

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 février 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourante, représentée par [...], au Centre de [...], à [...],

et

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

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), d'origine portugaise, née en Suisse en 199[...], a débuté un apprentissage d'assistante en soins et santé communautaire en 2013 qu'elle a interrompu en janvier 2015 en raison de problèmes de dos et de dépression. Elle a ensuite entrepris en août 2017 un stage à 100% à la N._____ à [...] auquel elle a dû renoncer le 13 novembre 2017, date à laquelle elle a été victime d'un anévrisme cérébral.

L'assurée a retrouvé du travail à 100% à compter du 30 avril 2018 comme opératrice de production auprès de S._____ à [...]. Elle a présenté une nouvelle incapacité de travail dès le mois d'avril 2019 et a reçu sa lettre de licenciement le 24 juillet 2019, avec effet au 30 septembre 2019.

L'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) le 14 août 2019 à la suite d'une procédure de détection précoce initiée par l'assureur perte de gain L._____ en février 2018. Elle a indiqué souffrir de troubles psychiatriques (trouble bipolaire de type II et personnalité émotionnellement labile) depuis le début de l'âge adulte.

O._____, nouvel assureur perte de gain maladie, a transmis son dossier à l'OAI le 30 septembre 2019. On en extrait les documents suivants :

- un rapport du 19 juin 2019 établi par le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre de [...] (ci-après : le Centre [...]) lequel a posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire (F31.3), épisode actuel de dépression légère (F32.0), sans symptômes psychotiques ni somatiques, de boulimie atypique (F50.3) et de personnalité émotionnellement labile (F60.3). Le trouble bipolaire était notamment retenu en raison d'un épisode hypomane après

introduction d'un nouvel anti-dépresseur. L'incapacité de travail était totale depuis le 20 mai 2019 et pour le moment, aucune activité n'était envisageable, même dans un emploi adapté. Le pronostic était cependant bon pour l'avenir.

- un rapport du 17 juin 2019 de la Dre G._____, médecin-traitante, laquelle retient le diagnostic d'état anxieux, dans un contexte de stress (tensions professionnelles et IRM cérébrale de contrôle d'un anévrisme carotido-ophtalmique).

Dans un avis du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) du 13 novembre 2019, le Dr Q._____ a proposé de réaliser une évaluation spécialisée afin de déterminer les diagnostics psychiatriques incapacitants et leur degré de gravité, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail. Il a constaté qu'il n'y avait pas d'autres limitations fonctionnelles justifiant une diminution de la capacité de travail dans un autre axe, les médecins-traitants ne signalant pas d'atteintes somatiques, notamment rachidienne ou cérébro-vasculaire.

O._____ a mandaté le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour expertiser l'assurée. Ce médecin, qui a examiné l'intéressée le 16 mars 2020, a établi un rapport le 19 mars 2020 au terme duquel il n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Le trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission (F31.7) et la personnalité émotionnellement labile (F60.3), présentés par l'assurée, étaient sans influence sur la capacité de travail. Le Dr K._____ a considéré qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité à compter du 17 mars 2020. Se fondant sur ce rapport, [...] a informé l'assurée qu'elle cesserait de verser les indemnités journalières en cas de maladie à compter du 1^{er} avril 2020.

Le 25 mars 2020, O._____ a transmis à l'OAI une copie de l'expertise du Dr K._____ du 19 mars 2020. Le SMR, qui en a pris connaissance, a retenu dans un rapport du 10 novembre 2020 qu'il n'y

avait aucun élément justifiant de s'écarter de l'appréciation du Dr K._____. L'expertise psychiatrique proposée dans le précédent avis du 13 novembre 2019 n'était par conséquent plus nécessaire.

Le 11 novembre 2020, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision l'informant qu'il entendait refuser de lui octroyer des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente), au motif qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dès le 17 mars 2020 et que l'incapacité de travail subie depuis le 24 avril 2019 était inférieure à une année, de sorte que le droit à la rente n'était pas ouvert. L'OAI a confirmé son projet par décision du 12 février 2021.

B. Le 19 février 2021, T._____, représentée par le service social et juridique du Centre [...], a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 11 novembre 2020, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à des prestations de l'assurances-invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle conteste l'appréciation de l'OAI relative à sa capacité de travail, et soutient que les nombreux échecs rencontrés durant sa vie professionnelle sont liés à ses troubles psychiatriques. A l'appui de son recours, elle produit les documents suivants :

- un rapport du 30 janvier 2018 établi par les Drs M._____ et Z._____, neuroradiologues, décrivant le protocole opératoire d'une embolisation d'anévrisme cérébral réalisée le 11 janvier 2018 ;
- un certificat médical du 18 janvier 2021 établi par la Dre G._____, laquelle indique suivre l'assurée depuis le 11 novembre 2020 en raison d'un état anxieux avec multiples phases dépressives. Sur le plan somatique, elle a fait mention de lombalgies évoluant depuis 2014, de gonalgies bilatérales dans un contexte de lésion ostéochondrale et de discopathie L4-L5 avec mise en évidence d'une hernie

discale L4-L5 en janvier 2015, ainsi que d'un suivi IRM régulier dans les suites d'un traitement par voie endovasculaire d'un anévrisme carotido-ophtalmique. Au vu des limitations physiques (port de charges, évitement des positions statiques prolongées, genuflexion, escaliers, efforts physiques soutenus) et psychologique, il était souhaitable pour l'assurée d'envisager un soutien de l'OAI pour une reconversion professionnelle.

- six certificats médicaux établis par le Dr X._____, lequel atteste d'une totale incapacité de travail du 1^{er} au 15 octobre 2020, puis du 1^{er} novembre 2020 au 19 février 2021.

Dans sa réponse du 14 avril 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, observant que l'assurée n'apportait pas d'éléments suffisamment pertinents pour remettre en cause son appréciation de l'aptitude au travail.

E n d r o i t :

1. 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).

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

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à des mesures d'ordre professionnel et à une rente.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 12 février 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPG).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore

être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. L'intimé a considéré que l'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans toute activité, se fondant sur l'expertise du Dr K._____ pour justifier sa position. Cette expertise est probante. Elle expose notamment que le trouble bipolaire présenté par l'assurée est en rémission et que la seule labilité émotionnelle de l'intéressée ne justifie pas une incapacité de travail. Elle souligne également, de manière pertinente, plusieurs incohérences dans les rapports du Centre [...], ce qui relativise fortement la valeur probante des incapacités de travail attestées par le médecin de ce centre. On relèvera notamment l'écart important signalé par l'expert entre les limitations alléguées par l'assurée et

l'autonomie qu'elle décrit s'agissant des activités entreprises dans le cadre de la vie quotidienne, le fait qu'il n'y a eu aucune adaptation du traitement pharmacologique en plusieurs mois, ni d'adaptation du taux d'incapacité de travail alors qu'une évolution favorable a été évoquée et enfin qu'il paraît incohérent qu'une incapacité de travail soit attestée médicalement alors que l'assurée s'est dit prête à débiter un apprentissage si elle trouvait une place dans un domaine qui l'intéressait.

Dans son recours, la recourante ne revient pas sur ces incohérences relevées par l'expert. Elle se limite à alléguer une incapacité de travail durable depuis l'an 2000 ainsi que ses efforts pour surmonter ses difficultés, sans démontrer en quoi les constatations de l'expert seraient erronées ou douteuses. Elle se prévaut également des certificats d'incapacité de travail établis sans motivation par le psychiatre traitant et du rapport du 18 janvier 2021 de la Dre G._____, médecin généraliste traitante. Cette thérapeute atteste diverses limitations physiques, qu'elle détaille, et psychologiques, dont elle ne dit rien, avant de déclarer qu'« il serait souhaitable d'envisager un soutien pour une reconversion professionnelle ». Elle n'atteste pas d'incapacité de travail, hormis les limitations fonctionnelles en lien avec les troubles somatiques décrits. Ce rapport est manifestement insuffisant pour constater une incapacité de travail en raison d'une atteinte à la santé psychique. Il permet tout au plus de mettre en évidence le fait que la recourante présente probablement des limitations fonctionnelles en raison d'atteintes à la santé physiques, sans que ces limitations soient suffisamment conséquentes pour entraîner une diminution notable de la capacité de gain, qui justifierait des mesures d'ordre professionnel ou une rente.

Compte tenu de ce qui précède, l'OAI soutient à juste titre et sur la base d'un rapport d'expertise convainquant que la recourante présente une pleine capacité de travail dans toute activité.

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

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

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- [...], Centre de [...] (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :