

VD_GERICHTE ZD17.027122 vom 29. Januar 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.027122

FR: VD_GERICHTE ZD17.027122 du 29 janvier 2018

IT: VD_GERICHTE ZD17.027122 del 29 gennaio 2018

Erwägungen

E. 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 en principe à la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]), et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

E. 2

a) 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

- 20 - 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité ensuite de sa demande du 10 février 2014, singulièrement sur le point de savoir si l'OAI était fondé à supprimer sa rente entière d'invalidité avec effet au 1er septembre 2015. La recourante conteste en particulier l'évaluation de la capacité de travail à laquelle a procédé l'intimé, étant d'avis que la problématique somatique a été négligée.

E. 3

La recourante fait également valoir plusieurs moyens de nature formelle, qu'il convient d'examiner au préalable, dans la mesure où ils sont susceptibles de conduire à l'annulation de la décision indépendamment des chances de succès sur le fond (cf. TF 9C_763/2013 du 12 février 2014 consid. 3.1). Elle soutient qu'elle n'a pas reçu la décision du 22 mai 2017, laquelle était viciée car elle ne contenait pas les voies de recours. Elle considère en outre que la décision était insuffisamment motivée, reprochant à l'OAI de ne s'être pas prononcé sur les griefs qu'elle a soulevés en procédure administrative, reprochant plus particulièrement à l'OAI de ne pas avoir instruit la problématique somatique. a) aa) Selon

l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. L'art. 44 al. 1 LPA-VD prévoit que les décisions sont en principe notifiées à leurs destinataires sous pli recommandé ou par acte judiciaire.

- 21 - Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification. La protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme. Ainsi l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa p. 99 ; 111 V 149 consid. 4c p. 150 et les références ; RAMA 1997 n°U 288 p. 442, U 263/96, consid. 2b/bb). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déferée au juge dans un délai raisonnable (SJ 2000 I p. 118, 1P.485/1999) (cf. TF 9C_529/2013 du 2 décembre 2013 consid. 4). Dans le même ordre d'idées, selon le principe de la bonne foi ancré à l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999 ; RS 101), lorsqu'il existe une obligation de mentionner une voie de droit, son omission ne doit pas porter préjudice au justiciable, qui ne doit pas pâtir d'une indication inexacte ou incomplète sur ce point. L'erreur peut consister, outre l'omission pure et simple de l'indication obligatoire de la voie de droit, en une indication fautive, peu claire, équivoque ou incomplète. Cela étant, celui qui s'aperçoit du vice qui affecte l'indication de la voie de droit ou qui devait s'en apercevoir en faisant usage de la prudence que l'on pouvait attendre de lui, ne peut se prévaloir d'une indication inexacte ou incomplète. En particulier, ne mérite pas de protection la partie dont l'avocat eût pu déceler l'omission ou l'erreur par la seule lecture du texte légal, sans recourir à la consultation de la jurisprudence ou de la doctrine (cf. ATF 134 I 199 consid. 1.3.1 et les références ; TF 9C_529/2013 précité consid. 6 ; TF 2P.124/2003 du 30 septembre 2003 consid. 1.1.1 et les références).
bb) Le droit d'être entendu inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le droit d'obtenir une décision motivée permettant à son destinataire ou à toutes personnes intéressées de la comprendre et de l'attaquer utilement, ainsi qu'à l'instance de recours d'exercer

- 22 - pleinement son contrôle si nécessaire (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références, ATF 129 I 232 consid. 3.2 p. 236 ; TF 9C_669/2013 du 4 décembre 2013 consid. 3.2). Pour répondre à ces exigences, le juge ou l'administration doivent mentionner, au moins brièvement, les motifs qui les ont guidés et sur lesquels ils ont fondé leur décision. Ils n'ont toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peuvent au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). b) En l'occurrence, bien que la recourante soutienne ne pas avoir reçu la décision du 22 mai 2017 et se prévaut du fait que celle-ci ne contenait pas les voies de recours, elle et son avocat ont été en mesure d'en prendre connaissance et de l'attaquer dans le délai légal et selon les formes prescrites devant la Cour de céans. Ainsi, la recourante n'a subi aucun préjudice

d'une éventuelle notification irrégulière de la décision, de sorte que la décision ne saurait être annulée ou déclarée nulle pour ce motif. Quant à la violation du droit d'être entendue alléguée, elle n'est pas réalisée. La décision attaquée du 22 mai 2017 est en effet suffisamment motivée, compte tenu de la motivation séparée du 19 avril 2017, pour permettre à la recourante de comprendre les motifs ayant conduit l'OAI à nier le droit à une rente d'invalidité à compter du 1er septembre 2015 et de la contester valablement. Quoi qu'il en soit, même dans l'hypothèse où un défaut de motivation devait être admis, il conviendrait de constater qu'un éventuel manquement serait réparé devant l'autorité de céans, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit permettant un examen complet de la décision entreprise, en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 1.3,

- 23 - renvoyant à TF 9C_127/2007 du 12 février 2008) et la recourante ayant eu tout loisir de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée dans le cadre de la présente procédure de recours. Le grief de la violation du droit d'être entendue doit dès lors être écarté. S'agissant en outre du grief en lien avec le défaut d'instruction au plan somatique, dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves, le moyen tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation inexacte des faits pertinents que la recourante soulève également. Cet argument sera donc examiné avec le fond du litige.

E. 4

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité aux conditions 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

- 24 - 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. 29ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28, al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. 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 LPGA (art. 29

al. 1 LAI). c) La décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression (rente temporaire) correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3) et doit être examinée au regard des conditions de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d ; voir notamment : TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, TF 9C_104/2009 du 14 décembre 2012 consid. 2). L'art. 17 LPGA prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée (al. 1). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références).

- 25 - 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). Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, 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 (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge, en cas de recours, se base 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 mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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

- 26 - documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Cela étant, 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. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, 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 en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). 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

- 27 - consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). En outre, selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références citées ; TFA 762/2002 du 6 mai 2003 consid. 2). Cela étant, les informations recueillies par les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF 107 V 17 consid. 2b; TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3, 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_739/2010 du 1er juin 2011 consid. 2.3 et les références citées). Lorsque ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2 ; cf. également TF 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3). f) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas

- 28 - qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 176 consid. 5.3).

E. 5

a) En l'espèce, une leucémie myéloïde chronique a été diagnostiquée chez l'assurée le 26 janvier 2013 (cf. rapport de la Dresse P. _____ à l'OAI du 25 février 2014). Elle a présenté les incapacités de travail suivantes : 100% du 28 janvier au 23 avril 2013, 70% du 24 avril au 16 septembre 2013, 40% du 17 septembre au 13 octobre 2013, 20% du 14 octobre au 23 décembre 2013 et 40% dès le 24 décembre 2013 (cf. demande de prestations de l'assurée du 10 février 2014 ; fiche d'examen par l'OAI du 14 février 2014 ; rapport à l'OAI de la Dresse P. _____ du 25 février 2014). Pour la période courant dès le printemps 2014, tant la Dresse M. _____ que l'expert psychiatre F. _____ ont indiqué qu'une problématique psychiatrique s'était surajoutée à la problématique somatique, et ont diagnostiqué un épisode dépressif de degré moyen avec syndrome somatique. La Dresse M. _____ a expliqué que l'assurée souffrait en particulier d'une symptomatologie dépressive réactionnelle à sa maladie somatique, accentuée par le décès de sa mère en mai 2014. Elle a attesté une incapacité de travail de l'assurée de 100% dès le 2 juin 2014, et de 70% dès le 1er septembre 2014 (rapport de la Dresse M. _____ à l'OAI du 17 octobre 2014), puis à nouveau une incapacité de travail de 100% en novembre 2014, l'assurée ayant été licenciée à cette période (avec effet au 28 février 2015), ce qui a exacerbé sa symptomatologie anxieuse et dépressive (rapport de la Dresse M. _____ à l'OAI du 20 avril 2015). Ainsi, pour la période courant du printemps 2014 à la fin de l'année 2014 au moins, l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressée au plan psychiatrique telle qu'elle ressort des rapports de la Dresse M. _____ est claire et convaincante dans la mesure où elle s'explique aisément par l'importance de la symptomatologie dépressive et anxieuse décrite par la psychiatre traitante. Les périodes d'incapacité de

- 29 - travail sont donc établies au degré de la vraisemblance prépondérante sur cette base. Le Dr N. _____ du SMR a d'ailleurs confirmé cette évaluation dans son avis du 24 février 2017, qui a fondé la décision de l'OAI. En conclusion, les taux d'incapacité de travail indiqués ci-dessus pour la période du 26 janvier 2013 à la fin de l'année 2014, qui ne sont par ailleurs pas contestés par les parties, doivent être confirmés. b) Pour évaluer la capacité de travail de l'assurée dès janvier 2015 notamment, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr F. _____ et de la psychologue [...]. Les experts ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique de 2014 à juin 2015. Dès juin 2015, ils ont diagnostiqué un épisode dépressif léger, constatant une nette amélioration thymique avec des baisses thymiques ponctuelles, de la fatigue sans ralentissement psychomoteur, des insomnies ponctuelles, sans anhédonie ni aboulie. Les experts ont indiqué que dès cette dernière date, la capacité de travail de l'assurée était de 100% avec une baisse de rendement de 30% dans une activité adaptée à son niveau d'acquisition et à son status somatique, précisant que la dernière activité exercée par l'assurée était adaptée d'un point de vue psychiatrique. Ces conclusions sont claires et dûment motivées, les experts s'étant prononcés sur la base du dossier assécurologique et de l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, prenant également en compte les indications subjectives de l'assurée. De plus, ils ont vu l'assurée à trois reprises et ont effectué des tests

psychométriques. En particulier, le constat d'amélioration de la thymie dès juin 2015 est motivé et convaincant, notamment sur la base du status clinique et du fait que les experts ont relevé que l'assurée consultait sa psychiatre traitante une fois tous les deux mois, alors qu'auparavant, un suivi hebdomadaire était nécessaire. De plus, ils ont relevé que le dosage du Cipralext (médicament antidépresseur) était passé de 20 mg à 10 mg au moment de l'expertise, ce qui va également dans le sens d'une amélioration au plan psychiatrique. Une telle amélioration en 2015 a du reste également été constatée par la Dresse M. _____ dans son rapport du 20 avril 2015 à l'OAI. Les experts ont encore tenu compte, dans leur appréciation de la

- 30 - situation, de l'examen neuropsychologique de Mmes H. _____ et J. _____, lesquelles ont conclu à un fléchissement des capacités d'attention soutenue, compatible avec un état d'épuisement lié aux effets secondaires du traitement oncologique et à une thymie abaissée, considérant au final qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles significatives sur le plan neuropsychologique. Les experts F. _____ et [...] ont pour leur part rapporté qu'au moment de leur examen neurocognitif clinique, l'assurée était bien orientée dans le temps et dans l'espace, sans troubles attentionnels, de concentration ou mnésiques. En définitive, vu l'expertise du 18 novembre 2016, corroborée par les constatations de la Dresse M. _____ d'une part et celles des neuropsychologues H. _____ et J. _____, d'autre part, il convient de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que dès juin 2015, la capacité de travail de la recourante au plan psychiatrique est de 100% avec une diminution de rendement de 30% dans une activité adaptée. c) Cela étant, force est de constater avec la recourante, que l'OAI n'a procédé à aucun examen au plan somatique (oncologique), limitant l'instruction aux plans psychiatrique et neuropsychologique. Or, il ne peut pas être exclu, au vu de plusieurs indices ressortant du dossier, que la recourante présente également une incapacité de travail au plan somatique et compte tenu de sa situation dans son ensemble. En effet, la Dresse P. _____, oncologue, a attesté dans ses rapports médicaux successifs que sa patiente avait une capacité de travail réduite de 40-50% (rapports à l'OAI des 10 avril 2015, 20 janvier 2016 et 9 février 2017). L'OAI ne pouvait se contenter de considérer que les rapports de la spécialiste en oncologie n'étaient pas suffisamment détaillés, cette dernière étant en charge du suivi de la recourante depuis le début de la maladie somatique, pour laquelle un traitement au long cours est nécessaire, et sans qu'aucun rapport circonstancié au dossier ne contredise son appréciation. De plus, la Dresse M. _____ a expressément indiqué dans son rapport du 20 avril 2015 à l'OAI qu'il convenait d'interroger l'oncologue car la fatigabilité importante et l'asthénie constatées semblaient être en lien également avec la leucémie myéloïde

- 31 - chronique, considérant elle aussi que la capacité de travail de l'assurée était seulement partielle (voir aussi son rapport du 5 juillet 2017 à Me Hofstetter dans lequel elle réitère son avis selon lequel l'aspect somatique et notamment les effets secondaires du traitement d' [...] n'ont pas été suffisamment pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail de la recourante). Sur demande de l'avocat de la recourante, la Dresse P. _____ a finalement donné des explications complémentaires dans son rapport du 28 juin 2017. Les conclusions de ce rapport ne peuvent toutefois être suivies telles quelles étant donné que la Dresse P. _____ explique le taux d'incapacité de travail (50%) par des facteurs somatiques (effets secondaires du traitement de Glivec) et psychiatriques, sans concertation avec un psychiatre et sans tenir compte du résultat de l'expertise du Dr P. _____. On

relèvera encore que le rapport du conseiller en réinsertion professionnelle d'A. _____ du 27 novembre 2015, faisant suite à la participation de l'assurée à deux stages pratiques dans l'économie, va également dans le sens d'une capacité de travail réduite de l'assurée (40% selon le conseiller en réadaptation). A cela s'ajoute que l'assurée a repris une activité à temps partiel auprès de l'Association [...], à un taux réduit seulement (42,5% dès le 1er septembre 2017). Vu ce qui précède, la capacité de travail de la recourante au plan somatique, et compte tenu également de ses limitations fonctionnelles psychiatriques, n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, de sorte que l'instruction doit être complétée. On rappellera en effet que l'appréciation de la capacité de travail doit faire l'objet d'une évaluation globale, les conclusions finales devant résulter d'un dialogue interdisciplinaire entre les différents spécialistes impliqués (cf. TF 8C_245/2012 du 9 décembre 2013 consid.

E. 5.1

; TF 9C_565/2011 du 15 mars 2012 consid. 2.2.2 ; TFA U 412/05 du 20 septembre 2006 consid. 6). Enfin, on rappellera que les taux d'incapacité de travail ne sauraient simplement s'additionner (TF 9C_565/2011 du 15 mars 2012 consid. 2.2.2), de sorte que l'on ne saurait retenir purement et

- 32 - simplement que l'incapacité de travail de la recourante est de 80%, comme elle le plaide.

E. 6

a) Conformément au principe inquisitoire inscrit à l'art. 43 LPGA, régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une

- 33 - question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, au plan somatique, l'OAI s'est contenté de demander des rapports à la Dresse P._____, sans toutefois lui demander de motiver son appréciation de la capacité de travail, alors même qu'il a considéré que ceux-ci n'étaient pas suffisamment étayés (cf. avis SMR du 13 avril 2017) et que plusieurs autres indices du dossier indiquaient qu'une incapacité de travail au plan somatique ne pouvait être sérieusement exclue (cf. supra consid. 5 c). Les faits ont donc été constatés de façon sommaire par l'office, de sorte qu'il se justifie de lui renvoyer la cause pour qu'il mette en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une expertise somatique au sens de l'art. 44 LPG, à confier à un spécialiste en oncologie. Dans le cas où l'expert devait conclure à la présence d'une limitation de la capacité de travail, il lui incombera de prendre contact avec le Dr F._____ afin de procéder à une évaluation globale de la capacité de travail de l'assurée, intégrant les volets psychiatrique et somatique, pour que les conclusions finales résultent d'un dialogue interdisciplinaire entre les différents spécialistes impliqués.

E. 7

La recourante conteste la date de début du versement de la rente entière d'invalidité fixé par l'OAI le 1er décembre 2014. Force est de constater avec la recourante que le début du versement de la rente entière d'invalidité doit être fixé au 1er août 2014. En effet, contrairement à ce qu'a constaté l'OAI, renvoyant dans sa réponse du 15 août 2017 à la fiche d'examen du dossier du 7 mars 2017, il n'y a pas eu d'interruption notable de l'incapacité de travail de l'assurée au sens des art. 28 LAI et 29ter RAI du 1er novembre au 23 décembre 2013.

- 34 - En effet, la recourante présentait une incapacité de travail de 20% durant cette période (cf. demande de prestations de l'assurée du 10 février 2014 et fiche d'examen du dossier par l'OAI du 14 février 2014, ainsi que supra consid. 5a). Or l'art. 29ter RAI exige que l'assuré ait été entièrement apte au travail pendant au moins 30 jours consécutifs pour qu'il y ait interruption notable. Dans ces conditions, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, il n'y a pas de départ d'un nouveau délai de carence d'une année dès le 24 décembre 2013. Le départ du délai de carence se situe au 28 janvier 2013, début de l'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (cf. les dates et taux d'incapacité de travail constatés supra consid. 5a), et court jusqu'au 28 janvier 2014, délai à l'issue duquel l'assurée présentait toujours une incapacité de travail de 40% au moins (cf. art. 28 LAI). L'assurée ayant déposé sa demande de prestation le 10 février 2014, la rente entière ne peut être versée que six mois plus tard (art. 29 al. 1 LAI), soit dès le 1er août 2014 (cf. art. 29 al. 3 LAI). Dès lors qu'il ressort de l'expertise psychiatrique du Dr F._____ que l'épisode dépressif moyen de la recourante a subsisté jusqu'à la fin du mois de mai 2015, il se justifie de confirmer son droit à la rente entière d'invalidité jusqu'au 31 août 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé le 1er juin 2015 (cf. art. 88a RAI), dont l'ampleur reste à définir, compte tenu d'une évaluation globale de l'état de santé aux plans somatique et psychiatrique.

E. 8

Vu ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1er août 2014 au 31 août 2015. Il y a pour le surplus lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur le droit à la rente à compter du 1er septembre 2015. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

- 35 - La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 3'500 fr., vu l'importance et la complexité du litige, à la charge de l'OAI qui succombe (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et art. 11 TFJDA [tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.