

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2022

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mme Durussel et M. Neu, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

D._____, à l._____, recourante, représentée par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 8 LAI

E n f a i t :

A. Née en 1996, D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), titulaire d'un certificat fédéral de maturité obtenu en 2015, a exercé depuis lors diverses activités (bénévolat, stages, séjour linguistique) jusqu'au mois d'août 2016, date du début de son stage en Unité d'accueil pour écoliers (ci-après : UAPE). Elle a ensuite passé le concours d'entrée en vue de commencer, à partir du mois d'août 2017, une formation d'éducatrice auprès de l'Ecole U._____ à laquelle elle a finalement renoncé pour entreprendre une formation à domicile dans le domaine du design dès le mois d'octobre 2017.

Souffrant essentiellement d'une dépression, l'assurée a déposé, en date du 13 décembre 2018, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux nécessaires auprès du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée. Dans son rapport du 23 avril 2019, il a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'état dépressif moyen et de phobie sociale. Ayant attesté d'une incapacité de travail ininterrompue depuis le 3 juin 2017 à des taux variant de 40 à 60 %, il estimait que sa patiente était à ce moment-là en mesure de mener à bien une réadaptation complète à condition de prendre confiance en elle et de ne pas être confrontée à une hiérarchie sévère.

Au terme d'une mesure d'orientation professionnelle (bilan de compétences) ayant permis de confirmer trois objectifs professionnels potentiels (architecte d'intérieur, médiaticienne ou designer sur objet), l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une formation professionnelle initiale sous la forme d'une recherche de stage et d'un suivi de stage auprès de Z._____ à A._____ du 8 août au 31 décembre 2019 (communication du 8 août 2019).

En raison d'une aggravation de son état de santé, l'assurée a présenté une incapacité totale de travail ininterrompue du 28 octobre 2019 au 15 février 2020 selon les certificats médicaux du Dr H. _____ des 28 octobre 2019, 21 novembre 2019 et 20 janvier 2020.

L'assurée ayant sollicité, par courriel du 21 février 2020, la suspension des mesures professionnelles en cours, l'OAI a poursuivi l'instruction médicale afin de déterminer l'exigibilité et les limitations fonctionnelles (rapport final du 25 février 2020).

Réinterpellé, le Dr H. _____ a indiqué, dans un rapport du 12 mai 2020, que l'assurée souffrait d'une dépression récurrente (épisode actuel moyen), laquelle était accompagnée d'une perte de confiance en soi, de troubles de la concentration, d'une hypersomnie et d'un manque d'énergie, justifiant une capacité de travail réduite à 20 %.

A la demande du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), le Dr H. _____ a complété son rapport en date du 6 octobre 2020. Ayant évoqué, dans son rapport d'avril 2019, une symptomatologie dépressive depuis l'âge de 15 ans, il a mentionné que sa patiente avait fait l'objet d'un suivi psychiatrique de 2013 à 2015 par sa consoeur, la Dre P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après avoir confirmé le diagnostic de phobie sociale posé dans son rapport du 23 avril 2019, il a expliqué que si l'état de santé s'améliorait de façon générale, chaque automne voyait une rechute accompagnée d'angoisses et de perte d'énergie. En raison des limitations fonctionnelles retenues (appréhension, peurs, angoisses et difficultés diverses), le Dr H. _____ a une nouvelle fois retenu une incapacité de travail de 80 %.

Dans un rapport du 20 novembre 2020, la Dre P. _____ a posé le diagnostic d'état dépressif avec idéation suicidaire chez une adolescente de 16 ans. Compte tenu de l'évolution positive de l'état de santé et de l'obtention de la maturité, le suivi avait pris fin en juillet 2015.

Dans son avis médical du 18 janvier 2021, le Dr B._____, médecin auprès du SMR, a indiqué que les pièces au dossier ne lui permettaient pas de se faire une idée claire du retentissement quotidien des troubles psychiques présentés par l'assurée dans différents domaines de la vie. Aussi, en l'absence d'atteintes somatiques associées (cf. rapport du 24 novembre 2020 de la Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant), a-t-il suggéré la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Pour ce faire, l'OAI a mandaté le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'est adjoint le concours de R._____, psychologue FSP. Dans son rapport du 11 juin 2021, l'expert a exclu tout diagnostic incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics suivants :

- trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F 33.11) depuis décembre 2016 puis léger (F 33.0) ;
- agoraphobie (F 40.0) avec phobie sociale (F 40.1) légères, car elles n'empêchent pas la gestion du quotidien, les sorties seule ou avec des amis, la danse, etc.
- traits de la personnalité anxieuse et dépendante (Z 73.1) actuellement non décompensé avec la précision que ce trouble n'avait pas empêché la gestion adéquate du quotidien.

Selon l'expert, l'assurée disposait, depuis le mois de décembre 2016, d'une capacité entière de travail sans diminution de rendement, tant dans l'activité habituelle que dans une profession correspondant à ses aptitudes.

Sollicité pour détermination, le Dr B._____ a, dans son avis médical du 8 juillet 2021, déclaré faire sienne l'appréciation du Dr T._____.

Le 29 juillet 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente d'invalidité) faute d'atteinte invalidante.

L'assurée a présenté des objections à ce projet de décision en date du 1^{er} novembre 2021. Elle a fait valoir que le rapport d'expertise du Dr T. _____ était dépourvu de valeur probante en tant qu'il comportait plusieurs contradictions et incohérences entre les pièces versées au dossier, ses propres dires et les conclusions expertales. Elle a par ailleurs relevé que l'expertise avait été en grande partie réalisée par deux psychologues et qu'elle n'avait rencontré l'expert qu'à de rares reprises. Elle a déposé un rapport du Dr H. _____ du 20 octobre 2021, dont on extrait le passage suivant :

« Dans leur rapport, le médecin de l'AI suivant l'avis de l'expert reconnaît que la patiente souffre d'une maladie dépressive récurrente qu'il estime constante à un niveau léger depuis 2016. Mais il estime que cette maladie ne l'empêche pas de travailler. Il considère que « légalement » elle a été capable de travailler, sans exception à 100 % pendant toutes ces années. Nous avons revu nos dossiers en détail. Il en résulte que nous ne pouvons pas être d'accord avec cette évaluation.

L'expert est d'avis, et je suis entièrement d'accord, que la patiente souffre d'une dépression récurrente depuis l'âge de 15 ans qui l'empêche de participer pleinement à sa formation au gymnase.

L'expert ne donne aucune indication de comment l'assurée a pu vivre sa vie de gymnasienne et réussir. Normalement étudier demande de la concentration, d'être régulièrement présente en classe et de participer à la vie sociale. Mme D. _____ a été privée d'une énergie habituelle qu'il faut pour réussir. Mais, elle a pu s'adapter à son handicap énergétique par une stratégie que j'ai vu utiliser par d'autres patients atteints de dépressions récurrentes. En réalisant que le manque d'énergie était au plus bas le matin, elle restait à la maison, si nécessaire, ne rejoignant l'école que vers midi, moment où l'énergie était meilleure. Ses bulletins scolaires attestent des nombreuses périodes manquées. Ce type de dépression saisonnière s'améliorant vers le printemps et l'été, elle a été moins gênée pour rattraper son retard, aidée par son intelligence, constatée lors du test pendant l'expertise.

Elle m'avait expliqué qu'elle a pu suivre un cours de danse mais qu'après elle devait dormir 3 heures pour récupérer l'énergie dépensée. La limitation d'énergie l'a contrainte pendant les périodes de péjoration de faire le choix entre les études, les activités sociales, d'aider sa famille en difficulté ou simplement d'avoir un temps libre pour elle. Ayant plus d'énergie au printemps et en été elle pouvait être plus active.

Dans son rapport, l'expert souligne que sa décision de ne pas considérer la dépression légère comme une raison pour une incapacité de travail est légale. Cependant, Il ne me semble pas en

accord avec la loi d'aujourd'hui. En regardant le prononcé du 3 juin 2015 ATF 141 V 281, celui-ci a renversé l'appréciation antérieure de la « surmontabilité » de la maladie, et a introduit la notion que la présence d'une maladie dépressive légère ou moyenne devait être prise en considération par l'AI.

Dans notre cas les perturbations liées aux saisons, avec les variations de moyennes pendant des périodes de l'automne-hiver et un peu plus légères au printemps-été ne permettent pas d'offrir une participation régulière en tant qu'élève ou employée pendant toute l'année, condition nécessaire pour un employeur ou pour suivre une formation. Actuellement, nous n'avons pas de certitude que Mme D. _____ a cette capacité de régularité, n'ayant pas pu voir une saison d'automne et hiver sans rechute. D'ailleurs, devons-nous être inquiets, vu que l'expert signale qu'elle souffre d'une dépression légère selon le test de Hamilton. Il note un score de 17 points. A 18 points c'est la dépression moyenne. Pour une personne malade depuis longtemps, c'est ma pratique d'arriver dans la zone de normal, 0 à 6 ou presque avant de commencer une formation.

Mme D. _____, très désireuse de prendre sa place dans la vie professionnelle, s'est inscrite à une formation à distance, qui, nous avons espéré lui permettra une activité professionnelle qu'elle pouvait exercer malgré ses difficultés psychiques. Elle a choisi la décoration intérieure sur 2 ans. Malheureusement, sa formation a été trop fréquemment ralentie et finalement interrompue par les rechutes de sa maladie. Après 4 ans, elle n'a pu terminer, malgré sa motivation, que la moitié du parcours.

Ceci nous amène à un autre critère utilisé dans l'expertise : le jour type. J'imagine que c'est une façon un peu détournée d'estimer les ressources de la patiente en regardant ses possibilités sociales. Ce critère n'est pas utilisable pour déterminer la profondeur d'une dépression selon la CIM-10, car la description des activités sociales est considérée trop subjective.

Dans les questions sur ses activités de jour type, l'expert en mentionne plusieurs. La patiente m'a confié qu'elle a été peut-être trop positive dans sa volonté de paraître motivée et capable de participer dans un projet de formation. Les activités citées sont ce qu'elle aimerait faire, mais lors des périodes dépressives elles ne sont pas possibles. Cette situation est très handicapante et très dévalorisante pour une personne de l'âge de ma patiente.

Pour être clair, nous n'avons pas eu connaissance durant les années de notre thérapie, d'une journée d'activités mixtes aussi intenses et régulières décrites par l'expert.

C'est évident que lors d'une thérapie nous encourageons les activités sportives et sociales, pour couper l'isolement provoqué par la dépression et pour augmenter le taux de sérotonine, neuro-hormone en insuffisance dans la dépression. La danse fait partie de sa thérapie et ne peut pas être regardée comme un signe de bien-être. Cette évaluation n'a pas sa place dans la codification du diagnostic (page 107 ICD).

Cependant, il n'y a pas que le problème de la dépression qui nous préoccupe. Il y a aussi le diagnostic de **phobie sociale** que l'expert admet, mais ne prend pas en considération à sa juste mesure, et surtout sa valeur négative et perturbatrice dans la vie de formation ou de travail de l'assurée. Les symptômes liés à cette difficulté sont

présents dès le début de nos consultations. Elle a une estime de soi négative qui se révèle lorsqu'elle se juge coupable de son manque d'énergie et se blâme pour son incapacité de réussir sa vie comme les autres. Très tôt elle s'est sentie mise à l'écart et pas suffisante. Avec la naissance de sa soeur, sa mère n'a plus assez de temps pour s'occuper d'elle. Elle est mise à l'Ecole E. _____ où elle n'arrive pas à s'intégrer. Elle se rappelle d'avoir souvent pleuré. Elle vit cela comme une mise à l'écart, comme un abandon. Son père se moque d'elle, ne la complimente jamais. A 6 ans le couple parental divorce. Elle vit avec sa mère et sa soeur. Le père s'occupe d'elle tous les 15 jours. Elle est toujours perturbée après les weekends avec le père. A 10 ans, elle rejoint l'école régionale. Ça va un peu mieux. Elle a peur de ne pas faire juste et a de la peine d'avoir des amis. Vers 11 ans son corps commence déjà sa transformation, plus rapidement que les autres filles de son âge. Elle subit des agressions à répétitions par les garçons à l'école, des attouchements. Elle se sent dévalorisée par la moquerie des autres. Elle limite des interactions. Elle développe une phobie sociale. Elle va faire très attention dans ses relations pour ne pas faire de faux pas. Toute nouvelle relation est source de crainte et d'angoisse ce qui amène à éviter les inconnus. Dans une formation professionnelle l'angoisse liée à sa phobie pose problème. Malgré cela, elle se fait petit à petit quelques amis qu'elle a pu garder. Son ami actuel fait partie de ses amis de longue date.

Pendant la thérapie, malgré les hauts et bas de sa dépression, nous avons continué le travail sur les traumatismes à la base de sa phobie sociale. Nous sommes contents de voir que l'expert et ses collègues reconnaissent la patiente comme intelligente, capable de s'exprimer ouvertement aujourd'hui face aux personnes qui la jugent, la critiquent et la rejettent. Effectivement, comme a constaté l'expert, la phobie sociale est en voie de guérison et sa diminution la rend plus apte à une formation professionnelle. Depuis peu, elle a pu quitter l'appartement familial pour vivre seule et apprécie son indépendance. Elle a pu ainsi prendre distance avec les problèmes de sa soeur maniaque-dépressive qui vit des épisodes inquiétants et dangereux. Elle a envie de travailler de nouveau. »

Après avoir pris connaissance des éléments avancés dans le courrier du 1^{er} novembre 2021 et dans le rapport du 20 octobre 2021, le Dr B. _____ a estimé qu'ils ne lui permettaient pas de revenir sur ses précédentes conclusions. Néanmoins, compte tenu d'une longue pause professionnelle ayant pu entraver la réussite d'une formation chez une assurée connue pour des troubles dépressifs dès l'adolescence, il estimait que la mise en place de mesures professionnelles serait utile pour accompagner la reprise d'une formation et/ou d'une activité professionnelle et, partant, pérenniser la capacité de travail entière qui lui a été reconnue (avis médical du 7 décembre 2021).

En l'absence d'atteinte à la santé invalidante, l'OAI a constaté, dans une note interne du 10 décembre 2021, l'impossibilité d'octroyer des mesures professionnelles ou une aide au placement, si bien que, par décision du 15 décembre 2021, il a entériné son refus d'allouer à l'assurée toutes prestations d'invalidité.

B. **a)** Par acte du 1^{er} février 2022, D._____, représentée par Procap, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à ce que le droit à des mesures professionnelles, voire à une rente entière d'invalidité, lui soit reconnu, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. Dans un premier moyen, elle a fait valoir que le rapport d'expertise du Dr T._____ était dépourvu de valeur probante en tant qu'il était entaché de diverses erreurs et incohérences mises en évidence par le Dr H._____ dans sa prise de position du 20 octobre 2021. Ainsi, l'expert avait retenu une capacité de travail totale sans perte de rendement quand bien même il avait constaté que l'assurée n'avait pas pu se former et qu'en raison de ses troubles dépressifs elle pouvait demander une réadaptation/réinsertion sociale. Dans un second moyen, l'assurée a critiqué le refus de mesures professionnelles. Invoquant son jeune âge et le fait qu'elle se trouvait au début de sa carrière professionnelle, elle estimait que l'octroi de telles mesures se justifiait. En effet, elles lui permettraient de se procurer ultérieurement une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait sa formation professionnelle initiale. Encore fallait-il qu'elles fussent adaptées à son état de santé et à son rythme, ce qu'il incombait à l'OAI de vérifier.

b) Dans sa réponse du 2 mars 2022, l'OAI a renvoyé à l'avis du SMR du 7 décembre 2021 concernant les arguments opposés au Dr H._____ tandis qu'il s'est prévalu d'une note interne du 10 décembre 2021 pour nier le droit de l'assurée à des mesures professionnelles. Il a conclu au rejet du recours.

C. Par décision du 3 février 2022, le bénéfice de l'assistance judiciaire a été octroyé à D._____ avec effet au 1^{er} février 2022. Aux termes de cette décision, la recourante a été exonérée du paiement d'avances, de frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

Le 30 septembre 2022, Procap a déposé sa liste des opérations en faisant état d'un montant total d'honoraires de 2'290 fr. 80, débours et TVA compris, correspondant à 8 heures 10 de travail au tarif horaire de 250 fr. et à 102 fr. de frais et copies.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile - compte tenu des fêtes - 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. a) Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'office intimé du 15 décembre 2021, par laquelle il a dénié le droit de la recourante à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente, faute d'atteinte à la santé invalidante.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 15 décembre 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 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).

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) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves médicales nécessaires et les apprécie librement sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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).

c) Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

5. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). 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).

6. Dans sa décision du 15 décembre 2021, l'office intimé s'est prononcé sous l'angle du droit à des mesures professionnelles et de celui à une rente d'invalidité, considérant sur la base de l'expertise psychiatrique du Dr T. _____ que ces prestations n'entraient pas en ligne de compte en l'absence d'atteinte à la santé invalidante. La recourante a contesté cette appréciation, d'une part, en faisant valoir que l'expertise précitée était dépourvue de valeur probante et, d'autre part, en se prévalant de son âge pour solliciter à tout le moins l'octroi de mesures professionnelles.

a) Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en

espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^e révision de l'AI], FF 2005 4223 ch. 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et/ou intellectuelles – de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées d'un assuré doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée).

b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

aa) Aux termes de l'art. 15 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de

l'activité déployée jusqu'à présent. L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé. Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité. L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (ATF 114 V 29 consid. 1a ; TF 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 3.2 et les références citées).

bb) Selon l'art. 16 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'assuré qui n'a pas encore eu d'activité lucrative et à qui sa formation professionnelle initiale occasionne, du fait de son invalidité, des frais beaucoup plus élevés qu'à un non-invalide a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes. Aux termes de l'art. 5 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, sont réputées formation professionnelle initiale toute formation professionnelle initiale au sens de la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle (LFPr ; RS 412.10), ainsi que la fréquentation d'écoles supérieures, professionnelles ou universitaires faisant suite aux classes de l'école publique ou spéciale fréquentées par l'assuré, de même que la préparation professionnelle à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé.

Lorsque l'octroi des contributions selon l'art. 16 LAI prête à discussion, il incombe au médecin d'établir un diagnostic et de prendre position sur les empêchements qui en résultent ; celui-ci doit aussi, le cas échéant, se prononcer sur la question de savoir si l'état de santé permet une formation professionnelle initiale et si tel est le cas, indiquer les activités qui sont adéquates du point de vue médical. Il en va de même

lorsque l'assuré qui a entrepris une formation de sa propre initiative demande des prestations de l'assurance-invalidité (Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 4 ad art. 16 LAI ; Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 5 ad art. 16, ; TF 9C_745/2008 du 2 décembre 2008 consid. 3.2).

cc) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Une mesure de reclassement ne saurait être interrompue de façon prématurée, aussi longtemps que le but de réadaptation visé peut, dans les limites de la proportionnalité, encore être atteint (ATF 139 V 399 consid. 5.5 et les références citées).

c) Pour délimiter le droit aux prestations de l'art. 16 LAI de celui découlant de l'art. 17 LAI, il faut se demander si l'assuré a déjà ou n'a pas encore exercé une activité lucrative avant de devenir invalide suite à la survenance de l'événement assuré. Il faut, pour ce faire, prendre en considération uniquement une activité lucrative déterminante d'un point de vue économique. On doit considérer que la condition (donnant droit au reclassement) d'une activité lucrative économiquement importante est réalisée si l'assuré a gagné pendant six mois un salaire équivalent aux trois quarts du minimum de la rente AI simple ordinaire et complète et qu'il a perdu ce revenu à cause de son invalidité. Il n'est donc pas déterminant que l'assuré ait ou non exercé une activité lucrative au moment où est survenu le cas d'assurance ; il s'agit bien plutôt de savoir si, après avoir terminé sa formation professionnelle initiale, il a ou non, à un moment donné, exercé une activité lucrative d'une certaine importance économique.

Lorsqu'une formation initiale a dû être interrompue en raison de l'invalidité, une nouvelle formation est assimilée à un reclassement si le revenu acquis en dernier lieu par l'assuré durant la formation

interrompue était supérieur à l'indemnité journalière prévue par l'art. 23 al. 2 LAI (art. 6 al. 2 RAI). Une formation professionnelle initiale est considérée comme interrompue au sens de l'art. 6 al. 2 RAI lorsque, bien que l'assuré ait accompli cette formation après la survenance de l'invalidité, l'exercice de la profession apprise se révèle incompatible avec le handicap et que l'on ne saurait raisonnablement exiger de l'assuré qu'il poursuive cette activité ; dans cette éventualité, les conditions strictes prévues par cette disposition doivent également être réalisées pour que l'on puisse admettre l'existence, avant la survenance du cas d'assurance, d'une activité lucrative d'une certaine importance économique, justifiant un reclassement professionnel. Il n'est donc pas déterminant que l'assuré ait ou non exercé une activité lucrative au moment où est survenu le cas d'assurance ; il s'agit bien plutôt de savoir si, après avoir terminé sa formation professionnelle initiale, il a ou non, à un moment donné, exercé une activité lucrative d'une certaine importance économique après la fin de sa première formation professionnelle - interrompue le cas échéant -, ce qui concorde avec l'art. 6 al. 1 RAI ; il doit y avoir un lien de causalité entre l'invalidité et la nécessité de la mesure de formation, mais pas entre l'invalidité et le fait d'arrêter l'activité exercée en premier lieu ou l'activité sans formation (Michel Valterio, op. cit., n^{os} 2 et 3 ad art. 17 LAI).

d) En l'occurrence, le droit à un reclassement n'est pas ouvert, en l'absence de profession ou d'activité lucrative antérieure, dès lors que le stage en UAPE ne saurait être qualifié d'activité lucrative, si bien qu'il convient d'examiner la conclusion de la recourante sous l'angle du droit à une formation professionnelle initiale. La question du droit à une nouvelle orientation professionnelle peut rester ouverte en l'état dès lors que ces deux mesures supposent toutes deux le constat d'une invalidité.

e) Il convient de préciser que, s'agissant des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, l'invalidité ne se définit pas en premier lieu en fonction d'une incapacité de gain mais doit être interprétée, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise concrètement (Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire,

Bâle 2018, n° 7 in fine ad art. 8 LPGA). Par ailleurs, lorsque la personne assurée n'exerce pas d'activité professionnelle, la perte de l'aptitude à accomplir un travail est examinée en fonction de son domaine d'activité. La loi ne définit pas quelles activités sont visées, mais elles doivent être comprises comme les occupations correspondant aux « travaux habituels » par l'assurance-invalidité. Il peut s'agir de tâches ménagères et de l'éducation des enfants, d'une formation, de l'assistance apportée à un proche, sans que cette aide ne soit rétribuée, ou encore d'une activité d'utilité publique ou artistique, à certaines conditions. Il faut alors mettre en évidence les activités habituelles effectuées par l'intéressé jusqu'au moment de la survenance de l'atteinte à la santé et apprécier si et dans quelle mesure il est encore capable de les accomplir. L'incapacité de travail (ou perte de l'aptitude à accomplir le travail dans son domaine d'activité) correspond à la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des activités habituelles (Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless, op. cit., n° 23 ad art. 6 LPGA et les références).

7. Puisque le droit à l'une ou l'autre des mesures de réadaptation professionnelle sollicitées suppose une invalidité, il reste à analyser si l'OAI était fondé à retenir l'absence de toute atteinte à la santé invalidante dans le cas particulier.

A ce propos, on relèvera à titre liminaire que l'existence de troubles somatiques n'est pas alléguée - ni *a fortiori* démontrée - dans le cadre de la présente procédure.

Sur le plan psychiatrique, se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise du 11 juin 2021 du Dr T._____, l'OAI a retenu que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante. De son côté, l'assurée a considéré que le point de vue de l'intimé ne pouvait être suivi car il reposait sur un rapport d'expertise dépourvu de valeur probante.

a) D'un point de vue formel, elle s'en prend aux modalités ayant présidé au déroulement de l'expertise. Elle fait ainsi valoir que le Dr

T._____ ne l'aurait que très peu rencontrée ce qui l'aurait conduit à déléguer la réalisation de l'expertise à la psychologue R._____.

aa) Selon la jurisprudence, en sa qualité de mandant, l'assureur a droit à ce que l'expertise soit effectuée par la personne mandatée. La substitution ou le transfert (même partiel) du mandat à un autre spécialiste suppose en principe l'autorisation de l'organe ou de la personne qui a mis en oeuvre l'expertise. L'obligation d'exécuter personnellement le mandat d'expertise n'exclut cependant pas que l'expert recoure à l'assistance d'un auxiliaire (« Hilfsperson »), qui agit selon ses instructions et sous sa surveillance, pour effectuer certaines tâches secondaires, par exemple assurer des tâches techniques (analyses) ou des travaux de recherche, de rédaction, de copie ou de contrôle. Une telle assistance fournie par un tiers compétent pour des tâches secondaires est admissible sans qu'on puisse y voir une substitution du mandataire soumise à l'accord de l'assureur, pour autant que la responsabilité de l'expertise, en particulier la motivation et les conclusions de celle-ci ainsi que la réponse aux questions d'expertise, reste en mains de l'expert mandaté. Il est en effet essentiel que l'expert mandaté accomplisse personnellement les tâches fondamentales d'une expertise médicale en droit des assurances, puisqu'il a été mandaté précisément en raison de son savoir, de ses connaissances scientifiques spécifiques et de son indépendance (ATF 146 V 9 consid. 4.2.2 et les références).

En l'occurrence, l'expert était, conformément à la jurisprudence précitée, autorisé à faire appel à un auxiliaire et rien n'indique qu'il y ait eu *de facto* substitution de mandat en faveur de la psychologue R._____.

bb) S'appuyant sur le rapport du 20 octobre 2021 du Dr H._____, la recourante se plaint de ce que son psychiatre traitant n'a pas été contacté par l'expert.

Outre qu'une obligation d'entretien ou de discussion avec le médecin psychiatre traitant ne résulte ni de la loi ni de la jurisprudence,

on constate que l'expert a eu accès aux rapports du Dr H._____, versés au dossier et qu'il en a pris connaissance. Ce grief se révèle ainsi infondé.

b) Sur le fond, l'expertise du Dr T._____ du 11 juin 2021 se heurte aux constatations du Dr H._____ notamment au rapport du 20 octobre 2021 de ce médecin. Si l'analyse de la journée-type de la recourante est, sur le principe, une analyse conforme à la jurisprudence, elle est inconciliable avec les constatations du psychiatre traitant qui suit la recourante depuis plusieurs années. Au demeurant, les divergences de raisonnement sur les mêmes éléments de fait (capacité intellectuelle, participation à des cours de danse, notamment) sont également dûment justifiées par le Dr H._____. Il s'agit d'appréciations différentes de la même situation. Les constatations de l'expert qui entrent en conflit avec celles du psychiatre traitant sont développées dans les considérants qui suivent.

aa) Il est constant que la recourante présente des troubles psychiques. L'expert retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuellement léger, agoraphobie et phobie sociale légères, traits de la personnalité anxieuse et dépendante. A l'instar du Dr T._____, le Dr H._____ retient aussi un trouble dépressif récurrent, qu'il considère cependant encore moyen au contraire de l'expert qui le qualifie de léger depuis décembre 2016, ce qui doit être examiné sous l'angle du critère de gravité (du trouble dépressif) ; il retient également une phobie sociale. Il n'y a pas d'autre diagnostic émanant du psychiatre traitant de telle sorte que les diagnostics retenus par l'expert doivent être considérés comme non contestés, la querelle subsistant s'agissant de la gravité des troubles psychiques et de leur impact sur la capacité de travail de l'assurée.

bb) L'expert et le psychiatre traitant s'opposent sur le degré de gravité du trouble dépressif, degré de gravité qui ne permet pas encore de déterminer le degré de gravité fonctionnel, ni la capacité de travail. En effet, du point de vue du droit des assurances sociales, ce n'est pas la gravité d'une maladie qui est finalement déterminante, mais son impact sur la capacité de travail, d'autant plus qu'elle peut entraîner des

conséquences différentes du point de vue professionnel (ATF 143 V 418 consid. 5.2.2). Indépendamment de la classification d'une maladie, un diagnostic - avec ou sans référence au degré de gravité spécifique au diagnostic - ne permet pas à lui seul de tirer des conclusions fiables sur l'ampleur de la perte de capacité fonctionnelle en corrélation avec l'atteinte à la santé en cas de troubles psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6). Un trouble dépressif léger à modéré sans interférences notables dues à des comorbidités psychiatriques ne peut en général pas être défini comme une maladie psychique grave. Il incombe aux experts médicaux de démontrer de manière compréhensible pourquoi, en dépit d'une dépression légère à moyenne et d'une bonne capacité de traitement du trouble, il en résulte dans le cas d'espèce des limitations fonctionnelles des performances qui se répercutent sur la capacité de travail (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2).

aaa) En l'espèce, il ne ressort pas du rapport du 20 octobre 2021 du Dr H. _____ que la recourante présente une incapacité de travail entière durable ; on comprend, ce que confirment les arrêts de travail attestés par ce praticien, que la recourante présente des incapacités de travail de degrés et périodes fluctuants (saisonniers), sans que le rapport précité ne réponde explicitement à la question de la capacité de travail résiduelle moyenne de la recourante. Il fait état d'une dépression saisonnière ayant pour conséquence que la recourante ne peut pas offrir une participation régulière en tant qu'élève ou employée toute l'année, spécialement en hiver, mais fait état d'une amélioration au printemps-été. La régularité étant une condition nécessaire au suivi d'une formation ou au maintien d'un emploi, le psychiatre traitant préconise une mesure d'ordre professionnel et pose un pronostic favorable en notant une amélioration de l'état de sa patiente.

bbb) Le parcours de vie de la recourante démontre qu'elle est capable de développer des stratégies lui permettant, nonobstant un trouble dépressif moyen à l'époque, faisant déjà l'objet d'un suivi par la Dre P. _____, de terminer sa scolarité et ses études gymnasiales sans avoir répété une année scolaire, au vu de l'année d'obtention de la

maturité. La mise en place de stratégies pour réussir ses études est de surcroît relevée par le Dr H._____.

En revanche, l'expert, qui a pourtant diagnostiqué des capacités intellectuelles supérieures à la moyenne à la recourante, n'a cependant pas investigué les conditions dans lesquelles la recourante a suivi son gymnase et passé son examen d'entrée à l'Ecole U._____, ni n'a abordé les conditions du stage en UAPE, notamment la question des arrêts de travail pendant ce stage, ni discuté de la renonciation à une formation auprès de l'Ecole U._____ après la fin de ce stage, ni de l'abandon des cours en design, ni de l'incapacité de travail lors de la formation professionnelle initiale essentiellement et de la demande de suspension de mesure par la recourante.

c) Il résulte de ce qui précède que les conclusions du rapport d'expertise dressé par le Dr T._____ le 11 juin 2021 sont ébranlées par le rapport du Dr H._____, en sorte que l'état de fait se révèle - même au stade de la vraisemblance prépondérante - insuffisamment déterminé pour l'examen du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

d) Dans ces conditions, il convient d'instruire plus avant l'état de santé de la recourante et son incidence sur sa capacité de travail et de gain. Il n'appartient en effet pas à la Cour de céans d'endosser le rôle d'expert médical et de départager les avis des médecins prénommés. Dès lors que les éléments en mains de la Cour de céans ne suffisent pas pour trancher la question litigieuse en toute connaissance de cause, il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique indépendante (cf. art. 44 LPGA) visant à déterminer si la recourante présente des affections psychiques susceptibles d'ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, dans les limites prévues par la loi.

8. En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis. La décision litigieuse du 15 décembre 2021 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

9. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'250 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 15 décembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis 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 D. _____ une indemnité de 1'250 fr. (mille deux cent cinquante francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :