

VD_GERICHTE ZD21.038660 vom 8. August 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-08-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.038660

FR: VD_GERICHTE ZD21.038660 du 8 août 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.038660 del 8 agosto 2022

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 317/21 - 250/2022 ZD21.038660 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 8 août 2022 _____ Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Küng, assesseur Greffière : Mme Toth ***** Cause pendante
entre : Y. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Lehmann, avocat à
Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE
VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 8 al. 1 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI ;
art. 88a RAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. Y. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a été mise
dès sa naissance au bénéfice de mesures de réadaptation au sens de l'art. 13 LAI (loi
fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) pour le traitement de son
affection congénitale au motif qu'elle souffrait d'une division palatine, laquelle a été
opérée. Elle était atteinte en outre d'une surdité de perception des hautes fréquences qui a
été aggravée à la suite d'une polychimiothérapie suivie pendant deux ans pour un
neuroblastome abdominal diagnostiqué et opéré en janvier 1991. L'enfant a été appareillé
sur le plan acoustique dès mars 1994. Son suivi logopédique a révélé un retard de parole qui
a justifié son intégration dans une classe de langage dès août 1994. Comme effets de la
chimiothérapie, elle a en outre présenté une insuffisance rénale et un déficit de croissance
(hypogonadisme hypergonadotrope) traité depuis avril 2000. En février 2003, elle a subi une
pharyngoplastie vu ses difficultés à surmonter sa rhinolalie. En décembre 2003, en raison
des atteintes à la santé de l'assurée qui l'ont particulièrement freinée dans sa scolarité
obligatoire, une dixième année lui a été proposée en classe de développement pour
compléter ses lacunes scolaires et obtenir si possible son certificat. Elle avait alors une
croissance physique ralentie qui lui donnait l'aspect d'un enfant de dix ans ; la tentative
d'organisation de stage avait été vaine. Par décision du 2 avril 2004, l'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) lui a octroyé des
mesures de formation scolaire spéciale, l'enfant connaissant des difficultés d'audition,
d'élocution et d'apprentissage. Parallèlement à une onzième année d'école, elle a effectué
des stages d'employée de commerce et vendeuse qui se sont révélés non concluants compte
tenu de sa petite taille et de ses difficultés d'élocution. Après la fin de sa scolarité, l'assurée
n'a pas trouvé de place d'apprentissage et s'est vue accorder une évaluation de ses aptitudes
à la réadaptation professionnelle (art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961

- 3 - sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) par décision du 31 mars 2006 de l'OAI,
concrétisée par un stage au centre [...] prévu entre le 10 avril et le 14 juillet 2006 mais qui a
été interrompu le 5 mai 2006. Les cinq journées de stage effectives ont permis d'observer
que l'assurée possédait une bonne mobilité, mais disposait de peu de force et de résistance
physique. Malgré une bonne compréhension des consignes, elle éprouvait des difficultés de

mémorisation et d'attention ; elle n'évoluait pas de manière autonome et son bagage scolaire était insuffisant, notamment en français (lecture) et en calcul. Elle a ensuite obtenu un contrat de stage de transition du 1er septembre 2006 au 30 juin 2007 avec la [...], puis un contrat d'apprentissage de formation initiale avec attestation fédérale d'assistante du commerce de détail qui devait se dérouler d'août 2007 à juillet 2009 auprès de la même entreprise, prise en charge par l'AI à titre de mesures professionnelles (art. 16 LAI), mais que l'assurée a interrompu au 30 novembre 2008 car elle était en échec et le travail ne lui plaisait pas. Elle a ensuite effectué trois mois de stage au [...] en 2009, puis dans divers domaines et a trouvé un emploi de garde d'enfant de janvier 2011 à décembre 2012. Dans le cadre de l'aide à l'orientation professionnelle prodiguée par l'OAI, l'assurée a entrepris un stage probatoire suivi d'un stage d'orientation professionnelle (art. 15 LAI) au [...] de janvier à juillet 2013. Elle a notamment démontré de bonnes compétences pratiques dans des stages d'aide en soins et accompagnement (niveau AFP) mais, malgré une possibilité de formation dans ce domaine, elle a choisi de cesser la mesure afin de se lancer seule dans le projet d'assistance socio-éducative (niveau CFC), l'OAI ne validant pas un tel projet compte tenu de son niveau scolaire. Au bénéfice de l'assurance-chômage dès août 2013, elle a suivi de janvier à avril 2014 un stage en entreprise de pratique commerciale en vue de détecter ses compétences pour un apprentissage ou une AFP d'employée de commerce ou de bureau. Elle a ensuite confirmé ses compétences dans un programme d'emploi temporaire dans ce domaine d'août à novembre 2014. Ne trouvant pas de place

- 4 - d'apprentissage dans ce domaine, de mars à juillet 2015, elle a entrepris une préformation au centre de l[...] puis, dès août 2015 jusqu'en juillet 2017, une formation AFP d'assistante de bureau avec le soutien de l'OAI (art. 16 LAI). Compte tenu des très bons résultats obtenus lors de l'AFP, elle a enchaîné avec un apprentissage avec CFC d'employée de commerce auprès de la [...] initialement prévu du 1er août 2017 au 31 juillet 2020 mais qui a dû être interrompu au 31 juillet 2018 en raison de son état de santé. Elle a en effet été en incapacité de travail dès le 11 décembre 2017 jusqu'au 30 juin 2018 à la suite d'une chute ayant provoqué la rupture du ligament interne de son genou droit. Selon un rapport du 4 mai 2018, le Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué chez l'assurée un trouble dépressif persistant à début précoce (avant 21 ans) avec épisodes caractérisés dépressifs intermittents et a constaté une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité qui tenait compte de son état de santé. Par décision du 25 juillet 2018, l'OAI a accordé à l'intéressée une aide au placement (art. 18 LAI) afin de trouver un emploi d'assistante de bureau AFP à 50 % qui correspondait mieux à ses ressources et compétences. L'assurée s'est donc inscrite le 1er août 2018 à l'assurance-chômage pour une aptitude au placement de 50 %. Le 31 octobre 2018, l'OAI lui a accordé le droit à une mesure d'orientation professionnelle (art. 15 LAI) en vue d'un stage d'aide de bureau à 50% auprès de [...] du 1er novembre 2018 au 31 janvier 2019. Ce stage a dû être reconduit du 1er février au 31 juillet 2019 à cause des absences de la bénéficiaire liées à ses atteintes. Dans un rapport du 20 février 2019, le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale et chef de clinique auprès des Unités somatiques du Centre hospitalier B. _____ (ci-après : le B. _____), et la Dre T. _____, médecin assistante, ont notamment posé les diagnostics d'insuffisance rénale chronique, complications (crise goutte, anémie, fatigue) et de diarrhées chroniques, douleurs abdominales, météorisme, nausées intermittentes. Ils ont constaté une

- 5 - capacité de travail de 50 à 60 %, précisant que les sollicitations physiques et psychiques entraînaient une asthénie prononcée. L'assurée a ensuite bénéficié d'une convention de placement à l'essai sous l'égide de l'AI (art. 18a LAI) auprès d'[...] comme assistante administrative à 50 % du 6 janvier au 6 février 2020, prolongée jusqu'au 6 mai 2020 mais finalement interrompue au cours du mois de février 2020 en raison des absences de l'assurée. Constatant qu'il n'avait pas été possible de réintégrer l'assurée dans le marché du travail, l'OAI a mis fin à l'aide au placement au 30 juin 2020, la reprise de la situation étant organisée par l'Office régional de placement. La situation a été soumise au Dr V._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), qui a rendu les conclusions suivantes dans son avis du 25 janvier 2021 (sic) : « Nous sommes devant la situation d'une assurée qui présente depuis son plus jeune âge une fente palatine totale, puis un neuroblastome nécessitant une chimiothérapie entraînant une surdité de perception et un retard de croissance. En lien avec ces atteintes, depuis l'adolescence, un trouble dépressif récurrent s'y est associé. En raison de retard dans l'acquisition scolaire, notre assurée a été accompagné dans sa FPI [formation professionnelle initiale] lui permettant d'obtenir un AFP d'assistante de bureau mais en raison des atteintes somatiques et psychiatriques, il est conclu par les médecins et psychiatres traitant à une CT [capacité de travail] AH/AA [activité habituelle/activité adaptée] de 50%. Tout a été fait pour essayer de réduire le dommage, et cette IT [incapacité de travail] est justifiée médicalement, je n'ai pas de raison de m'écarter des conclusions des médecins traitants. Conclusions : Diagnostic AI : s/p neuroblastome, insuffisance rénale chronique modérée, trouble fonctionnel digestif, retard staturo-pondérale, trouble dépressif récurrent à début précoce adolescente. Comme code AI, je propose l'OIC 396, qui est en lien avec le neuroblastome ayant entraîné une grande partie des LF [limitations fonctionnelles] résiduelles actuelles. On peut conclure que notre assurée à une CTAH/AA de 50% depuis le début de l'âge adulte. Les LF sont : Diarrhée chroniques, douleurs abdominales, météorisme, nausées intermittentes, difficultés à s'adapter aux sollicitation multiples (physique et psychique), la dépression (flashbacks, crises de tristesse pendant la journée) et le retard staturo-pondéral d'origine multifactorielle qui pose des problèmes physiques en travaillant, fatigabilité, des difficultés attentionnelles,

- 6 - une diminution des capacités de compréhension et d'apprentissage, intolérance au stress. » Le 4 juin 2021, l'OAI a rendu un projet d'octroi de rente en faveur de l'assurée, prévoyant que, du 1er février 2006 au 31 décembre 2012, le droit à une demi-rente était ouvert et que celui-ci augmentait à trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2013. Il était précisé que l'atteinte à la santé existait depuis l'enfance et que l'intéressée présentait une incapacité de travail et de gain de 50 % dans toute activité lucrative, depuis le début de l'âge adulte. Par décision du 23 juillet 2021, l'OAI a accordé à l'assurée trois-quarts de rente extraordinaire dès le 1er août 2021 et a confirmé son projet de décision précité. B. Par acte du 11 septembre 2021, Y._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que la rente octroyée soit plus élevée. Elle a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Par prononcé du 11 octobre 2021, le bénéfice de l'assistance judiciaire a été accordé à la recourante avec effet au 11 septembre 2021 et un avocat d'office désigné en la personne de Me Alexandre Lehmann. Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 8 novembre 2021. Par mémoire complémentaire du 27 avril 2022, la recourante, désormais représentée par son conseil d'office, a conclu principalement à l'annulation (recte : la réforme) de la décision du 23 juillet 2021 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 11 décembre 2017 au plus

tard. Elle a produit les rapports médicaux suivants : - un rapport établi le 1er mars 2022, par lequel le Dr W. _____ a précisé que la capacité de travail de 50 % indiquée dans son précédent

- 7 - rapport du 4 mai 2018 tenait compte uniquement des aspects psychiatriques et qu'en cas d'activité à 50 %, vu les limitations fonctionnelles de l'époque, on pouvait s'attendre à une baisse de rendement de 50 % au moins. Il a ajouté qu'actuellement la patiente ne présentait plus de symptôme dépressif mais nécessitait toujours un traitement antidépresseur ; les symptômes encore présents étaient la fatigue, une vulnérabilité au stress et des troubles cognitifs en lien avec la fatigue. La capacité de travail était actuellement de 50 à 60 % sur le plan psychiatrique ; - un rapport du 23 mars 2022, par lequel les Dres F. _____ et Z. _____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante auprès du Centre E. _____ ([...]) à [...], ont constaté que les symptômes actuels étaient une douleur abdominale chronique connue depuis 2014 avec une fréquence quotidienne, des crises de goutte douloureuses avec une fréquence actuelle de plusieurs épisodes par année, une fatigabilité importante et des troubles du sommeil chroniques. Les diagnostics retenus étaient une insuffisance rénale chronique de stade G3a, A2 d'origine multifactorielle, une anémie normochrome normocytaire d'origine mixte, une hyperuricémie avec crises de goutte non tophacée récurrentes, des troubles digestifs chroniques, un retard staturo-pondéral depuis 1994 et une hypogonadisme hypergonadotrope post chimiothérapie. Selon ces médecins, une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée pourrait être envisagée en alternant des demi- journées de travail avec des jours de repos complets, avec une baisse de rendement de l'ordre de 50 % vu la nécessité de faire des pauses régulières. A titre de mesure d'instruction, la recourante a sollicité son audition ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail réelle notamment en milieu professionnel. Dupliquant le 19 mai 2022, l'intimé a maintenu sa position et s'est référé à l'avis du SMR du 9 mai 2022 selon lequel les éléments

- 8 - médicaux apportés après recours décrivaient une situation similaire avec des limitations fonctionnelles similaires sans qu'aucune explication ne fut donnée sur les raisons de la modification a posteriori de la capacité de travail initialement retenue en temps réel par ces mêmes intervenants. Par courrier du 14 juin 2022, la recourante a renoncé à une audience de débats publics. Me Alexandre Lehmann a déposé la liste de ses opérations le 12 juillet 2022. Par déterminations complémentaires du 27 juillet 2022, la recourante a produit un rapport établi le 19 juillet 2022 par le Prof. N. _____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie et médecin chef auprès du Service de gastroentérologie [...] du B. _____. Aux termes de ce rapport, le Prof. N. _____ a posé les diagnostics d'ODS (Obstructive defecation syndrome) et de douleurs abdominales chroniques. Il a observé qu'à l'heure actuelle, il était confronté à une péjoration des douleurs abdominales chroniques qui impactaient fortement la vie de la patiente et était d'avis qu'une reprise du travail ne semblait pas faisable avant d'avoir soulagé la sévérité des douleurs de manière importante. Il a déclaré partager l'avis des Dres F. _____ et Z. _____ en ce sens qu'une baisse de rendement devait être prise en compte au vu des comorbidités multiples. 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). 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).

- 9 - 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 sur son degré d'invalidité. 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er 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 23 juillet 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). 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 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

- 10 - exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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). b) 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, 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. A contrario, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement

- 11 - est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). 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). Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes 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 ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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). Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I

- 12 - 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). Quant aux avis médicaux du SMR fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, ils se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse

des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

- 13 - c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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 qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2). 6. a) Aux termes de la décision attaquée, la recourante bénéficie d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le début de l'âge adulte. La recourante fait valoir que la capacité de travail de 50 % retenue par l'OAI ne prend pas en considération la baisse de rendement d'au moins 50 % attestée par son psychiatre traitant. En outre, cette appréciation ne tient compte que de ses atteintes psychiatriques alors que, sur le plan somatique, les Dres F. _____ et Z. _____ ont estimé qu'une capacité de travail de 40 % pourrait être envisagée avec une baisse de rendement de l'ordre de 50 % dans une activité adaptée en alternant les demi-journées de travail avec des jours de repos complets, ce qui serait corroboré par l'avis du Prof. N. _____. b) L'OAI s'est fondé sur l'appréciation du SMR du 25 janvier 2021 qui a suivi les conclusions des médecins traitants de la recourante. Ainsi, le Dr V. _____ a constaté que l'assurée présentait depuis son plus jeune âge une fente palatine totale, puis un neuroblastome ayant nécessité une chimiothérapie qui avait entraîné une surdité de perception et un retard de croissance. En lien avec ces atteintes, un trouble dépressif récurrent était apparu depuis l'adolescence. En raison de retard dans l'acquisition scolaire, il a rappelé que l'assurée avait été accompagnée dans sa formation professionnelle lui permettant d'obtenir une AFP d'assistante de bureau mais qu'en raison des atteintes somatiques et psychiatriques, les médecins somaticiens et psychiatres traitants avaient fixé la capacité de travail à 50 %. Il a ajouté qu'il n'avait pas de raison de

- 14 - s'écarter des avis des médecins traitants et a déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : diarrhées chroniques, douleurs abdominales, météorisme, nausées intermittentes, difficultés à s'adapter aux sollicitations multiples (physique et psychique), dépression (flashbacks, crises de tristesse pendant la journée) et retard staturo-pondéral d'origine multifactorielle qui pose des problèmes physiques en travaillant, fatigabilité, difficultés attentionnelles, diminution des capacités de compréhension et d'apprentissage, intolérance au stress. Cette appréciation est certes conforme aux rapports médicaux des médecins traitants au dossier à cette date. Elle reprend les diagnostics posés par les Drs K. _____ et T. _____ dans leur rapport du 20 février 2019 et prend en compte la capacité de travail fixée à 50-60 % constatée par ces médecins somaticiens. Elle est également en adéquation avec les conclusions du médecin psychiatre, qui a retenu une capacité de travail de 50 % dans son rapport du 4 mai 2018. Cependant, le Dr W. _____ a précisé dans son rapport du 1er mars 2022 que le taux de capacité de travail qu'il avait annoncé dans son avis du 4 mai 2018 ne tenait pas compte d'une baisse de rendement de 50 % à laquelle on pouvait s'attendre à l'époque. Il a ajouté que ses conclusions seraient probablement moins sévères désormais car la recourante ne présentait plus de symptôme dépressif mais nécessitait

encore la prise d'antidépresseur et qu'elle conservait une certaine fatigue, de la vulnérabilité au stress et des troubles cognitifs en lien avec la fatigue. Il a conclu que la capacité de travail était actuellement de 50 à 60 % sur le plan psychiatrique. Puis, les Dres F. _____ et Z. _____ ont relevé dans leur rapport du 23 mars 2022 que la capacité de travail sur le plan somatique était de 40 % dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de probablement 50 % vu la nécessité de faire des pauses régulières (fatigabilité). Dans un avis du 9 mai 2022, le Dr V. _____ a considéré que la modification de l'estimation de la capacité de travail rendue le 1er mars 2022 par le psychiatre traitant ne reposait sur aucun élément concret et

- 15 - que son évaluation effectuée en temps réel en 2018 devait lui être préférée. Il a ensuite constaté que le rapport du 23 mars 2022 des médecins généralistes ne décrivait pas d'aggravation par rapport à la situation décrite le 20 février 2019, la soudaine diminution de la capacité de travail ainsi que la baisse de rendement n'étant en particulier pas expliquées. Les appréciations du Dr V. _____ des 25 janvier 2021 et 9 mai 2022 souffrent de carence dans la mesure où les atteintes psychiatriques n'ont pas fait l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de la jurisprudence (cf. consid. 5a supra). Les rapports du psychiatre traitant ne procèdent pas davantage à une telle évaluation et ne contiennent pas les éléments suffisants pour déterminer le caractère invalidant des atteintes psychiatriques dans le cadre d'un examen global en tenant compte des différents indicateurs. c) Il est lieu de rappeler qu'il convient en premier lieu que l'atteinte psychiatrique soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Puis, une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal

- 16 - fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de cette dernière, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). Selon la jurisprudence en effet, les « facteurs extra-médicaux » (exagération des plaintes, réticence à accepter un traitement, faible motivation à reprendre une activité lucrative), à l'instar des facteurs psychosociaux et socioculturels, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Cependant, la jurisprudence a déjà souligné l'importance que revêtaient les évaluations médicales pour apprécier les situations dans lesquelles des facteurs externes à l'invalidité apparaissent au premier plan et imprégnaient l'anamnèse : dans ces situations, il appartient aux médecins de préciser si l'atteinte à la santé diagnostiquée a toujours valeur de maladie ou si celle-ci passe au second plan par rapport auxdits facteurs externes (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 ; TF

9C_558/2020 du 7 septembre 2021 consid. 4.2 ; 9C_848/2017 du 29 mai 2018 consid. 4.2 ; 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de

- 17 - comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). En l'espèce, le Dr V. _____ n'a pas procédé à une appréciation de l'ensemble de ces indicateurs et n'a pas examiné le déroulement et l'issue des mesures de réadaptation qui ont été mises en œuvre. Vu les avis divergents des médecins traitants qui ne sont pas plus détaillés et ne comportent pas les éléments suffisants pour permettre une évaluation conforme à la jurisprudence, y compris l'avis du Prof. N. _____ ressortant de son rapport du 19 juillet 2022, il n'est en l'état pas possible pour la Cour de céans de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante. d) Au surplus, on est en présence de plusieurs atteintes à la santé d'origine psychiatrique et physique. Or, celles-ci semblent exercer des effets conjoints sur la capacité de travail, notamment en termes de fatigabilité. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes (cf consid. 5a supra), ce qui n'a pas été fait en l'espèce. 7. Vu ce qui précède, des lacunes affectent la pertinence et la fiabilité des constatations effectuées par le SMR, sans que les rapports médicaux au dossier ne permettent de les combler. Une expertise pluridisciplinaire, avec notamment un volet psychiatrique, doit donc être diligentée, afin de déterminer la gravité des atteintes et leur incidence sur la capacité de travail de la recourante. La cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une telle expertise, étant donné qu'il lui appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI ; ATF 137 V 210 ; ainsi que la note de Bettina Kahil- Wolff, in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt).

- 18 - 8. a) En conséquence, le recours est admis et la décision rendue le 23 juillet 2021 par l'OAI annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour mise en œuvre d'une expertise, puis nouvelle décision. 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 12 juillet 2022 par Me

Alexandre Lehmann, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 4'360 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 23 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la

- 19 - cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Y._____ la somme de 4'360 fr. (quatre mille trois cent soixante francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Alexandre Lehmann (pour Y._____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies.

- 20 - 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 :

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