

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 décembre 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
MM. Parrone et Wiedler, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1989, travaillait en qualité d'assistante dentaire à un taux d'environ 90 %, après avoir obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC) le 30 juin 2010.

Auparavant, à savoir le 12 avril 2002, elle avait déposé une première demande de prestations pour assurées de moins de 20 ans auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une infirmité congénitale d'ordre orthodontique. A ce titre, elle a bénéficié de mesures médicales.

Le 17 avril 2016, l'assurée a été prise de violentes céphalées. Le diagnostic de rupture d'un cavernome occipital gauche avec saignement a alors été posé et l'assurée a subi une opération par craniotomie supratentorielle pour exérèse du cavernome le 1^{er} juin 2016.

Le 9 mars 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en raison d'une perte de la vue périphérique à droite due à la rupture du cavernome.

L'assurée a indiqué, le 23 mars 2017, qu'elle travaillerait à 100% sans atteinte à la santé pour des raisons personnelles et financières.

Dans un rapport du 26 mars 2017, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'hémianopsie homonyme droite partielle, congruente, totale inférieurement, mais partielle supérieurement, avec une épargne maculaire faisant suite à une hémorragie d'un cavernome occipital gauche. Ce diagnostic était repris d'un rapport du 13 mars 2017 du Prof. F._____, spécialiste en ophtalmologie auprès de l'Unité de neuro-ophtalmologie de l'Hôpital ophtalmique [...]. A titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, le Dr N._____ a mentionné un état dépressif réactionnel. Selon lui, la capacité de travail de sa patiente était nulle dans l'activité habituelle

d'assistante dentaire et l'on pouvait s'attendre à une reprise d'une activité professionnelle en tant qu'employée de commerce.

Dans un rapport du 29 mai 2017, le Prof. F. _____ a indiqué que, dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée pouvait être de 100% mais que son rendement serait diminué, précisant que le calcul de cette baisse de rendement ne pouvait être effectué sans connaître le travail de la patiente.

Il ressort d'un questionnaire adressé au Cabinet dentaire du Dr L. _____, employeur de l'assurée, complété le 29 mars 2017, que celle-ci percevait un salaire de 1'850 fr. par mois. Un autre questionnaire adressé au Cabinet dentaire de la Dre P. _____, second employeur de l'assurée, complété le 7 avril 2017, faisait état d'un revenu de 2'314 fr. par mois, c'est-à-dire un total de 30'082 fr. par année. L'assurée a cessé ses activités auprès de ces deux cabinets le 31 juillet 2017.

Dès lors que l'activité d'assistante dentaire n'était plus indiquée pour l'assurée en raison de la perte de la vision périphérique à droite, celle-ci a bénéficié d'une mesure de reclassement dès le mois d'août 2017 et obtenu un CFC d'employée de commerce en juin 2020 avec d'excellents résultats.

Durant la mesure, une incapacité de travail de 20% a été attestée par le Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à partir d'avril 2019 jusqu'à juin 2019, « voire au-delà », selon les termes de ce médecin, en raison d'un épisode dépressif léger. Le Dr W. _____ a précisé que cette incapacité de travail était temporaire et ne mettait aucunement en péril la mesure de reclassement professionnel de sa patiente (cf. rapport du 8 mai 2019).

Par projet de décision du 29 juillet 2020, l'OAI a pris acte de la réussite du reclassement professionnel de l'assurée et l'a informée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité.

Le 1^{er} août 2020, l'assurée a débuté un emploi à 100% comme gestionnaire de dossiers pour une durée déterminée de six mois auprès du Service H._____ ([...]). Elle a ensuite bénéficié d'un nouveau contrat de travail de durée déterminée d'une année du 1^{er} décembre 2020 au 30 novembre 2021 à 90%, auprès de ce même Service, en tant que gestionnaire de dossiers spécialisée.

Le 15 octobre 2020, l'assurée a formulé des objections au projet du 29 juillet 2020, en faisant notamment valoir qu'elle présentait une incapacité de travail de 40% au moins en raison de son atteinte à la santé et de ses limitations fonctionnelles.

Par avis du 22 janvier 2021, la Dre T._____ du Service médical régional AI (SMR) a requis que des questions complémentaires soient posées au Dr F._____.

Dans un rapport du 17 février 2021, le Dr F._____ a répondu que l'état de santé de sa patiente était stationnaire depuis mai 2017. Il a précisé que dans un travail comme employée de commerce, la capacité de travail de l'assurée était de 100% du point de vue ophtalmologique mais que si d'autres symptômes en relation avec le cavernome occipital gauche et son exérèse chirurgicale étaient présents (céphalées, troubles de l'attention, difficultés à se concentrer notamment), ceux-ci influeraient sur la capacité de travail de l'assurée. Il a en outre répondu par l'affirmative à la question de savoir s'il y avait une baisse de rendement tout en mentionnant qu'il lui était impossible de dire de quel taux.

Dans un avis du 9 mars 2021, la Dre T._____ du SMR a sollicité la mise en œuvre d'une expertise comprenant un volet ophtalmologique et un volet de médecine interne.

Par écriture du 22 avril 2021, l'assurée a complété ses objections, en faisant valoir qu'elle était en incapacité totale de travail en raison d'atteintes à la santé ophtalmologiques et psychologiques, qu'elle avait souffert d'une grave dépression avec tendances suicidaires

marquées à la suite de la connaissance d'une erreur médicale et que son atteinte ophtalmique entraînait une importante fatigue et des migraines qui l'empêchaient de travailler plus qu'une demi-journée.

Par avis du 11 mai 2021, la Dre T._____ du SMR a préconisé l'ajout d'un volet psychiatrique avec un bilan neuropsychologique à l'expertise déjà demandée.

L'expertise pluridisciplinaire ophtalmologique avec volets neuropsychologique, psychiatrique et de médecine interne, sollicitée par le SMR, a été diligentée auprès du Centre d'expertise V._____ ([...]), en particulier auprès des Drs R._____, spécialiste en ophtalmologie, M._____, spécialiste en médecine interne générale, J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la neuropsychologue D._____. Aux termes de leur rapport du 15 octobre 2021, les experts ont retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'hémianopsie (H53.4) homonyme droite séquellaire qui entraînait des limitations fonctionnelles se traduisant par une perte de rendement et une diminution de la capacité de travail en raison d'une fatigabilité accrue. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont mentionné une anisocorie essentielle (H75.0), une myopie (H521), de l'astigmatisme (H52.2), ainsi qu'un trouble dépressif en rémission complète (F32.5). Ils ont évalué la capacité de travail résiduelle de l'assurée à 70% avec une baisse de rendement de 50%.

Par avis du 8 novembre 2021, la Dre T._____ du SMR a requis que des questions complémentaires soient posées aux experts (1) concernant l'évolution de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée et (2) quant au fait qu'elle ait pu suivre une formation à 100% et qu'elle ait soulevé ses griefs seulement après l'octroi de l'aide au placement et la signature d'un contrat de travail à 100% (à savoir après la réception du projet de décision de refus de rente).

En date du 21 novembre 2021, G._____ est devenue mère.

Le 9 février 2022, les experts du Centre d'expertise V. _____
ont répondu aux questions du SMR comme suit :

«1. [...]

Réponse du Dr J. _____ :

La capacité de travail sur le plan psychiatrique est de 100% d'avril 2016 à fin 2018. Nous n'avons pas plus de précision quant au mois où s'installe la dépression en fin 2018, mais cette dernière intervient à l'annonce de l'installation durable de son handicap visuel.

Entre fin 2018 et mars 2020, la CT est de 0% d'un 100%, dans toute activité.

Entre mars et juin 2020 : période d'amélioration. Nous pouvons donc retenir une CT de 100% dans toute activité dès mars 2020, sur le plan psychiatrique.

Réponse du Dr R. _____ :

Sur le plan somatique, la capacité de travail est à considérer comme stabilisée 12 mois après la survenue de la maladie (selon les éléments du dossier médicale à disposition, cela se situerait le 19.04.2017)

La capacité de travail est dès lors de 70%, avec un rendement réduit de 50% dans une activité adaptée (pour les motifs explicités dans l'expertise, voir également le détail du bilan neuropsych [sic]) et ce de manière permanente. Tel que mentionné dans le rapport d'expertise, le rendement réduit se comprend sur une capacité de 70%. La raison en est les difficultés dans la vie réelle rencontrées par l'assurée, qui sont confirmées par le bilan neuropsychologique.

2. [...]

Réponse du Dr J. _____ :

Je n'ai aucune explication d'ordre psychiatrique à cette question.

Réponse du Dr R. _____ :

Sur le plan neuro-ophtalmologique, il est vraisemblable que l'effort de compensation nécessaire pour réaliser une reconversion et se réinsérer dans le monde du travail malgré les limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte visuelle ait pu être maintenu pendant un certain laps de temps au prix du sacrifice complet de tous les autres aspects de la vie quotidienne (notamment vie privée).

Il n'est pas étonnant qu'après la réinsertion dans la vie professionnelle et quelques mois de fonctionnement dans la vie réelle, le caractère non tenable de l'investissement nécessaire à fonctionner dans le monde du travail soit apparu dans toute sa brutalité à l'assurée.

A noter par ailleurs que le bilan neuropsychologique réalisé dans le cadre de l'expertise corrèle parfaitement avec les plaintes de l'assurée. Il est précisé par ailleurs dans l'expertise que les évaluations antérieures n'avaient exploré que partiellement les « zones de handicap » décrites par l'assurée dans la vie quotidienne.

Même si l'expertisée était dans le même service, l'exigence de rendement attendu pendant un apprentissage dans le cadre d'une reconversion professionnelle soutenue par l'AI, n'est pas la même que celle attendue dans ce même service lors de la prise de fonction

sur un poste de salarié standard. Cette difficulté à faire face aux attentes en raison de ses limitations fonctionnelles après sa prise de fonction est bien décrite dans l'expertise et la réalité de ces difficultés étayée par le bilan neuropsychologique.

Réponse de Mme D. _____ :

Ce point peut être expliqué par différents aspects.

Premièrement, Mme G. _____ a admis que durant sa période de reclassement, elle n'acceptait pas son handicap, ce qui l'a poussé à faire de mauvais choix, comme celui de ne pas demander de l'aide, et donc de la demander bien après.

Deuxièmement, elle mentionne aussi qu'elle a pu réussir son CFC, sous condition d'heures très importantes de révisions.

Troisièmement, sur un plan pratique, les exigences d'un apprentissage pour l'obtention d'un CFC, de surcroît un apprentissage mandaté par l'AI, ne correspond pas aux exigences d'un emploi, avec tout le stress qu'incombe face aux responsabilités auxquelles Mme G. _____ doit faire face quotidiennement.

Quatrièmement, il est connu que des personnes peuvent parfaitement réussir un diplôme, qui se déroule sur un temps donné et qui peut justement être fait sur de nombreuses heures. Toutefois, cela ne représente pas la réalité du monde du travail qui exige une rentabilité horaire.

Enfin, les cours peuvent être suivis de manière auditive, alors que son emploi est uniquement basé sur une entrée visuelle et c'est notamment une des raisons majeures de son handicap. Ces difficultés d'entrées visuelles ont été mises en évidence dans l'expertise neuropsychologique et sont cohérents en tout point, que ce soit sur un plan professionnel ou un plan privé. »

Dans un avis du 18 février 2022, la Dre T. _____ du SMR a mentionné se rallier aux conclusions de l'expertise du Centre d'expertise V. _____ et à son complément. Elle a encore noté que si la neuropsychologue semblait sortir de son domaine de compétence pour les points 2, 3 et 4, elle expliquait, au point 5, les raisons de la baisse de la capacité de travail et de rendement de l'assurée sur le plan strictement neuropsychologique.

En réponse à un avis du service juridique de l'OAI, le conseil de l'assurée a demandé, par courrier du 12 avril 2022, que le dernier employeur de celle-ci ne soit pas contacté, compte tenu de son jeune âge et du fait qu'elle envisageait de reprendre une activité professionnelle et de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. Dans un courrier ultérieur du 24 mai 2022, il a fourni le dernier contrat de travail de l'assurée, ses trois dernières fiches de salaire, les décomptes d'allocation

de maternité des mois de février et mars 2022, ainsi que des indemnités de chômage des mois de mars et avril 2022.

Dans un avis du 12 octobre 2022, le service juridique de l'OAI s'est étonné du fait que les experts du Centre d'expertise V._____ avaient retenu une capacité de 70% avec baisse de rendement de 50%, dès lors que l'assurée avait brillamment obtenu son CFC puis travaillé à temps complet, respectivement à 90%, précisant que le contrat de durée déterminée d'une année n'avait pas été renouvelé en raison de la grossesse de l'assurée, non en raison de son état de santé lié au cavernome. De plus, les résultats de l'évaluation neuropsychologique qui indiquaient des normes inférieures, voire très inférieures, à la moyenne, étaient en nette contradiction avec les notes obtenues durant toute la durée de l'apprentissage, ainsi qu'avec l'accomplissement de ses différents emplois pendant près d'une année et demie. En outre, il était signalé des résultats inadéquats, pouvant s'expliquer par d'autres points de son histoire médicale. L'incapacité de travail totale corrélative à une dépression réactive, retenue par l'expert psychiatre, interrogeait également l'OAI, dès lors qu'une incapacité de travail de 20% depuis avril 2019 avait été mentionnée par le Dr W._____ à la suite d'un épisode dépressif léger (cf. rapport du 8 mai 2019). Le service juridique de l'OAI en a conclu que le rapport d'expertise ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'il convenait de retenir une capacité de travail de 90% au moins sans diminution de rendement. Procédant au calcul du préjudice économique pour l'année 2020, il a retenu un revenu sans invalidité de 60'803 fr. 75, en se référant aux rapports adressés aux employeurs de l'assurée en 2017, et un revenu avec invalidité de 55'912 fr. 20, en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), TA1, pour les activités de services administratifs et de soutien (77-82) de niveau 2 pour les femmes. Après comparaison des revenus, le préjudice économique se montait à 8%.

Par projet de décision du 7 décembre 2022, remplaçant celui du 29 juillet 2020, l'OAI, en se fondant sur l'avis juriste du 12 octobre

2022, a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, dès lors que le préjudice économique se montait à 8%.

Le 29 décembre 2022, l'assurée s'est opposée au projet précité, en faisant valoir que l'expertise pluridisciplinaire du Centre d'expertise V. _____ était probante et qu'il convenait donc de suivre les conclusions des experts quant à la capacité de travail retenue.

Le 2 février 2023, l'assurée a complété ses objections en produisant un rapport du 20 janvier 2023 du Dr N. _____, qui retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée avec possibilité de périodes de repos compte tenu d'une fatigabilité accrue et avec un bureau adapté, ainsi qu'une « probable » rentabilité à 35% environ.

Le 1^{er} juin 2023, le service romand d'informatique pour handicapés de la vue (SRIHV) a déposé une demande de prise en charge de moyens auxiliaires pour la place de travail de l'assurée.

Selon un extrait de compte individuel (CI) du 20 juin 2023, l'assurée a débuté un emploi le 1^{er} juillet 2022 à 70% en tant qu'auxiliaire administrative pour la Ville de [...].

Par courrier du 27 juillet 2023, l'assurée a fourni un rapport médical du 11 juillet 2023 du Dr K. _____, spécialiste en ophtalmologie auprès de l'Hôpital [...], dans lequel ce médecin confirmait les conclusions du rapport d'expertise du Centre d'expertise V. _____.

Dans un compte rendu du 9 août 2023, le service juridique de l'OAI a conclu au maintien de sa position.

Par décision du 16 août 2023 confirmant le projet du 7 décembre 2022, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité. Dans une prise de position datée du même jour, l'OAI a expliqué pour quelles raisons les conclusions du rapport d'expertise du Centre d'expertise V. _____ ne pouvaient être retenues et a précisé que, à

supposer même que l'on tienne compte d'une capacité de travail de 70%, correspondant au taux d'activité effectivement exercé au moment de la décision, le préjudice économique se montait à 20,8%, ce qui n'ouvrait pas de droit à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 15 septembre 2023, l'assurée, représentée par Me Duc, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité à dire de justice et, subsidiairement, à l'annulation de la décision du 16 août 2023 et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle soutient en substance que le rapport d'expertise du Centre d'expertise V._____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante et relève que les conclusions des experts, à savoir qu'elle dispose d'une capacité de travail de 35%, sont confirmées par celles de ses médecins, en particulier les Drs N._____ et K._____.

Par réponse du 21 novembre 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours, en se référant à l'avis juriste du 21 octobre 2022.

Répliquant le 8 janvier 2024, la recourante a maintenu ses conclusions.

Dans ses déterminations du 8 février 2024, l'intimé a souligné que la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, était une notion économique et non médicale, si bien que l'atteinte à la santé n'était pas à elle seule déterminante et qu'elle n'était prise en compte que dans la mesure où elle entraînait une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré. Pour le surplus, il a renvoyé aux considérations de l'avis juriste du 21 octobre 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 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 (art. 60 LPGA), 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.

c) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, comme c'est le cas en l'espèce (1^{er} septembre 2017), la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

2. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

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.

L'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale et son taux ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par un médecin. Ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (TF I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 et la référence citée).

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

4. **a)** Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

b) Le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé, ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194). Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2).

5. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la question du statut de la recourante, bien que les parties n'en aient aucunement discuté, l'intimé étant parti du principe qu'un statut d'active à plein temps était applicable à celle-ci.

A cet égard, on relèvera que même si la recourante a indiqué, le 23 mars 2017, qu'elle travaillerait à 100% sans atteinte à la santé pour des raisons personnelles et financières, elle exerçait auprès de deux cabinets dentaires à un taux avoisinant 90 % avant son atteinte à la santé.

Par la suite, elle n'a jamais travaillé à 100%, hormis durant une courte période de quatre mois entre août et novembre 2020, et ce, indépendamment de sa grossesse en 2021. Il est donc légitime de douter du statut d'active à plein temps retenu par l'intimé, particulièrement après l'accouchement de la recourante en novembre 2021. En effet, dès la naissance de son enfant, la recourante a elle-même indiqué qu'elle entendait reprendre une activité au taux maximal de 70 % pour s'occuper de lui. Dans ces conditions, il aurait été justifié d'appliquer la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, au plus tard dès novembre 2021. Cependant, le statut retenu par l'intimé est à l'avantage de la recourante, en sorte qu'il ne sera pas revu pour l'examen du présent recours.

6. 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).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

7. **a)** En l'espèce, l'intimé a considéré, en se fondant sur l'avis de son service juridique du 12 octobre 2022, que le rapport d'expertise du 15 octobre 2021 rendu par le Centre d'expertise V._____, concluant à une capacité de travail de l'assurée de 35% (capacité de travail de 70% avec baisse de rendement de 50%), n'était pas probant. Il s'en est donc écarté dans sa décision du 16 août 2023 et a retenu une capacité de travail de 90% sans diminution de rendement. La recourante conteste cette appréciation et conclut à une capacité de travail de 35% en suivant les conclusions du rapport d'expertise du Centre d'expertise V._____, qu'elle estime probant, ainsi qu'en s'appuyant sur les avis des Drs N._____ et K._____.

b/aa) Sur le plan formel, l'expertise du Centre d'expertise V._____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, le rapport a été établi en

plein connaissance du dossier (anamnèse) (cf. pp. 5 à 16) et se fonde sur des examens complets (cf. pp. 17 à 33). Il prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante (cf. pp. 26-27). En outre, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale (cf. pp. 35 à 37) sont claires et les conclusions bien motivées (cf. pp. 38-39). Sur le fond, on relèvera tout d'abord que l'expertise en question ne prête pas le flanc à la critique quant aux diagnostics retenus, qui rejoignent ceux qui ont été posés par les médecins traitants. Cela étant, dans l'appréciation de la capacité de travail à l'aune des diagnostics retenus, les experts ont fait totalement abstraction du fait que la recourante a été en mesure de mettre en valeur une capacité de travail de 100%, puis de 90% sur le marché ordinaire du travail, tout en percevant le salaire correspondant à son taux d'activité, sans aucune problématique de rendement, ni aucune difficulté rapportée à l'OAI. Ils ont tenté de justifier la capacité de travail retenue de 70% avec une diminution de rendement de 50% par des arguments qui ne résistent pas à l'examen. En particulier, le fait que l'apprentissage effectué avec succès par la recourante ne reflétait pas la réalité du monde du travail exigeant une rentabilité horaire n'est pas un motif qui peut être retenu dès lors que la recourante a précisément effectué son apprentissage en économie, de telle sorte qu'elle était déjà confrontée au stress de sa fonction et disposait déjà de responsabilités. A cela s'ajoute que la recourante a obtenu son CFC auprès du Service H. _____ et que ce même employeur l'a engagée pour deux contrats de durée déterminée successifs, démontrant qu'elle convenait aux attentes de cet employeur. En outre, aucun élément au dossier ne permettait de conclure qu'il n'était pas possible pour la recourante de remplir à satisfaction une activité professionnelle à un taux de 90%. En effet, au moment où l'expertise a été réalisée, la recourante travaillait auprès du Service H. _____ depuis près d'un an et demi, respectivement au taux de 100%, puis à 90%. Seul un arrêt de travail de courte durée (une semaine) a été établi et ce, en raison de sa grossesse, donc sans lien avec l'atteinte à sa santé dont les répercussions sur sa capacité de travail sont litigieuses et pour laquelle une rente d'invalidité est requise. Enfin, le second contrat de durée déterminée auprès du Service H. _____ n'a pas été renouvelé au-delà de décembre 2021 en raison de la fin de grossesse

de la recourante, puis de la naissance de son enfant, et non en lien avec l'atteinte à sa santé prétendument incapacitante. Les conclusions de l'expert psychiatre, tendant à reconnaître une incapacité de travail totale de la recourante entre fin 2018 et mars 2020, n'apparaissent pas plus convaincantes, dès lors que ce médecin a attesté une incapacité de travail de 20% depuis avril 2019 jusqu'à juin 2019, à la suite d'un épisode dépressif léger, qui n'a toutefois aucunement empêché la recourante de mener à bien son apprentissage. Quant aux résultats de l'évaluation neuropsychologique indiquant des normes inférieures, voire très inférieures, à la moyenne, force est de constater qu'ils sont en nette contradiction avec les notes obtenues par la recourante durant toute la durée de son apprentissage, ainsi qu'avec l'accomplissement à satisfaction de deux emplois pendant près d'une année et demie. Les experts n'ont apporté aucune justification à ce sujet et se sont contentés de mentionner que les résultats inadéquats résultant de facteurs intégrés pouvaient s'expliquer par d'autres points de l'histoire médicale de la recourante.

bb) Les rapports des Drs N._____ et K._____ ne permettent pas d'apprécier la situation différemment. En effet, ils n'apportent aucun élément nouveau sur le plan médical. En particulier, le Dr N._____ avait retenu une capacité de travail de 100% dans l'activité d'employée de commerce dans un rapport du 17 février 2021 du point de vue strictement ophtalmologique. Ce n'est qu'après avoir eu connaissance du rapport d'expertise du Centre d'expertise V._____ du 15 octobre 2021 que ce médecin a estimé la capacité de travail de sa patiente à 70% avec « probable » baisse de rentabilité à 35% compte tenu d'une fatigabilité accrue (cf. rapport du 20 janvier 2023). Or ce médecin n'a émis qu'une hypothèse qui n'a été ni motivée, ni confirmée dans les faits. A cela s'ajoute que le rapport en question, qui semble avoir été établi pour conforter les conclusions de l'expertise du Centre d'expertise V._____, doit être considéré avec réserve compte tenu de la relation thérapeutique qu'il entretient avec la recourante. Quant au Dr K._____, il a conclu à une capacité de travail de 70% avec baisse de rendement de 50%, en se fondant uniquement sur les dires de la recourante, sans toutefois tenir

compte de la réalité des faits, à savoir que celle-ci travaille effectivement à 70%. Si la recourante semble affirmer qu'elle est moins productive que ses collègues, il n'en reste pas moins qu'elle perçoit un revenu correspondant à ce taux, sans baisse de rendement. On soulignera, à cet égard, que la demande de moyens auxiliaires du 1^{er} juin 2023 déposée par le SRIHV pour la recourante, auprès de l'OAI, ne présume pas d'une baisse de rendement dans son activité. Au contraire, les moyens octroyés devraient précisément lui permettre de compenser une éventuelle baisse de rendement et de maintenir un taux d'activité de 70%.

cc) En définitive, il convient de constater que la recourante a déployé, dès la fin de la mesure de reclassement professionnel, une capacité de travail de 90 % jusqu'à la naissance de son enfant et que depuis son accouchement en novembre 2021, elle a été en mesure d'exercer une activité lucrative à 70 % auprès de la Ville de [...]. On notera encore que le fait que la recourante ait été sans activité lucrative depuis son accouchement jusqu'en juin 2022 n'est pas en lien avec son atteinte à la santé. Durant cette période, elle a perçu des allocations de maternité puis des indemnités de chômage (cf. décomptes d'allocation de maternité des mois de février et mars 2022 et décomptes des indemnités de chômage des mois de mars et avril 2022 produits dans le cadre de la procédure administrative). Compte tenu de ce qui précède, on peut reconnaître que l'OAI était fondé à écarter les conclusions des experts du Centre d'expertise V._____, sans que cela ne justifie de procéder à une nouvelle expertise. En effet, une telle mesure d'instruction s'avèrerait totalement superflue et inadéquate *in casu*, compte tenu du fait que la recourante ne peut dans tous les cas pas prétendre à une rente de l'assurance-invalidité, au vu des considérations qui suivent.

8. a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé. Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. :TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

c) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). Lorsque les tables de l'ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale. Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]),

voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et les références citées). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 pour se référer à la table T17 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 ; 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.2 et les références citées).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1).

9. a) En l'espèce, il convient, sur le plan économique, de distinguer trois périodes successives, à savoir depuis l'atteinte à la santé

de la recourante en 2016 jusqu'à la fin de la mesure de reclassement en juin 2020, puis de juin 2020 jusqu'à la naissance de son enfant en novembre 2021 et enfin à partir de novembre 2021.

b) S'agissant de la première période, on constatera que la recourante a bénéficié d'indemnités journalières durant la mesure de reclassement professionnel qui s'est terminée en juin 2020, ce qui n'ouvre en tout état de cause pas le droit à une rente d'invalidité.

c) Pour ce qui est de la deuxième période, il y a lieu de se référer aux rapports complétés par les ex-employeurs de la recourante les 29 mars et 7 avril 2017, s'agissant du revenu sans invalidité. En 2017, celle-ci percevait respectivement 30'082 fr. et 24'050 fr., soit 54'132 fr. au total à 91%. Ce montant porté à 100% correspond à 59'485 fr. 71. Après indexation de ce montant à 2020, on obtient un revenu sans invalidité de 60'803 fr. 75 (+0,5% pour 2018, +0,9% pour 2019, +0,8% pour 2020). Pour le revenu avec invalidité, il convient de se référer à l'ESS, TA1, pour les activités de services administratifs et de soutien (77-82) de niveau 2 pour les femmes, soit 62'124 fr. 66 pour l'année 2020 (4'966 fr./ 40 x 41,7 x 12) à un taux de 100%. Ce montant, ramené à 90%, s'élève à 55'912 fr. 20. Après comparaison des revenus, le préjudice économique se monte à 4'891 fr. 55, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 8%, n'ouvrant pas le droit à une rente.

d) Concernant enfin la troisième période, il y a lieu de prendre, à titre de revenu sans invalidité, le même montant que pour la première période, à savoir 60'803 fr. 75. S'agissant du revenu avec invalidité, on rappellera que la recourante a bénéficié d'allocations de maternité à la suite de la naissance de son enfant en novembre 2021 puis d'indemnités de l'assurance-chômage. A compter du 1^{er} juillet 2022, elle a débuté une activité à 70% auprès de la Ville de Lausanne. C'est donc le revenu effectivement réalisé pour cette activité selon les décomptes de salaire fournis par la recourante qui sera pris en compte à titre de revenu avec invalidité, à savoir 4'041 fr. 95, correspondant à 48'503 fr. 40 par année. Après comparaison des revenus sans et avec invalidité, le préjudice

économique s'élève à 12'300 fr. 35, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 25,36%, lequel ne permet pas non plus d'ouvrir le droit à une rente.

e) Dans l'hypothèse où la méthode mixte avait été appliquée (statut de 70% active et de 30% ménagère ; cf. art. 28a al. 3 LAI), dès novembre 2021, le degré d'invalidité serait encore davantage réduit, dès lors que l'on pourrait considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante ne rencontre aucun empêchement dans l'exécution des tâches ménagères et des soins prodigués à son enfant. Il se monterait alors à 17,75% [$25,36 \times 0.7$] + [0×0.3]).

f) Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a refusé à la recourante l'octroi d'une rente d'invalidité.

10. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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 16 août 2023 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 G._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourante),
- 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 :