

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 octobre 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

S. _____, à R. _____, recourante,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1978, divorcée en 2021, est mère de trois enfants nés en 2006, 2009 et 2013. Titulaire d'un diplôme d'éducatrice de la petite enfance obtenu en 2004, elle a perçu des prestations de l'assurance-chômage à compter du 13 mai 2019, puis de l'assurance perte de gain maladie jusqu'au 12 février 2022. Elle est au bénéfice du revenu d'insertion depuis le 1^{er} avril 2022.

Souffrant de troubles psychiques, S._____ a déposé, le 30 mai 2022, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Le 30 juin 2022, l'assurée a complété le formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) ». Elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50 % dans des activités manuelles ou avec des enfants. Le reste du temps serait consacré aux soins du ménage, à la lecture, au dessin ou à des activités en plein air.

Dans un rapport médical du 8 novembre 2022 à l'office AI, le Dr N._____, médecin-chef d'établissement auprès du Centre L._____, a indiqué qu'il se chargeait du suivi de l'assurée depuis le 3 septembre 2021 et que la dernière consultation datait du 26 septembre 2022. Il a posé pour seul diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - celui de trouble schizophréniforme, existant depuis le mois de juillet 2021 ; en rémission actuellement (l'épisode a duré six mois). S'il a attesté d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle du 7 septembre 2021 au 30 septembre 2022, il a néanmoins indiqué que la pathologie diagnostiquée était en rémission au jour du rapport, l'épisode schizophréniforme n'ayant duré que six mois. Même s'il n'existait plus de limitations fonctionnelles majeures durables, la vulnérabilité de l'assurée associée à la gravité de l'épisode schizophréniforme risquait d'affaiblir les capacités d'adaptation en cas de stress ou de pression majeure. Aussi, tout en retenant un pronostic favorable, le Dr N._____ estimait qu'il

convenait d'envisager une adaptation progressive du taux d'occupation afin de tenir compte des difficultés de l'assurée à s'organiser et à gérer les situations stressantes.

Par projet de décision du 16 janvier 2023, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser l'octroi de prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité). Il a expliqué que, compte tenu de la date à laquelle la demande de prestations avait été déposée, à savoir le 30 mai 2022, le droit à une rente d'invalidité n'avait pris naissance qu'à compter du 1^{er} novembre 2022. Or, à cette date, la capacité de travail exigible était de 100 % en toutes activités.

En l'absence de contestation, l'office AI a, par décision du 27 février 2023, entériné son refus de prester conformément à son projet de décision du 16 janvier 2023.

B. **a)** Par acte du 27 mars 2023, S._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois d'un recours contre la décision du 27 février 2023, concluant à son annulation. Même si le Dr N._____ n'avait pas formellement attesté d'incapacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2022, il estimait néanmoins que sa patiente était toujours en incapacité totale de travail et qu'elle avait, pour cette raison, besoin d'être accompagnée par l'office AI dans ses démarches en vue d'une réinsertion professionnelle. A l'appui de ses allégations, l'assurée a transmis un rapport établi le 21 mars 2023 par son psychiatre-traitant dans lequel ce médecin attestait que l'incapacité totale de travail perdurait au-delà du 30 septembre 2022.

b) Dans sa réponse du 30 mai 2023, l'office AI a conclu au rejet du recours pour les motifs exposés dans sa décision du 27 février 2023.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

b) 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 LPGGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

4. a) Pour 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. a) En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, il y a lieu de constater qu'il n'existe au dossier aucun élément d'ordre médical justifiant de s'écarter de l'appréciation réalisée par le Dr N._____.

b) Dans son rapport du 8 novembre 2022, ce médecin a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'éducatrice de la petite enfance du 7 septembre 2021 au 30 septembre 2022, précisant que la dernière consultation remontait au 26 septembre 2022. Il a fait état d'un trouble schizophréniforme existant depuis juillet 2021, dont l'épisode aurait duré six mois et qui était, quoi qu'il en soit, en rémission au jour du rapport.

Même si l'on retenait une incapacité de travail antérieure, c'est-à-dire ayant débuté avant le mois de septembre 2021, le droit à une rente ne serait ouvert qu'à compter du 1^{er} novembre 2022 compte tenu du dépôt (tardif) de la demande de prestations de l'assurance-invalidité le 30 mai 2022 (art. 29 al. 1 LAI et considérant 3c ci-dessus). Or, au 8 novembre 2022, date du rapport du Dr N._____, la capacité de travail était complète dans l'activité habituelle.

Quoi qu'en dise la recourante, le rapport établi le 21 mars 2023 par le Dr N. _____ ne permet pas une autre appréciation, dès lors que ce médecin n'a retenu aucun diagnostic incapacitant puisqu'il a confirmé que le trouble schizophréniforme est en rémission, se limitant à mentionner que « la fragilité sur le plan psychique ne permet pas d'envisager un retour dans la vie professionnelle sans une mesure d'accompagnement et de reconditionnement progressif dans le monde du travail ». Il a au demeurant relevé que l'évolution était favorable et que le pronostic global était bon.

c) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que la recourante n'a pas présenté une incapacité de travail au-delà du mois de septembre 2022 et que, compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestations le 30 mai 2022, aucun droit à la rente n'a donc pris naissance en sa faveur (art. 29 al. 1 LAI). Il en va de même du droit à des mesures professionnelles puisque, avec une capacité de travail totale dans l'activité habituelle, la recourante, dont on peut attendre qu'elle reprenne l'activité d'éducatrice de la petite enfance, ne présente aucune invalidité (art. 8 al. 1 LPGA et 8 al. 1 LAI).

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

7. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 27 février 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de S._____.

- 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 :

- Mme S._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :