

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 octobre 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI

E n f a i t e t e n d r o i t :

Vu la décision du 3 mai 2021 rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'intimé), refusant à X._____ (ci-après : la recourante) le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel,

vu l'acte du 2 juin 2021, par lequel la recourante, sous la plume de son conseil, a déféré cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité devait lui être reconnue à compter du 1^{er} mars 2021 au plus tard, et, subsidiairement, à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelles instruction et décision dans le sens des considérants,

vu la réponse du 15 juillet 2021 de l'intimé, proposant le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée,

vu la réplique du 21 octobre 2021 de la recourante, confirmant, sous suite de frais et dépens, les conclusions de son recours et précisant que ce dernier devait « a minima être admis et le dossier renvoyé à l'Office AI afin qu'il détermine la durée du droit aux prestations (à première vue, jusqu'au mois de juin 2021, soit une période très limitée dans le temps) »,

vu la duplique du 2 décembre 2021 de l'intimé, par laquelle ce dernier a réitéré ses conclusions,

vu les observations complémentaires du 7 janvier 2022 de la recourante, confirmant à nouveau ses conclusions et requérant la mise en œuvre d'une expertise médicale,

vu les pièces au dossier ;

attendu que 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]),

que 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),

que, 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 en l'occurrence recevable ;

attendu que le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, en particulier sur la durée de l'incapacité de travail à retenir depuis son accident de ski du 15 février 2020, qui lui a occasionné des fractures des branches ischio et ilio-pubiennes à droite,

que 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) et que, 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 3 mai 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) ;

attendu que l'incapacité de travail est définie par l'art. 6, première phrase, 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,

qu'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 (art. 6, deuxième phrase, LPGA),

que 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),

que pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1),

qu'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 ;

attendu qu'en l'espèce, l'intimé a refusé à la recourante le droit à une rente d'invalidité, aux motifs qu'elle a recouvré une pleine aptitude à travailler dès le 18 janvier 2021 et que, partant, elle n'a pas présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année à la suite de son accident du 15 février 2020,

que pour fonder sa décision, cette autorité s'est principalement appuyée sur le rapport médical du 6 janvier 2021 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA),

qu'il ressort en substance de ce rapport médical que, dix mois et demi après l'accident du 15 février 2020, la situation médicale de la recourante s'est stabilisée et que cette dernière est pleinement apte à travailler dans une profession s'exerçant essentiellement en position assise, à l'instar de son activité habituelle d'employée de commerce,

qu'aussi, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport médical du Dr P._____, dès lors que celui-ci repose sur des examens cliniques complets, durant lesquels la mobilité de la recourante a été observée en détail, qu'il tient compte des plaintes exprimées par cette dernière quant à ses douleurs au niveau de la fesse droite et de l'humérus droit ainsi qu'à ses difficultés à marcher, qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier, en particulier des multiples imageries du bassin réalisées depuis l'accident et des rapports médicaux du Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qu'il décrit le contexte médical et apprécie la situation médicale de manière claire, notamment en ce qui concerne l'évolution favorable de l'état de santé de la recourante, et que les conclusions relatives à la pleine reprise de la capacité de travail sont motivées de manière convaincante,

que la « Feuille-accident LAA » de la CNA jointe au recours - remplie, selon les explications indiquées dans ce dernier, par le Dr R._____ après chaque consultation et contresignée par le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de la recourante -, sur laquelle cette dernière se fonde pour attester d'une incapacité de travail totale au-delà du 18 janvier 2021, n'est pas à même de jeter le doute sur les conclusions du Dr P._____,

dans la mesure où les constatations relatives à l'aptitude au travail exposées dans ce document ne sont nullement motivées,

que la recourante n'a produit aucune autre pièce susceptible de remettre en cause lesdites conclusions,

qu'au demeurant, le Dr R. _____ a toujours fait état, dans ses rapports médicaux des 9 avril, 17 juin, 18 août et 17 novembre 2020, d'une évolution favorable de l'état de santé de la recourante,

que, dans son dernier rapport médical du 17 novembre 2020, ce médecin a indiqué que les fractures au bassin semblent consolidées au regard du bilan radiologique réalisé le même jour et a suggéré à la recourante de se sevrer de sa canne anglaise d'ici la fin de l'année 2020,

qu'il n'y a de surcroît plus fait mention des limitations fonctionnelles précédemment retenues dans son rapport médical du 18 août 2020, qui consistaient en d'importantes douleurs à la montée et la descente d'escaliers de même qu'en l'impossibilité de porter des charges lourdes,

qu'enfin, la Fondation [...], qui a été chargée de la mise en place des mesures d'intervention précoce, a relevé, dans son rapport du 25 février 2021, que la recourante peut travailler dans son activité habituelle, le frein identifié à son retour à l'emploi étant sa motivation,

qu'à la lumière de l'ensemble de ces éléments, l'intimé a donc nié à juste titre le droit à une rente d'invalidité à la recourante, étant donné que cette dernière n'a pas présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable après son accident du 15 février 2020,

que la situation médicale de la recourante étant claire, la mise en œuvre d'une expertise médicale ne se justifie pas dans le cas présent (cf. TF 8C 510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4),

qu'en définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée ;

attendu que 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),

qu'en l'occurrence, il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions,

qu'il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la 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 3 mai 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 la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour X. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :