

VD_GERICHTE ZD21.051855 vom 17. Februar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.051855

FR: VD_GERICHTE ZD21.051855 du 17 février 2023

IT: VD_GERICHTE ZD21.051855 del 17 febbraio 2023

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 441/21 - 53/2023 ZD21.051855 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 17 février 2023 _____ Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu, juge, et M. Gutmann, assesseur Greffière : Mme Neurohr ***** Cause pendante
entre : W. _____, à [...], recourante, représentée par Compagnie d'Assurance de
Protection Juridique SA (CAP), à Etoy, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ
POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 29 al. 3 LPG ;
art. 4 et 28 LAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. W. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et
mère d'un enfant né en 200[...], titulaire d'un CFC d'employée de commerce, assistante
administrative au sein de l'Ecole U. _____ depuis 2015 au taux de 60 %, a été annoncée
par son employeur en détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le
canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 21 novembre 2018. Par envoi du 28
décembre 2018, reçu le 4 janvier 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations
d'assurance-invalidité, en faisant état d'une hernie discale L1-L2 et d'une protrusion discale
L4-L5. A la question de savoir depuis quand existait l'atteinte, elle a répondu : « IRM du
18.06.18/douleurs depuis mars 2018 ». Le 11 février 2019, l'employeur a fait savoir à l'OAI
que l'assurée travaillait pour son compte depuis le 1er avril 2015, au taux de 60 %. Sur le
formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 14 février 2019, l'intéressée a
indiqué que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, son taux serait de 60 % depuis le 1er
avril 2015. Quant au point de savoir à quelle activité elle consacrerait son pourcentage non-
travaillé, si en bonne santé elle n'avait pas travaillé à plein temps, elle a précisé ce qui suit :
« ménage (commissions, nettoyages, lessive, repassage), faire à manger, garder mon fils,
aide aux devoirs, administratif (paiements, courrier, etc.) // aide aux grands-parents :
administratif (organisation + suivi + paiements), commissions, écoute = proche aidant //
sport ou loisirs, sorties avec les amis ». Dans un rapport du 29 mars 2019, la Dre
D. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante, a posé les
diagnostics de lombopyalgies bilatérales chroniques invalidantes depuis mars 2018, de
hernie discale L1-L2 luxée vers le bas à gauche et troubles dégénératifs lombaires
postérieurs L4-L5, L5-S1 bilatérales depuis mars

- 3 - 2018 et de syndrome d'hyperlaxité présent depuis longtemps. Elle a attesté une
incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 17 juillet 2018 ainsi que dans
une activité adaptée. Jusqu'alors, elle avait attesté de périodes d'incapacité de travail totale
du 13 au 16 mars 2018, à 50 % du 11 juin au 16 juillet 2018 puis à nouveau totale depuis le
17 juillet 2018 jusqu'à ce jour. La Dre D. _____ a joint plusieurs pièces à son envoi,
dont un rapport du 21 janvier 2019 établi par le Dr Z. _____, spécialiste en médecine
physique et réadaptation, qui exposait que l'assurée avait décrit un premier épisode de

lumbago survenu en mars 2018 dans un contexte de choc émotionnel à la suite d'un décès. Elle avait bénéficié d'une prise en charge ostéopathe qui avait permis une résolution quasi totale des douleurs en 7 à 10 jours. Elle avait présenté par la suite, en avril 2018, un épisode de lombo-sciatique également spontanément résolutif, puis un lumbago en mai 2018. Une imagerie par résonance magnétique lombaire (ci-après : IRM) réalisée le 13 juin 2018 avait mis en évidence une hernie discale L1-L2 paramédiane gauche luxée vers le bas avec un conflit disco- radiculaire avec la racine L2 gauche, ainsi que des remaniements dégénératifs lombaires bas aux derniers étages lombaires avec un tableau de discopathie L4-L5 et protrusion discale possiblement en contact avec la racine L5 droite et discopathie avec fissure de l'anneau fibreux postéro- latéral gauche en L5-S1 sans rétrécissement foraminaux significatif. L'assurée avait bénéficié de deux infiltrations épidurales en juillet 2018 avec un effet antalgique faible et transitoire, puis de facettes lombaires hautes de L1 à L3 avec également un effet transitoire inférieur à 24 heures. Elle avait également eu une consultation en médecine physique et réhabilitation auprès du Dr L. _____, ainsi qu'une consultation en chirurgie spinale en août 2018 auprès du Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui n'avait pas retenu d'indication chirurgicale en l'absence de concordance radio-clinique franche. Depuis, la situation était stationnaire voire en aggravation, avec la persistance de douleurs lombaires basses.

- 4 - Le 25 avril 2019, l'assurée a téléphoné à l'OAI pour annoncer un essai de reprise de son activité à 50 % de son taux contractuel le 1er mai 2019, jusqu'au 10 mai 2019. Dans un courriel du même jour à son employeur, dont l'OAI a reçu copie, l'assurée annonçait qu'elle allait mieux et que son médecin traitant l'avait autorisée à reprendre le travail à 30 % (50 % de son 60 %) dès le 1er mai prochain, à réévaluer le 10 mai 2019. Dans un rapport du 28 mai 2019 à l'OAI, le Dr Z. _____ a indiqué que l'assurée avait été suivie au sein du groupe de restauration fonctionnelle du rachis du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier F. _____ (ci-après : le Centre hospitalier F. _____) pour une prise en charge rééducative interdisciplinaire du 1er au 18 avril 2019. Il a posé le diagnostic de lombalgies chroniques, avec incidence sur la capacité de travail. Il a par ailleurs retenu des limitations fonctionnelles relatives au port de charges de façon fréquente au-delà de 10 kg, au travail prolongé en antéflexion ou porte-à-faux et au travail statique prolongé en position assise ou debout au-delà de 60 minutes sans possibilité de changement de position. Il a estimé qu'à l'issue du programme de rééducation, l'assurée pouvait travailler à 50 % dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Le Dr Z. _____ a joint à son envoi un rapport du 24 avril 2019 à l'attention de la Dre D. _____, dans lequel il exposait que l'évolution de la situation durant le programme était favorable avec une amélioration du ressenti douloureux et des indices objectifs mesurés. A l'issue du séjour, il recommandait la poursuite du suivi physiothérapeutique et des auto- exercices enseignés durant le programme. Sur la plan professionnel, une reprise à temps partiel semblait indiquée. Le 11 juin 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les coûts pour un stage de reprise professionnelle auprès de l'Ecole U. _____ du 11 juin au 30 septembre 2019 au taux de 30 %, à réévaluer. Dans un courriel du 29 août 2019, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle avait pu augmenter son taux et travaillait depuis le 26 août 2019 à 40 %. Le 2 octobre 2019, l'OAI a prolongé la mesure jusqu'au 31 décembre

- 5 - 2019, au taux de 40 %. Le 11 octobre 2019, l'assurée a informé l'OAI qu'elle travaillerait à 50 % dès le 1er novembre 2019. Le 27 novembre 2019, elle a précisé être à

nouveau à 40 % depuis le 16 novembre 2019. A la requête de l'OAI, la Dre D. _____ a exposé le 19 février 2020 que la situation n'était toujours pas optimale mais l'évolution était néanmoins favorable avec un meilleur fonctionnement. La capacité de travail, de 40 % depuis août 2019, était inchangée à ce jour, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Le 11 mai 2020, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle travaillerait à 60 % à compter du 9 mai 2020. Lors d'un entretien du 15 juin 2020, elle a indiqué qu'elle travaillait à nouveau à 40 % depuis le 13 juin 2020. L'OAI a réinterrogé la Dre D. _____ qui lui a indiqué, le 11 septembre 2020, que la situation était inchangée du point de vue des lombalgies ; les symptômes avaient récidivé dès que l'assurée avait réalisé une activité plus soutenue. La capacité de travail était toujours de 40 % dans toutes activités. La tentative d'augmentation du taux avait échoué. Il ressort d'une note d'entretien du 22 octobre 2020 que l'assurée a été licenciée pour 20 % de son activité. Depuis le 1er septembre 2020, son contrat à 60 % était désormais à 40 %. L'OAI a sollicité son Service médical régional (ci-après : le SMR) qui a conclu, à l'issue d'une permanence du 9 novembre 2020, qu'il ne pouvait pas constater de prime abord une baisse définitive de la capacité de travail de 40 %, du moins dans une activité adaptée. Il y avait lieu d'interroger le Dr Z. _____, dans un premier temps, cas échéant de mettre en œuvre une expertise. Donnant suite à cette requête, le Dr Z. _____ a fait parvenir le 21 janvier 2021 à l'OAI son rapport du 25 mai 2020 à l'attention de la

- 6 - Dre D. _____. Il en résultait en particulier que la situation restait stationnaire et l'examen rassurant. Le Dr Z. _____ n'avait pas d'autres options diagnostiques ou thérapeutiques à formuler, estimant qu'il convenait surtout de poursuivre les auto-exercices de rééducation, voire de temps à autre une séance de physiothérapie ou d'ostéothérapie si nécessaire. Était également joint son rapport du 16 décembre 2019, faisant état d'un examen clinique tout à fait rassurant avec une mobilité lombaire satisfaisante et un examen neurologique strictement normal. Dans un avis du 9 février 2021, le SMR a estimé qu'il était difficilement compréhensible, au regard de l'atteinte et de sa prise en charge, que la capacité de travail de l'assurée reste durablement limitée à 40 % dans son activité habituelle administrative. Il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation. Le Dr M. _____, spécialiste en rhumatologie et médecin au SMR, a procédé à un examen clinique de l'assurée le 26 mars 2021. Dans un rapport du 13 avril 2021, faisant office de rapport final SMR, le Dr M. _____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis lombaire avec hernie discale L1-L2 gauche. Il a posé le diagnostic d'excès pondéral avec BMI à 28, sans incidence sur la capacité de travail. Il a constaté que l'activité habituelle de secrétaire était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, à savoir la nécessité d'alterner les positions assise/debout deux fois par heure, sans soulèvement ou port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, sans travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et sans exposition à des vibrations. L'activité de secrétaire était d'autant plus adaptée que l'intéressée disposait, tant à son bureau qu'à son domicile, d'une table réglable permettant l'alternance des positions. Le Dr M. _____ a également relevé une certaine discordance entre les plaintes douloureuses et la tolérance à la position assise durant l'entretien et les activités ménagères et sportives réalisées par l'assurée. Le Dr M. _____ a ainsi retenu que l'assurée était capable de travailler dans son activité

- 7 - habituelle à 100 %, dès le 24 avril 2019, soit à l'issue de sa prise en charge rééducative intensive. Dans un projet de décision du 7 juillet 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il refusait de prester, au motif qu'elle n'avait pas présenté d'incapacité de travail durable au sens de la loi. L'OAI a retenu que l'assurée avait été incapable de travailler de manière ininterrompue depuis le 11 juin 2018, date à partir de laquelle le délai d'attente d'une année débutait. Or, selon les renseignements médicaux en sa possession, une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée dans toutes activités dès le 24 avril 2019, soit avant l'échéance du délai d'attente précité. Au demeurant, l'activité habituelle était adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le droit aux prestations n'était donc pas ouvert. Par courrier du 3 septembre 2021, l'assurée a fait valoir des objections à l'encontre du projet de décision. Elle a exposé que le rapport du Dr M. _____ manquait de nuances concernant les activités qu'elle réalisait au quotidien ; il ne mentionnait pas les changements d'appui qu'elle avait été contrainte de faire durant l'entretien en position assise ni les stratégies mises en place pour réaliser les activités sportives et les loisirs. Elle a précisé que l'endométriose dont elle souffrait l'handicapait presque la moitié du mois ce qui, cumulé aux lombalgies, était très invalidant. Elle a ajouté qu'une hystérectomie serait réalisée le 13 septembre suivant. Elle a également regretté que ni son ostéopathe ni sa psychologue n'aient été interrogés par le Dr M. _____. L'assurée a encore produit un lot de pièces le 5 octobre 2021, à savoir : - Un rapport du 5 octobre 2021 du Dr V. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, selon lequel l'intéressée avait subi une hystérectomie subtotale et salpingectomie bilatérale et une cystoscopie, avec un arrêt de travail de quatre semaines ; - Un courrier du 27 septembre 2021 de l'ostéopathe G. _____, qui y a expliqué suivre l'assurée depuis 2013

- 8 - pour des lombalgies basses fonctionnelles dans un contexte d'épuisement total au travail, puis également pour des tensions cervicales depuis 2018. Selon l'ostéopathe, entre 2018 et 2019, l'assurée ne pouvait assumer les tâches simples quotidiennes mais faisait preuve de volonté et avait appris, lors des différents traitements suivis, à contrôler ses douleurs, ce qui lui permettait d'assumer les tâches quotidiennes et de pratiquer une activité physique ; - Un rapport du 1er octobre 2021 de la psychologue Q. _____, qui a exposé suivre l'assurée depuis le 6 février 2019, avec comme axe principal de travail le maintien d'un certain niveau d'énergie vitale. Sollicité pour avis, le SMR a estimé, le 8 novembre 2021, que ces nouveaux rapports n'apportaient pas d'arguments médicaux pour attester une aggravation des atteintes ou une nouvelle atteinte à la santé depuis les conclusions de l'examen rhumatologique du 26 mars 2021. Il ne disposait ainsi pas d'élément permettant de retenir, de manière rétroactive, que les troubles gynécologiques justifieraient une incapacité de travail durable. Sur le plan psychologique, l'ostéopathe faisait état d'un épuisement en 2013 avec suivi psychologique et traitement antidépresseur, puis un nouveau suivi psychologique en 2019, sans description d'atteinte psychiatrique concrète. Il était tout au plus mentionné, lors du séjour de rééducation intensive, une possible note anxiodépressive aux autotests réalisés, sans recommandation de prise en charge spécifique. Il ne transparaissait par ailleurs pas d'atteinte incapacitante de ce registre dans l'examen rhumatologique du 26 mars 2021. Par décision du 8 novembre 2021, l'OAI a refusé d'accorder à l'assurée des prestations d'assurance, conformément à son projet de décision. Dans un courrier du même jour, l'OAI a précisé à l'assurée que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position. En particulier, l'opération chirurgicale du 13

- 9 - septembre 2021 ne justifiait pas une période d'incapacité durable au sens de l'AI, ou une diminution de sa capacité de travail. B. Par acte du 7 décembre 2021, W._____, représentée par la CAP, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1er juin 2019, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. En substance, elle a reproché à l'OAI d'avoir pris sa décision sur la base du rapport du Dr M._____, en dépit du fait qu'elle n'avait jamais pu reprendre son activité habituelle à son taux contractuel de 60 %, estimant avoir bien présenté une incapacité de travail durant plus d'une année. Elle a ajouté que l'OAI, qui n'avait pas mis en œuvre une « réelle expertise » reprenant toutes ses atteintes somatiques et psychiatriques, avait mené une instruction lacunaire. Elle a ensuite déploré qu'aucune enquête ménagère n'ait été effectuée. Enfin, elle a estimé que dans la mesure où son employeur l'avait annoncée en détection précoce en novembre 2018, et qu'elle avait remis sa demande formelle le 28 décembre 2018, son droit à la rente courait à compter du 1er juin 2019. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise. Dans sa réponse du 25 janvier 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours. En réplique, le 15 février 2022, la recourante a maintenu sa position. L'OAI en a fait de même, le 28 février 2022. 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

- 10 - 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. 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 8 novembre 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). 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

- 11 - 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 LPGA). 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 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). En d'autres termes, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (TF 9C_19/2015 du 20 mars 2015 consid. 2.2. et la référence citée). En outre, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). d) Conformément à la jurisprudence relative à l'art. 29 al. 3 LPGA, la date déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques d'une demande est celle à laquelle la requête a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe (TF 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5). L'art. 65 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur

- 12 - l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise encore que celui qui veut exercer son droit aux prestations de l'assurance doit présenter sa demande sur formule officielle. 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 LPGA 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).

- 13 - c) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6) 5. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante a présenté une incapacité de travail à compter du 11 juin 2018. L'OAI a retenu dans la décision attaquée qu'à compter du mois d'avril 2019, soit avant l'échéance du délai d'une année (cf. art. 29 LAI), elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans toutes activités, ce que la recourante conteste, alléguant ne pas avoir recouvré sa capacité de travail antérieure. Elle déplore en particulier que l'instruction a été lacunaire et qu'aucune « réelle expertise » n'a été mise en œuvre, avec un volet somatique et psychiatrique. Ce grief est mal fondé. Aucun élément du dossier ne fait état d'une atteinte d'ordre psychiatrique. La recourante a pourtant fait l'objet d'une longue prise en charge, notamment auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier F..... Elle a en outre une médecin traitante, la Dre D....., qui la suit depuis mars 2018. Or, aucun des médecins n'a évoqué de signes dépressifs, de thymie abaissée, ou toute autre atteinte d'ordre psychiatrique. Interrogée par le Dr

- 14 - M..... sur son moral, l'assurée a répondu qu'il était en dents de scie, mais que de manière générale, cela allait. Certes, elle a fait savoir au Dr M..... qu'elle voyait, à raison d'une fois toutes les 3 à 4 semaines, une psychologue qui l'aidait « car elle a déjà fait des épuisements professionnels à répétition ». On apprend toutefois par l'ostéopathe G..... (cf. courrier du 27 septembre 2021) que ces épisodes remontent à 2013 et qu'un nouveau suivi a débuté en 2019. Au terme de son rapport du 1er octobre 2021, la psychologue précise que le suivi a comme axe principal le maintien de l'énergie, sans qu'elle ne décrive d'atteinte concrète au plan psychiatrique. Lors du séjour de rééducation intensive du rachis, il est tout au plus fait mention d'une possible note anxiodépressive aux autotests réalisés, sans qu'une prise en charge spécifique ne soit recommandée (cf. rapport du Dr Z..... du 24 avril 2019). L'examen rhumatologique réalisé le 26 mars 2021 par le Dr M..... n'a pas non plus décelé d'atteinte incapacitante dans ce registre, au vu des plaintes émises, des activités quotidiennes et de l'anamnèse. Dans ces conditions, l'OAI n'avait pas à mettre en œuvre une expertise psychiatrique. La recourante ne se prévaut pas en recours de l'atteinte gynécologique. Dans la mesure où elle a subi une hystérectomie, qui a donné lieu à un arrêt de travail de quatre semaines, il ne s'agit quoi qu'il en soit pas d'une atteinte durable. La recourante s'en prend ensuite, au plan somatique, à l'examen clinique rhumatologique du Dr M....., se plaignant d'une instruction « lacunaire ». Or, il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance, l'OAI restant libre de décider les mesures d'instruction qu'il entend mettre en œuvre, notamment de solliciter le SMR pour un examen médical (cf. consid. 4c ci-dessus).

A cet égard, il y a lieu de constater que le rapport rédigé par le Dr M. _____ à la suite de son examen clinique du 26 mars 2021 de la recourante remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine

- 15 - valeur probante. En effet, il a examiné avec soin les éléments du dossier, qu'il a résumés ; il a ensuite réalisé l'anamnèse de la recourante et listé ses plaintes. Il a procédé à un examen par système, puis examiné le status général, neurologique et ostéoarticulaire. Dans le cadre de son analyse, il a en outre pris connaissance des éléments du dossier radiologique. Il a alors posé des conclusions claires et dénuées de contradictions. Rejoignant les médecins qui ont examiné la recourante, il a retenu le diagnostic principal de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis lombaire avec hernie discale L1-L2 gauche. Sans effet sur la capacité de travail, il a fait état d'un excès pondéral avec BMI à 28. Le Dr M. _____ a livré une appréciation du cas très étayée, en retenant en particulier que le statut neurologique était normal, sans troubles sensitivomoteurs des membres ni syndrome radiculaire, avec même une épreuve de Lasègue conduite jusqu'à 900. L'assurée déambulait normalement. Sa mobilité était excellente au niveau lombaire, satisfaisante au niveau cervical, conservée au niveau des articulations périphériques. La mobilisation de l'épaule gauche était douloureuse, mais les épreuves étaient négatives des deux côtés. La palpation au niveau des hanches entraînait des douleurs, alors que les manœuvres étaient négatives des deux côtés. L'assurée ne présentait pas de douleurs à la palpation des sacro-iliaques ni de signe d'arthropathie inflammatoire périphérique. Le Dr M. _____ a ainsi retenu les limitations fonctionnelles d'alternance des positions assise et debout deux fois par heure, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. S'agissant de l'incapacité de travail, il a observé qu'en dépit des arrêts de travail attestés par la médecin traitante à des taux variables entre 100 % et 30 %, il n'y avait aucune raison biomécanique pour attester une incapacité de travail dans l'activité habituelle de secrétaire, qui était adaptée. Il a ainsi conclu que l'assurée présente une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle de secrétaire, qui est adaptée, depuis le 24 avril 2019.

- 16 - Aucun élément du dossier ne vient sérieusement contredire cette appréciation. L'ostéopathe G. _____ a ainsi fait état d'une assurée volontaire dont la situation s'était améliorée dans le courant de l'année 2019 en raison d'un apprentissage de gestion de la douleur grâce aux différents traitements suivis. En outre, c'est sur la base de l'appréciation du Dr Z. _____, le médecin spécialiste qui préconisait une reprise d'activité à l'issue du programme de rééducation, que le Dr M. _____ a conclu à la présence d'une capacité de travail recouvrée à compter du 24 avril 2019. Dans la mesure où l'OAI s'est fondé sur l'examen, probant, du Dr M. _____, il ne peut lui être fait grief d'avoir retenu que l'atteinte à la santé était survenue le 11 juin 2018, et que la capacité de travail entière dans l'activité habituelle, qui est adaptée, avait été recouvrée le 24 avril 2019. Partant, on ne discerne pas de violation de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. b) La recourante déplore l'absence d'enquête ménagère, alors qu'elle est active à 60 % et ménagère à 40 %. Or, dans la mesure où elle présente, selon les constatations ci-dessus, une capacité de travail de 60 % dans toutes activités, même une totale incapacité ménagère – non vraisemblable en l'occurrence – ne serait pas susceptible de lui ouvrir le droit à la rente, faute d'atteindre le seuil de 40 %. c) Certes, conformément à la jurisprudence relative à l'art. 29 al. 3 LPGA, la date déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques d'une demande est

celle à laquelle la requête a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe (TF 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5). En l'espèce, la recourante a envoyé sa demande de prestations par courrier du 28 décembre 2018. Un éventuel droit à la rente prendrait ainsi naissance au 1er juin 2019, et non dès le 1er juillet 2019. Cette question est toutefois théorique en l'occurrence, un tel droit n'étant pas ouvert. Dans ces conditions, le dies a quo du droit à la rente ne saurait être litigieux.

- 17 - 6. Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). 7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis 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 (art. 61 let. g LPGa). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 8 novembre 2021 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 W._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens.

- 18 - La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - CAP (pour W._____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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