symptômes anxieux persistants, résultant de possibles soucis financiers si l'arrêt maladie n'était pas prolongé, ne sont pas pertinents pour apprécier les effets de l'atteinte sur la capacité de travail ; d'ailleurs, la psychiatre a précisé qu'il n'y avait plus de justification médicale pour poursuivre les arrêts de travail. Pour une reprise professionnelle progressive, elle a préconisé une reprise à 50 % pendant un mois dès le 1^{er} février 2019 dans une autre activité afin d'occuper rapidement un emploi à 100 %. Elle a ajouté que le 15 janvier 2019, le pronostic était très favorable.

Outre le fait qu'elle n'est pas spécialiste des atteintes psychiatriques, la Dre A. _____ ne donne pas, dans son avis du 29 octobre 2019, une appréciation circonstanciée de l'état de santé de l'assurée. Elle y reconnaît une amélioration de l'état de santé mais en ajoutant, sans apporter d'éléments pour étayer sa position, que l'assurée restait toujours en dépression modérée sans capacité de travail dans le milieu de travail dans lequel elle était auparavant. Ce médecin admet d'ailleurs que l'incapacité de travail est liée au précédent environnement de travail de la recourante et n'exclut pas l'exercice d'une activité dans un environnement différent. Dans son avis du 21 mars 2018, la Dre A. _____ avait déjà mentionné un « environnement adapté » à titre de limitations fonctionnelles et avait estimé que la capacité de travail était de 50 % dans toute activité immédiatement, avec une amélioration attendue dans les six à douze mois, selon évaluation, en rappelant que les moyens pour améliorer la capacité de travail étaient de trouver un milieu adapté. La restriction à une reprise d'emploi était donc déjà indiquée en mars 2018 comme étant le milieu professionnel dans lequel l'assurée évoluait lors du début de l'atteinte.

Le problème lié à l'environnement de travail, qui est déterminant dans ce genre d'atteinte, est également soulevé par la Dre N. _____ le 2 juin 2020. Après avoir décrit les conditions de travail de la recourante, ce médecin a noté que son épuisement professionnel était responsable de symptômes anxio-dépressifs majeurs ainsi que de symptômes physiques. La Dre N. _____ a cependant également constaté

que la recourante n'avait plus de trouble de l'humeur pour autant qu'elle poursuive son traitement médical, soit la prise d'un antidépresseur dont la prescription a toutefois nettement diminué en intensité (Ciprallex® 5 mg/j au lieu de 10) et est exigible de l'assurée. La Dre N. _____ a indiqué que la recourante restait dans l'incapacité de reprendre son poste d'enseignante en arts visuels à l'I. _____ et a reconnu qu'elle avait en revanche une capacité de reprendre une activité adaptée à sa vulnérabilité psychologique telle qu'un enseignement en petits groupes auprès d'enfants volontaires ou d'adultes. Le médecin a indiqué que, comme aucun poste de substitution adapté aux problèmes de santé de l'assurée n'avait pu lui être proposé par l'I. _____, l'incapacité de travail était par conséquent prolongée mensuellement jusqu'à l'obtention d'un poste adapté. Elle a ainsi clairement lié de cause à effet l'absence de proposition concrète de poste avec l'incapacité de travail. Or, il n'est pas déterminant de savoir si la recourante a concrètement trouvé un autre poste d'enseignante moins astreignant mais bien de déterminer si elle est capable de reprendre le travail dans son activité habituelle d'enseignante, ce qui est admis par la Dre N. _____. On relève qu'une telle activité peut être réalisée auprès du même employeur, soit l'I. _____, mais dans des conditions de travail différentes (classes moins nombreuses, avec une discipline plus établie et sans responsabilité de cheffe de file) ou pour un autre employeur (comme une école privée par exemple).

Il s'ensuit que même les médecins traitants généralistes n'excluent pas l'exercice d'une activité d'enseignante par l'assurée pour autant que le poste ne soit pas celui qu'elle occupait auparavant. La reconduction de l'incapacité de travail ne concerne ainsi que le poste d'enseignante dans l'établissement scolaire où elle travaillait auparavant et qui présentait des contraintes trop lourdes à supporter pour la recourante.

L'appréciation du Dr X. _____ est ainsi conforme aux rapports médicaux des médecins traitants, généralistes et spécialistes, lesquels n'ont fourni aucun élément permettant d'infirmer l'amélioration de l'état de santé qu'ils ont d'ailleurs tous constatée, ni l'ampleur de cette

amélioration telle que décrite de manière détaillée par la Dre I._____ en juin 2019, étant entendu que l'incapacité de travail était maintenue pour le poste occupé précédemment.

Le traitement suivi actuellement ne parle pas non plus en faveur d'une atteinte psychique invalidante. En effet, le traitement médicamenteux actuellement en place est relativement léger ; puis la recourante ne consulte plus de psychiatre depuis janvier 2019. Les difficultés invoquées par la recourante d'obtenir un rendez-vous chez un psychiatre ne justifient pas cette absence de suivi pendant près de deux ans ; la crise sanitaire liée au COVID-19 n'avait d'ailleurs pas encore apparu en janvier 2019.

En définitive, le Dr X._____ était fondé à considérer qu'à partir du 16 janvier 2019 l'atteinte psychique consécutive à un burnout n'était plus invalidante, que l'absence de reprise professionnelle de la recourante était davantage en lien avec une incapacité à modifier son environnement professionnel et qu'il n'y avait aucun élément médical mettant en évidence une fragilité psychique constitutive qui expliquerait une décompensation d'une durée indéfinie, chez une assurée ne nécessitant plus de suivi spécialisé. En outre, les diagnostics posés par le Dr W._____ d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'anxiété généralisée sont liés à un état d'épuisement de type « burnout » qui, selon la jurisprudence (cf. consid. 5 supra), ne constitue en principe pas une atteinte à la santé invalidante. Or, comme l'a relevé le Dr X._____, aucun élément médical ne permet de retenir des circonstances particulières qui laisseraient apparaître une forme si grave de ces atteintes qu'elles seraient encore totalement invalidantes après le 30 avril 2019.

Ainsi, la recourante ne présente plus d'incapacité de travail dans son activité habituelle depuis le 16 janvier 2019, mais jouit d'une pleine capacité de travail depuis lors. Partant, l'intimé a justement procédé à la suppression de la rente au 30 avril 2019, soit trois mois après

la date à laquelle la recourante a recouvré sa capacité de travail (art. 88a al. 1 RAI).

Compte tenu de ce qui précède, la question d'éventuelles mesures professionnelles, au sens de l'art. 8 al. 1 LAI, est sans objet.

7. Le dossier étant complet, permettant ainsi au tribunal de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (par appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En effet, cette mesure n'est pas susceptible de modifier l'appréciation de la Cour de céans s'agissant des atteintes à la santé de la recourante et de leur influence sur sa capacité de travail.

8. a) Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 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. (cf. 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 de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 14 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de V._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :