

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2023

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu, juge et Mme Feusi, assesseure
Greffier : M. Dutoit

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, a travaillé comme employée de banque auprès de K._____ SA dès le 1^{er} février 2006.

En incapacité totale de travail dès le 26 février 2021, l'assurée a été licenciée avec effet au 31 mars 2022.

Par formulaire non daté reçu le 16 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé), l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant un burn-out consécutif à une charge excessive de travail.

Le 12 janvier 2022, l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, soit G._____ SA, a transmis à l'Office AI un rapport du 11 mai 2021 établi à sa demande par la Dre O._____, médecin généraliste traitante, laquelle retenait le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'état dépressif modéré à sévère apparu à l'automne 2020. Elle a exposé que l'assurée, laquelle rapportait des difficultés de concentration, une irritabilité, une labilité émotionnelle et des troubles du sommeil, était triste, pleurant durant l'entretien, et présentait des difficultés de concentration et des troubles de la mémoire qui limitaient la capacité de travail dans l'activité actuelle.

Par rapport du 9 novembre 2021 également adressé à l'Office AI par l'assureur perte de gain en cas de maladie, la Dre Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis le 2 avril 2021 ensuite d'un épuisement professionnel. Les troubles avaient débuté cinq mois avant le début de la prise en charge dans un contexte de restructuration d'entreprise ayant entraîné une surcharge de travail et une détérioration de l'environnement professionnel. Elle faisait état d'une fatigue physique, psychique et émotionnelle avec des troubles de l'attention et de la concentration, d'une

altération de la mémoire de travail, d'une labilité affective, d'une faible tolérance au stress, ainsi que d'une fatigabilité. S'agissant de la capacité de travail, elle était actuellement nulle, y compris auprès d'un autre employeur.

Le 15 mars 2022, l'Office AI a adressé plusieurs courriers à l'assurée, par lesquels il l'invitait à répondre à un questionnaire relatif à l'activité lucrative qui serait exercée en l'absence d'atteinte à la santé et sollicitait différents documents.

Par courrier du 14 juin 2022, l'Office AI a fixé un entretien à l'assurée pour faire un point sur sa situation personnelle et professionnelle dans le cadre de la phase d'intervention précoce.

Dans un courrier du 26 août 2022, l'Office AI a invité l'assurée à prendre contact avec son spécialiste en réinsertion professionnelle par téléphone.

Par courrier recommandé du 13 septembre 2022, l'Office AI a adressé une sommation à l'assurée et lui a imparti un ultime délai au 13 octobre 2022 pour fournir les documents sollicités le 15 mars 2022, puis à l'occasion de multiples rappels. Il a indiqué qu'en cas de refus inexcusable de se conformer à l'obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, il serait statué en l'état du dossier ou il serait décidé de ne pas entrer en matière.

Dans une communication du 5 octobre 2022, l'Office AI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant, cette dernière n'ayant pas donné suite aux différents appels et au courrier du 26 août 2022.

Par projet de décision du 12 décembre 2022, l'Office AI a indiqué à l'assurée qu'elle ne pouvait pas prétendre à une rente de

l'assurance-invalidité, dès lors que sa capacité de travail était totale dans son activité habituelle – pour autant qu'elle soit exercée auprès d'un autre employeur – à compter du 1^{er} mai 2022, date potentielle de naissance du droit à la rente.

Le 8 janvier 2023, l'assurée a adressé ses objections à l'encontre du projet de décision précité. Elle a fait valoir, en substance, qu'elle n'avait pas donné suite aux sollicitations de l'Office AI, au motif qu'elle ne savait pas quoi faire ni comment répondre. Elle a expliqué qu'après son burn-out, elle avait été suivie par une psychologue, mais que son licenciement avait été un nouveau choc et que depuis, elle cherchait du travail, ce qui n'était pas simple après une telle période et dans les conditions actuelles du marché du travail. Elle a ajouté par ailleurs qu'elle ne comprenait pas sur quelle base une capacité de travail complète dans son activité habituelle lui avait été reconnue.

Par courrier du 10 janvier 2023, l'Office AI a informé l'assurée que, dans la procédure de contestation, il lui appartenait de fournir les éléments susceptibles de permettre à l'Office AI de modifier sa position, en particulier les rapports médicaux détaillés, impartissant un délai supplémentaire au 10 février 2023 pour y procéder.

Par décision du 27 février 2023, l'Office AI a constaté que l'assurée n'avait fourni aucun élément lui permettant de revoir sa position et, partant, a confirmé son projet du 12 décembre 2022.

B. Par acte du 21 mars 2023, T._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'occupation de 80 % lui soit accordée. Elle a fait valoir une diminution de sa capacité de travail consécutive à son burn-out. L'intéressée a soutenu que depuis le mois de février 2021, elle présentait notamment une concentration en baisse, des fatigues répétées et importantes et des troubles du sommeil, ce qui amoindrissait ces chances de retrouver un travail similaire à celui qu'elle

occupait auparavant. Elle conservait toutefois l'espoir de trouver un emploi à mi-temps.

A l'appui de sa réponse du 11 mai 2023, l'Office AI a transmis un avis rédigé le 1^{er} mai 2023 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). La Dre S._____, médecin praticienne, y retenait le diagnostic de burn-out sans limitation fonctionnelle durable.

Répliquant le 30 mai 2023, l'assurée a réitéré ses arguments et maintenu ses conclusions. En particulier, elle a indiqué ne plus être plus suivie médicalement depuis la perte de son emploi et a rectifié les conclusions de son recours, précisant qu'elle sollicitait l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'occupation de 50 % et non pas de 80 %.

L'Office AI a maintenu sa position aux termes de sa duplique du 21 juin 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, singulièrement à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

En l'occurrence, la recourante a déposé une demande de prestations auprès de l'Office AI le 16 novembre 2021. Le nouveau droit est par conséquent applicable.

4. 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).

5. 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).

6. a) Pour retenir que la recourante présentait dès le 1^{er} mai 2022 une capacité de travail totale auprès d'un autre employeur, l'intimé a examiné les éléments médicaux réunis par l'assureur perte de gain maladie. Dans ce contexte, la Dre O._____ a relevé que la capacité de travail était limitée dans l'activité actuelle (cf. rapport du 11 mai 2021), alors que la Dre Z._____ a exposé, dans un rapport du 9 novembre 2021, que la capacité de travail était actuellement nulle, y compris auprès d'un autre employeur.

Cela étant, ces rapports ont été établis alors que la recourante était encore employée par K._____ SA et font état de troubles apparus dans un contexte de dégradation de l'environnement professionnel (cf. en particulier le rapport de la Dre Z._____ du 9 novembre 2021).

Actuellement, il ne ressort du dossier aucun élément objectif permettant d'inférer que la capacité de travail de l'intéressée serait limitée sur le plan médical. Au contraire, cette dernière ne fait plus l'objet d'aucun suivi spécialisé sur le plan psychiatrique depuis la perte de son emploi, intervenue au mois de mars 2022. Si elle estime présenter encore une concentration en baisse, des fatigues répétées et importantes, ainsi que des troubles du sommeil, ses déclarations ne sont étayées par aucun

médecin, malgré la demande formulée par l'intimé le 10 janvier 2023 de fournir des rapports médicaux détaillés décrivant son état de santé actuel.

b) Il est le lieu de préciser qu'il n'est pas possible d'examiner le droit à des prestations de l'assurance-invalidité sur la base de simples déclarations de la personne assurée, celles-ci devant être confrontées à des éléments objectifs que la recourante n'a pas été en mesure, dans le cas d'espèce, de produire.

c) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en refusant à la recourante, en l'absence de preuve d'une incapacité de travail, l'allocation des prestations de l'assurance-invalidité.

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision rendue le 27 février 2023 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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.

c) 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 T._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- 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).

Le greffier :