

VD_FINDINFO AI 259/22 – 147/2023 vom 24. Mai 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-05-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_259_22___147_2023_____

FR: VD_FINDINFO AI 259/22 – 147/2023 du 24 mai 2023

IT: VD_FINDINFO AI 259/22 – 147/2023 del 24 maggio 2023

Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, INVALIDITÉ{INFIRMITÉ}, AFFECTION PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, RÉPARTITION DES TÂCHES | 28 LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.05.2023 AI 259/22 – 147/2023

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, INVALIDITÉ{INFIRMITÉ}, AFFECTION PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, RÉPARTITION DES TÂCHES | 28 LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 259/22 – 147/2023 ZD22.040045 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 24 mai 2023 _____ Composition : Mme Durussel , présidente
Mme Pasche, juge, et M. Peter, assesseur Greffier : M. Reding ***** Cause
pendante entre : O. _____ , à [...], recourante, représentée par PROCAP, Centre de
Conseil en Assurances Sociales, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le
canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 8 al. 1, 16, 17 al. 1 et 61 let. c
LPGA ; art. 28 LAI E n f a i t : A. O. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née
en [...], originaire de [...], est sans formation. Arrivée en Suisse en [...], elle a principalement
travaillé en qualité d'employée de nettoyage pour le compte du G. _____ à un taux de
60 % et de la société Y. _____ SA à un taux de 40 %. Le 4 mars 2019, l'assurée a déposé
auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou
l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans cette dernière, elle a
indiqué souffrir de gonarthrose aux deux genoux depuis plusieurs années. En incapacité de
travail totale depuis le 20 août 2018, elle touchait des indemnités-journalières de la part de
l'assurance-maladie. Le 14 mars 2019, l'assureur perte de gain de la société Y. _____
SA, a transmis à l'OAI un rapport établi le 30 octobre 2018 par le Dr N. _____,
spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il y était
notamment fait état de la pose d'une prothèse totale dans le genou gauche en date du 21
septembre 2018, une même opération pour le genou droit étant prévue le 29 janvier 2019.
Interpellés par l'OAI, les deux anciens employeurs de l'assurée l'ont renseigné quant aux
exigences et aux modalités de l'activité professionnelle exercée par leur ex-travailleuse. Le
G. _____ a de la sorte exposé, le 1 er avril 2019, que le travail d'employée de nettoyage
demandait souvent de marcher, de rester debout et de soulever ou de porter des poids légers
(entre 0 et 10 kg) à moyen (entre 10 et 25 kg) et requérait de grandes capacités d'endurance
et de soin ainsi qu'une capacité de concentration moyenne ; le salaire horaire en semaine

était de 20 fr. 90 et de 21 fr. 40 le week-end, pour une durée hebdomadaire de travail de 30 heures. La société Y. _____ SA a, elle, expliqué, le 10 mai 2019, que l'activité professionnelle de l'assurée exigeait souvent de marcher et de rester debout et parfois de soulever ou porter des charges légères (de 0 à 10 kg) ; les exigences sur le plan de la concentration, de l'endurance, du soin et des facultés d'interprétation étaient moyennes ; le salaire horaire se montait à 22 fr. 60, la durée de travail étant de 13,75 heures par semaine. Le 2 juillet 2019, l'assurée a subi une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire, qui a révélé une discopathie des vertèbres L2 à S1, sans conflit radiculaire objectivé, un rétrécissement foraminaux des vertèbres L5 à S1 bilatéral prédominant à droite, susceptible d'affecter la racine de la vertèbre L5 droite, et une minime arthrose articulaire postérieure des vertèbres L3 à S1, avec une composante inflammatoire aux vertèbres L4 et L5 à droite. Par rapport du 25 juillet 2019 à l'OAI, le Dr N. _____ a mis en évidence les diagnostics de gonarthrose bilatérale de longue date ainsi que d'implantations de prothèses totales des genoux gauche le 21 septembre 2018 et droit le 29 juin [recte : janvier] 2019. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis le mois de septembre 2018, vraisemblablement définitive, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, précisant que l'assurée pourrait tout au plus travailler en position assise. Il a enfin signalé qu'il existait un gros décalage entre les souffrances exprimées par sa patiente et le résultat objectif, qui montrait des genoux globalement calmes avec une très bonne amplitude de mouvement. La compliance n'était pas vraiment mauvaise, mais le contexte psychosocial rendait la situation très difficile. Par avis médical du 25 mars 2020, le Dr R. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation et médecin au service médical régional (ci-après : le SMR), a retenu une amplification inconsciente des symptômes de même que la présence de facteurs étrangers à l'atteinte à la santé jouant un rôle défavorable dans l'évolution post-opératoire (à savoir une composante d'acculturation et l'absence de formation professionnelle). Confirmant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, il n'a toutefois pas pu se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée ménageant les genoux, de sorte qu'il a requis la mise en œuvre d'une expertise ostéoarticulaire. Il a au demeurant spécifié que l'atteinte au niveau du rachis était de peu de gravité et ne justifiait pas de limitations fonctionnelles durables. Le 8 mai 2020, l'OAI a reçu de la part de l'assureur perte de gain du G. _____ un rapport du 24 décembre 2019 du Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, relevant des douleurs aux genoux et une lombosciatalgie chronique, qui empêchaient toute reprise d'une activité professionnelle, cela tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Plusieurs rapports établis entre le 8 octobre 2018 et le 7 octobre 2019 par le Dr N. _____ lui ont également été remis à cette occasion, dont le dernier constatant une évolution positive en ce qui concernait les douleurs aux genoux, l'incapacité de travail dans des activités physiques demeurant néanmoins. Convoquée par le SMR, l'assurée a été examinée le 19 juin 2020 par le Dr F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 29 juin 2020, ce dernier a posé le diagnostic principal de gonalgies bilatérales dans le cadre d'un status après la mise en place de prothèses totales du genou gauche le 21 septembre 2018 et droit le 29 janvier 2019 ainsi que les diagnostics associés de lombopygalgies gauches dans le cadre de discopathies étagées sans conflit radiculaire avec une réaction œdémateuse de type MODIC I en L5-S1 et d'arthrose postérieure débutante avec une composante inflammatoire en L4-L5 à droite. Il a en outre relevé une majoration claire des symptômes, le comportement douloureux de l'assurée ne s'expliquant pas sur le plan ostéoarticulaire. Au niveau lombaire également, les plaintes douloureuses se situant du côté

gauche et les anomalies radiologiques à droite ne concordaient pas. Ce spécialiste a finalement retenu une incapacité de travail de 100 % dans l'activité d'employée de nettoyage dès le 20 septembre 2018. La capacité de travail était en revanche pleine à partir du 30 avril 2019 (soit trois mois après l'intervention du 29 janvier 2019) dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « Marche sans pause au-delà de 30 minutes, port de charges répétitif au-delà de 5 kg, occasionnel au-delà de 10 kg, nécessité d'alterner la position assise et debout 1 x/heure, activité en zone basse à genoux ou accroupie, exposition à un risque de chute, à des chocs sur les genoux, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion/extension, de rotation lombaire. » En fin de rapport, le Dr F. _____ a encore noté que l'assurée était depuis peu suivie par la Dre L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aussi, l'examen clinique ne permettait pas de déterminer si une comorbidité psychiatrique limitait la reprise d'une activité professionnelle. Par projet de décision du 2 septembre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui nier le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité, dès lors que son degré d'invalidité était nul. L'assurée, désormais représentée par PROCAP, Centre de Conseil en Assurances Sociales (ci-après : PROCAP), a formulé, le 22 octobre 2020, des observations sur ce projet de décision. Elle s'est plainte d'un établissement incomplet des faits, estimant que ses troubles psychiques n'avaient pas été pris en compte. A l'appui de son argumentation, elle a produit un rapport rédigé le 21 octobre 2020 par sa psychiatre traitante, la Dre L. _____, qui attestait une incapacité de travail de 100 % en raison d'un trouble à symptomatologie somatique chronique et grave avec douleur prédominante (DSM-5 [5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux] 300.82) et d'un trouble dépressif dû à une affection médicale. Cette spécialiste s'est en outre exprimée de la manière suivante sur la situation de l'assurée : « [...] les plaintes somatiques de la patiente, faisant suite aux deux interventions chirurgicales de mise en place des prothèses des genoux, sont une source de stress et de détresse permanente. Les plaintes concernent aussi bien les douleurs persistantes que les limitations fonctionnelles : incapacité de marcher, de rester assise, de faire face aux activités de la vie quotidienne (la patiente ne peut plus faire à manger ni s'occuper de son ménage ou faire des courses, les liens sociaux sont restreints à la famille proche). Par ailleurs, la patiente est envahie par des préoccupations autour de ses symptômes somatiques avec un niveau élevé d'anxiété. Elle consulte régulièrement son médecin généraliste à la recherche d'explications à toutes ces douleurs. Elle a pu bénéficier de nombreux traitements (antalgiques, physiothérapie, infiltration...) sans réelle amélioration. Ce trouble décrit est présent depuis le mois de janvier 2020 d'après la description de la patiente et s'aggrave en tout cas depuis le début de mon suivi (juin 2020) d'où la caractère chronique et grave (la patiente répond à tous les critères diagnostics de ce trouble). En ce qui concerne le trouble dépressif, la patiente en présente un certain nombre de symptômes : humeur dépressive, perte d'intérêt et de plaisir dans la majorité des activités, trouble du sommeil, anxiété, idées suicidaires. L'apparition de ces symptômes fait suite aux difficultés physiques et engendrent une perturbation et une détresse significative amenant la patiente à ne plus pouvoir fonctionner dans sa vie quotidienne et à réduire sa vie sociale de manière drastique. La patiente n'a par ailleurs jamais eu d'antécédent de pathologie psychiatrique. » Par avis médical du 17 décembre 2020, la Dre C. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a proposé de compléter l'instruction sur le plan psychiatrique, en interrogeant dans un premier temps la psychiatre traitante de l'assurée. Cette dernière a de la sorte confirmé, dans un rapport du 26 avril 2021, ses diagnostics et l'incapacité de travail

totale dans tout type d'activité. Jugeant qu'une partie de la problématique sortait du champ biomédical (connaissance du français, niveau de formation, intégration socioculturelle, etc.), la Dre C._____ a alors sollicité, dans un nouvel avis médical du 26 mai 2021, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Le 27 septembre 2021, l'assurée a été examinée par la Dre S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et experte auprès du [...] à [...]. Dans son rapport du 19 octobre 2021, cette dernière a mis en lumière le diagnostic incapacitant de trouble de l'adaptation, réaction dépressive avec perturbation d'autres émotions (depuis le 12 juin 2020 avec une résolution partielle sous traitement ; CIM-10 [10 e révision de la Classification internationale des maladies] F43.2) ainsi que les diagnostics non incapacitants de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0) et d'accentuation de certains traits de la personnalité (démonstrative ; CIM-10 Z73.1). Sur ce point, elle a expliqué ce qui suit : « Nous avons retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, en raison des perturbations émotionnelles entravant le fonctionnement habituel de l'expertisée dans un contexte [de] maladie physique, de départ du domicile de sa fille cadette, de soucis financiers et possiblement de tensions de couple, l'expertisée ayant intégré sa propre chambre à cette époque. Nous ne retenons pas de diagnostic d'état de stress post-traumatique, car même si l'expertisée a été exposée à des traumatismes, elle a pu surmonter ses difficultés avec intégration et stabilité familiale et socio-professionnelle entre [...], date de son arrivée en Suisse et juin 2020, date quand elle évoque ce facteur certes fragilisant, mais qui peut continuer à être abordé en psychothérapie. Elle peut très occasionnellement avoir des comportements de vérification ou de vigilance, mais la symptomatologie (sic) n'est pas décrite comme envahissante. Nous n'avons pas retenu de diagnostic d'épisode dépressif majeur, la sévérité et la continuité n'étant pas suffisants, elle n'a pas d'antécédents de dépression majeure ayant nécessité des incapacités de travail dans le passé, un trouble dépressif récurrent n'est pas présent. [...] Dans la situation actuelle, avec des facteurs contextuels environnementaux pouvant influencer la plainte douloureuse et les limitations fonctionnelles, une atteinte somatique claire a nécessité un ajustement de l'entourage, et la cessation d'un métier qui devenait pénible. Dans une attitude démonstrative, avec des demande d'assistance répétée de son entourage, de divergence entre les limitations subjectives basées sur la douleur et les activités journalières, ainsi qu'une tendance à l'irritabilité, nous avons retenu le diagnostic de Majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques [...]. Un trouble douloureux somatoforme persistant, avec une plainte douloureuse dominant le discours, aurait possiblement pu être retenu, cependant les douleurs sont diffuses, et elle ne demande pas d'investigations médicales à répétition. Le pronostic dépend de plusieurs facteurs (sic) notamment des capacités intellectuelles, de l'intégration et les difficultés sociales ainsi que du degré de dépendance. Chez cette expertisée, le fonctionnement n'est pas entièrement rigidifié, elle rapporte une amélioration subjective de son état, avec un traitement antidépresseur en dessous de la fourchette thérapeutique. Elle ne souffre pas d'affection corporelle chronique importante ou s'étendant de nombreuses années interférant significativement avec la faculté à surmonter les douleurs, ou de comorbidité psychiatrique interférant significativement avec la faculté à surmonter les douleurs. Elle n'a pas de perte d'intégration sociale secondaire aux douleurs dans tous les domaines de la vie. Son état psychique n'est pas cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, et finalement, il n'y a pas d'échec de traitement selon les règles de l'art en dépit des efforts de la personne assurée, l'expertisée ne prenant très probablement pas son traitement régulièrement. Nous n'avons pas retenu le diagnostic de F06.32 de trouble dépressif dû à une affection médicale,

les critères de diagnostic nécessitant une atteinte secondaire du cerveau, diagnostic qui a été retenu par la Dre L._____. Il n'y a pas d'incapacité pérenne du point de vue psychiatrique. L'experte a par ailleurs relevé que sous l'angle de la cohérence, l'attitude plaintive et les autolimitations rapportées en raison des douleurs contrastaient quelque peu avec les activités quotidiennes de l'assurée, qui sortait spontanément une à deux fois par jour, s'occupait de son intérieur dans la mesure du possible, sans aboulie marquée. S'agissant des ressources mobilisables, l'intéressée possédait une capacité d'adaptation aux règles, de planification et de structuration des tâches. Elle était apte, du point de vue psychiatrique, à s'assumer elle-même. Elle rencontrait cependant quelques difficultés au déshabillage. Elle pouvait entretenir le ménage léger, mais nécessitait de l'aide pour les tâches plus lourdes. Elle pouvait initier les tâches spontanées. Elle entretenait de bonnes relations avec sa famille et un bon contact avec les personnes tierces, tout en devenant néanmoins facilement irritable. A titre de limitations fonctionnelles, la Dre S._____ a retenu de la fatigue, de la fatigabilité, des difficultés à gérer le stress et le changement de même qu'une irritabilité et une sensibilité aux bruits, tout en précisant que celles-ci étaient susceptibles d'amélioration sous traitement majoré. Elle a par ailleurs souligné qu'une compliance médicamenteuse renforcée et ajustement de dosage selon nécessité avec un monitoring thérapeutique devait permettre une rémission de la symptomatologie anxiodépressive résiduelle et de l'irritabilité. La prise en charge psychothérapeutique devait être poursuivie, afin d'aborder les facteurs contextuels. L'experte a finalement conclu à une incapacité de travail totale de juin 2020 à avril 2021, puis de 50 % dès mai 2021, cela tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, qui n'exigeait pas de réaliser des tâches multiples, ne requérait pas des changements constants, n'était pas soumise à une trop grande pression de rendement et évitait les contacts interpersonnels multiples ou confrontants (en raison de l'irritabilité), une activité prévisible étant à cet égard préférée. La psychothérapie et un traitement médicamenteux approprié devaient au demeurant permettre d'accroître la capacité de travail à 80 % dans un délai de deux mois et à 100 % dans un horizon de trois mois. Par avis médical du 8 novembre 2021, la Dre C._____ du SMR a proposé à l'OAI de suivre les conclusions de l'expertise psychiatrique. Elle a noté que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était nulle depuis le 20 septembre 2018 pour des raisons rhumatologiques. Dans une activité adaptée, elle était pleine du 30 avril 2019 à mai 2020, nulle de juin 2020 à avril 2021 et de 50 % depuis mai 2021 pour des raisons psychiques. En tenant compte des mesures thérapeutiques appropriées, une capacité de travail de 80 % était atteignable dans les deux mois et de 100 % un mois plus tard. Le rapport d'expertise du 19 octobre 2021 a également été soumis au service juridique de l'OAI, qui, dans un avis du 5 janvier 2022, a estimé qu'il respectait les exigences relatives à la valeur probante des rapports médicaux et comportait un examen des critères topiques de la jurisprudence relative au caractère invalidant des troubles psychiatriques. Toutefois, les indicateurs pertinents allaient tous dans le sens d'une atteinte qui ne pouvait pas être considérée comme durablement incapacitante au sens de cette jurisprudence, si bien qu'il convenait d'écarter les conclusions de l'experte quant à la capacité de travail et, partant, nier le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Sur la base de l'avis de son service juridique, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision en date du 1^{er} avril 2022, par lequel il a annoncé à l'assurée qu'il envisageait de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. Il a retenu une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle d'employée de ménage. En revanche, selon lui, l'assurée présentait à la fin du délai d'attente, soit au 20 août 2019, une

pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'épargne du rachis et des genoux. Il ressortait ainsi de la comparaison des revenus avec et sans invalidité qu'elle était en mesure de retrouver une capacité de gain au moins équivalente à celle qui était la sienne sans invalidité. Le 18 mai 2022, l'assurée, par l'intermédiaire de sa représentante, a formé des observations sur ce projet de décision, faisant en substance valoir que l'OAI n'était pas en droit de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique sur la capacité de travail. Elle a ainsi invité cette autorité à annuler son projet de décision et a demandé la mise en place du traitement préconisé, avant de réévaluer la capacité de travail exigible. Par courrier du 30 août 2022, l'OAI a répondu de la manière suivante aux observations de l'assurée : « [...] nous n'avons pas écarté toute valeur probante au rapport d'expertise du 21 octobre 2021 de la Dresse S._____, dans la mesure notamment où il repose sur un examen complet de l'assurée, tient compte des éléments médicaux au dossier, et discute en détail les diagnostics retenus et ceux qui ont été écartés. Nous estimons au contraire qu'il comporte les éléments nécessaires, et requis par la jurisprudence dans le cas d'atteintes psychiatriques, à nous prononcer sur le caractère invalidant des troubles diagnostiqués. En l'occurrence, et tel que cela ressort de l'avis juriste au dossier, daté du 5 janvier 2022, dont vous avez reçu copie, nous avons bien plutôt retenu que l'examen des indicateurs pertinents de la jurisprudence en cas d'atteinte psychiatrique ne permettait pas de considérer le trouble de l'adaptation diagnostiqué comme durablement incapacitant. En effet, s'agissant en premier lieu du degré de gravité fonctionnel, l'intensité du trouble est décrite comme relativement peu importante, avec déjà une amélioration malgré la prise d'une médication en-dessous de la fourchette thérapeutique. L'experte a en outre noté que l'assurée ne souffrait pas de comorbidité psychiatrique interférant avec la faculté de surmonter les douleurs, et même qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail pérenne du point de vue psychiatrique. Elle a en outre considéré qu'il existait des ressources mobilisables avec capacité d'adaptation aux règles, capacité de planification, de structuration des tâches, bon contact avec la famille et avec les autres. S'agissant de la cohérence, l'experte a relevé que l'attitude plaintive et les autolimitations rapportées en raison des douleurs contrastaient avec les activités journalières (assurée qui sort une à deux fois par jour, s'occupe de son intérieur dans la mesure du possible sans aboulie marquée). L'expertisée est apte à s'assumer elle-même ainsi que son ménage, sauf pour les tâches lourdes, et ce pour des raisons somatiques, et peut initier des tâches spontanées. L'atteinte à la santé ne se manifeste enfin pas de la même manière dans l'activité professionnelle que dans les autres domaines de la vie, aucune perte d'intégration sociale n'étant signalée et au vu du descriptif du quotidien figurant en pages 26 et 27 du rapport d'expertise, dont il ressort que c'est la problématique orthopédique qui prédomine. Par ailleurs, ce constat n'empêche pas de considérer que le trouble aurait revêtu une intensité suffisante pour se répercuter sur la capacité de travail de manière temporaire, durant la période de juin 2020 à avril 2021. Il n'en résulte toutefois aucune conséquence sur le droit aux prestations de l'assurée, s'agissant d'une période inférieure à une année. Rappelons encore que l'experte a considéré que l'activité habituelle de l'assurée respectait les limitations fonctionnelles énoncées et était donc adaptée du point de vue psychiatrique. Enfin, le point de savoir si et dans quelle mesure les constatations médicales permettent de retenir une incapacité de travail à l'aune des indicateurs pertinents de la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 7 p. 308) constitue une question de droit. Ainsi, dès lors que le rapport d'expertise de la Dresse S._____ comporte suffisamment d'éléments pour procéder à l'examen du caractère invalidant du trouble psychiatrique diagnostiqué, il n'était pas

nécessaire de la solliciter pour un complément. » Par décision du 31 août 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} avril 2022 et a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par l'assurée. B. Par acte du 5 octobre 2022, O. _____, toujours sous la plume de PROCAP, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu à son annulation, sous suite de frais et dépens : principalement, une expertise judiciaire se déterminant sur les diagnostics invalidants et non invalidants, sur l'incapacité de travail et sur la baisse de rendement devait être ordonnée et une rente d'invalidité octroyée en conséquence ; subsidiairement, la cause devait être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En résumé, la recourante a reproché à l'experte psychiatre de ne pas avoir valablement écarté les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de stress post-traumatique. Cette dernière avait en outre fait preuve d'un manque de précision et avait procédé à un examen lacunaire des ressources psychiques selon la mini CIF-APP (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé), tous les items n'ayant pas été analysés. Une comparaison entre les activités avant et après l'incapacité de travail était de surcroît inexistante. Enfin, dès lors que l'intimé ne semblait pas exclure une période d'incapacité totale de travail entre juin 2020 et avril 2021, il était absurde et contraire à la pratique de considérer que l'on puisse passer à une capacité de travail entière du jour au lendemain, et cela d'autant plus pour des motifs de nature psychiatrique. Au demeurant, aucun emploi adapté à ses pathologies psychiques et physique n'était disponible sur le marché du travail équilibré et un abattement de 25 % sur le salaire avec invalidité se justifiait. Par réponse du 16 novembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant pour le surplus à son courrier du 30 août 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 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 droit de la recourante à une rente d'invalidité. b) 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, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Dans le cas présent, la décision de refus de prestations a été rendue le 31 août 2022. La capacité de travail et de gain de la recourante est diminuée depuis le mois d'août 2018. Le début du droit éventuel aux prestations est fixé au 1^{er} septembre 2019. Sont dès lors applicables les dispositions de la LAI et des ordonnances y relatives dans leur ancienne

teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. 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). 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). 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). bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une

moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). d) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b). e) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGa [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). f) 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). aa) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). bb) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans

son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

g) Selon la jurisprudence, les « facteurs extra-médicaux » (exagération des plaintes, réticence à accepter un traitement, faible motivation à reprendre une activité lucrative), à l'instar des facteurs psychosociaux et socioculturels, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Pour admettre une invalidité, il faut dans tous les cas un substrat médical constaté de manière concluante par un médecin (spécialisé) et dont il est prouvé qu'il entrave considérablement la capacité de travail et de gain. Plus les facteurs psychosociaux et socio-culturels sont importants dans le cas d'espèce et contribuent à déterminer le tableau clinique, plus les troubles psychiques constatés par le médecin spécialiste doivent être marqués et avoir valeur de maladie. Cela signifie que le tableau clinique ne doit pas se limiter à des atteintes dues à des facteurs socio-culturels, mais qu'il doit comprendre des éléments psychiatriques distincts, par exemple une dépression durable au sens de la médecine spécialisée, clairement différenciable des états dépressifs ou un état psychique comparable. Ainsi la présence de troubles psychiques autonome – en ce sens qu'ils doivent être distingués de la situation de stress socio-culturel – et ayant des répercussions sur la capacité de travail et de gain est indispensable pour que l'on puisse parler d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_558/2020 du 7 septembre 2021 consid. 4.2 ; 9C_848/2017 du 29 mai 2018 consid. 4.2 ; 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bienfondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). d) Dans l'assurance-invalidité en tout cas, droit et médecine contribuent tous les deux, dans le cadre de leurs compétences respectives, à la détermination d'une seule et même incapacité de travail. Cela signifie que l'expert médical ne doit pas, comme cela arrive souvent, donner son avis selon sa libre appréciation et, à côté de cela, fournir les éléments sur la base desquels les organes d'application procèdent ensuite à une évaluation parallèle détachée de l'appréciation médicale subjective. Il n'y a pas une notion médicale et une notion juridique de la capacité de travail qui devraient être examinées séparément et qui seraient régies par des règles différentes (ATF 141 V 281 consid. 5.2.3). L'administration et – en cas de recours – le juge doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve) dans le domaine psychiatrique. À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détail aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels. A titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.) limitent la capacité de travail, en tenant compte

– à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité – des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. A défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3). 5. En l'espèce, sur le plan physique, le Dr F. _____ du SMR a conclu, dans son rapport du 29 juin 2020, à une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle d'employée de nettoyage dès le 20 septembre 2018 et à une capacité de travail pleine à partir du 30 avril 2019 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis et des genoux. Aussi, ce rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, dans la mesure où il se prononce sur les points litigieux (notamment l'attitude jugée démonstrative de l'intéressée), se fonde sur des examens rhumatologiques complets, prend en considération les plaintes exprimées (à savoir les douleurs lombaires et aux genoux), a été établi en pleine connaissance du dossier (en particulier des différents rapports du Dr N. _____) et apprécie clairement le contexte et la situation médicale. Ses conclusions sont enfin bien motivées. Elles ne sont d'ailleurs pas remises en cause par l'assurée. 6. a) Sur le plan psychiatrique, l'expertise menée par la Dre S. _____ tient compte de l'entière du dossier médical de la recourante, en particulier des rapports élaborés par sa psychiatre traitante. Cette dernière a même été contactée en date du 27 septembre 2021 par téléphone, qui a alors pu renseigner l'experte sur la durée du suivi et sur le traitement médicamenteux prescrit ainsi que rapporter diverses plaintes émises (des hallucinations auditives par intermittence, un contexte post-traumatique et des insomnies). Une anamnèse complète de la situation de l'assurée tant sur le plan médical que personnel a de surplus été dressée et les nombreuses plaintes exprimées ont été relevées (outre les plaintes susmentionnées, une irritabilité, des douleurs, de la fatigue et des idées noires principalement). Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude motivée, en particulier ceux portant sur les diagnostics retenus : l'experte a suffisamment motivé les raisons pour lesquelles elle a décidé d'écarter les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, de trouble dépressif dû à une affection médicale et de trouble post-traumatique. La Dre S. _____ a en outre procédé à des examens complets, notamment un entretien approfondi et des analyses sanguines afin de vérifier le taux des médicaments absorbés. Elle a décrit le contexte médical et apprécié la situation de manière claire. Elle a enfin suffisamment motivé ses conclusions relatives à la capacité de travail de la recourante, en expliquant pourquoi l'incapacité de travail nulle entre juin 2020 et avril 2021, puis partielle dès mai 2021, est susceptible d'évoluer positivement à court terme si un traitement approprié est mis en place. Dès lors, pour ces motifs, il convient d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique. Précisons à cet égard que le fait que la Dre S. _____ n'ait pas eu recours à l'ensemble des items proposés par la Mini CIF-APP – ce qui lui est reproché par la recourante – n'enlève en rien à la valeur probante de son expertise, le choix de réaliser des tests psychologiques et la manière de procéder dans ce cadre étant laissés à sa libre appréciation (cf. TF 8C_466/2017 du 9 novembre 2017 consid. 5.1). b) L'experte psychiatre s'est de surcroît référée aux indicateurs de l'ATF 141 V 281 pour évaluer la capacité de travail de la recourante, cela dans le respect des exigences jurisprudentielles y relatives (cf. supra consid. 3f et 4d). Ainsi, il ressort de son rapport du 19 octobre 2021 que le trouble de l'adaptation (CIM-10 F43.2) diagnostiqué peut être qualifié de grave sur le plan psychique dès le mois de juin 2020, soit au moment où

l'assurée a développé des troubles du sommeil, une irritabilité accrue et surtout une symptomatologie anxio-dépressive (en particulier des hallucinations auditives et des idées noires) et, de ce fait, a débuté une consultation auprès de la Dre L._____. Notons à cet égard que cette dernière a également constaté, dans son rapport du 21 octobre 2020, la gravité des troubles psychiatriques et mis en évidence leurs conséquences négatives sur la vie quotidienne de sa patiente. L'impact favorable qu'a eu le suivi psychiatrique et le traitement médicamenteux sur l'état de santé de l'assurée a ensuite permis d'attester une amélioration partielle de la situation dès le mois de mai 2021, l'experte lui estimant une capacité de travail de 50 % et lui reconnaissant la capacité de refaire certaines tâches quotidiennes. Certes, la Dre S._____ n'a pas constaté de comorbidité psychiatrique incapacitante. Elle a en outre observé la présence de ressources mobilisables chez la recourante, avec une capacité d'adaptation aux règles, de planification et de structuration des tâches de même que l'entretien de bonnes relations avec la famille et l'entourage. Toutefois, l'irritabilité accrue, la personnalité histrionique et la détresse importante entravent en partie ces ressources. L'experte a au demeurant estimé que sur le plan de la cohérence, l'attitude plaintive et les autolimitations rapportées par l'assurée en raison des douleurs contrastent quelque peu avec ses activités journalières. Cela étant, ces dernières, qui consistent en de petites promenades, le ménage léger de son appartement, des siestes et des séances de télévision, ne requièrent pas de déployer d'importantes ressources psychiques. La recourante nécessite de plus l'aide de sa famille pour la préparation du repas du soir et l'exécution des tâches ménagères plus lourdes. Pour le reste, aucun avis de la psychiatre traitante ne vient contester l'amélioration de l'état de santé observée par l'experte. c) Dès lors, au regard d'une analyse globale de l'ensemble de ces éléments, les conclusions de l'experte psychiatre quant à la capacité – évolutive – de travail n'apparaissent pas critiquables du point de vue juridique, de sorte qu'il convient de les suivre. La Dre C._____ du SMR les a d'ailleurs avalisées dans son avis du 8 novembre 2021. 7. a) Au vu de ce qui précède, il convient de recalculer le degré d'invalidité de la recourante à l'aune des conclusions des Drs F._____ et L._____, afin de déterminer si une rente d'invalidité doit – du moins temporairement – lui être allouée. A noter que la capacité de travail a évolué depuis 2018 sur le plan somatique et psychique. Ainsi, du point de vue somatique, la recourante présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 20 septembre 2018. Elle a retrouvé une capacité pleine dans une activité adaptée le 30 avril 2019. A niveau psychique, sa capacité de travail était nulle entre les mois de juin 2020 et avril 2021 et de 50 % depuis le mois de mai 2021. Il appartient donc de procéder à trois calculs du degré d'invalidité selon la période d'incapacité de travail en cause. b) S'agissant de la première période, qui s'étale du 20 septembre 2019 (date correspondant au terme du délai de carence d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI) au mois de mai 2020 (soit avant le début de l'incapacité de travail dans une activité adaptée en raison des troubles psychiques), le revenu sans invalidité, qui équivaut à la moyenne des revenus cumulés entre 2013 et 2017 (vu le caractère variable de ces derniers) et indexée à 2019, se monte à 44'707 fr. 10. Calculé sur la base de l'ESS de 2018, également indexé à 2019 et tenant compte d'une déduction de 10 %, le revenu avec invalidité s'élève, quant à lui, à 49'705 fr. 20, cela par rapport à une capacité de travail de 100 % et un horaire de 41,7 par semaine. De cette façon, il résulte de la comparaison de ces deux revenus un taux d'invalidité nul, si bien qu'une rente d'invalidité ne peut pas être reconnue à la recourante pour cette première période. c) En ce qui concerne la deuxième période allant de juin 2020 à avril 2021 et durant laquelle l'assurée a été totalement incapable de travailler dans toute

activité, il y a lieu de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2020 (soit à l'expiration de la période de trois mois de l'art. 88a RAI), d) Enfin, pour ce qui est de la troisième période débutant en mai 2021, à savoir lorsque la recourante a recouvré une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, le degré d'invalidité s'élève à 47 % au regard d'un revenu sans invalidité, indexée à 2021, de 45'199 fr. 70 et d'un revenu avec invalidité – déterminé sur la base de l'ESS de 2020 indexé à 2021 et tenant compte d'une déduction de 10 % – de 24'119 fr. 90. Ces considérations conduisent dès lors à reconnaître à la recourante le droit à un quart de rente dès le 1^{er} août 2021 (art. 88a RAI). e) A cet égard, une déduction supérieure à 10 % – comme le réclame l'assurée –, afin de prendre en considération ses limitations fonctionnelles et son âge (58 ans au jour de la décision entreprise), ne se justifie pas dans le cas présent. Les limitations fonctionnelles retenues ont en effet déjà été comptabilisées pour fixer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Concernant l'abattement pour les limitations fonctionnelles, une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 6 ; TF 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. S'agissant de l'âge, le Tribunal fédéral, à titre comparatif, a estimé qu'un abattement de 5 % était adapté dans le cas d'un assuré âgé de 60 ans disposant d'une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 25 % (TF 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3). De même, un abattement supérieur à 5 % ne se justifiait pas dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans (TF 9C_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.3.2). Enfin, l'argument de la recourante selon lequel aucun emploi adapté à son état de santé n'existe sur le marché du travail équilibré ne peut pas être suivi. Les limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, à savoir de la fatigue, de la fatigabilité, des difficultés à gérer le stress et le changement, de l'irritabilité et de la sensibilité aux bruits, n'empêchent en effet pas l'exercice d'une activité simple et répétitive à temps partiel, et cela d'autant plus qu'elles sont susceptibles d'amélioration sous traitement majoré. Il en est de même des limitations fonctionnelles sur le plan physique visant à épargner le rachis et les genoux, qui ont été prises en compte dans la détermination de l'activité adaptée. Le marché du travail équilibré offre un nombre suffisant d'emplois permettant de respecter ces limitations fonctionnelles, notamment dans l'industrie légère, par exemple des travaux de montage, de contrôle ou de surveillance de machines automatiques ou d'unités de production ou en tant qu'ouvrière à l'établi ou dans le conditionnement. f) Si une rente entière puis un quart de rente doivent être accordés à la recourante, se pose cependant encore la question de l'éventuelle fin du droit à cette prestation. L'experte a en effet précisé qu'avec la mise en place de mesures thérapeutiques appropriées, une capacité de travail de 80 % était atteignable dans un laps de temps de deux mois. Or, dans ce cas de figure, le degré d'invalidité serait inférieur à la limite de 40 % de l'art. 28 al. 1 let. c LAI ouvrant le droit à une rente. L'état actuel du dossier ne permet néanmoins pas de se déterminer si et, le cas échéant, quand de telles mesures – exigibles de la part de la recourante en vue de diminuer son dommage – ont été instaurées. Partant, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il instruisse ce point et arrête au besoin la date de la fin du droit à la rente. 8. Le dossier est pour le reste complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les

considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2). 9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 31 août 2022 réformée en ce sens que doivent être accordés à la recourante une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} septembre 2020 et le 31 juillet 2021, puis un quart de rente à partir du 1^{er} août 2021. La cause doit pour le surplus être renvoyée à l'intimé pour qu'il instruisse la question de l'éventuelle fin du droit à cette rente, dans le sens des considérants. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) 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 1'000 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 prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 31 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est accordée à O. _____ du 1^{er} septembre 2020 au 31 juillet 2021, puis un quart de rente à partir du 1^{er} août 2021, la cause étant pour le surplus renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire de la question de l'éventuelle fin du droit à cette rente, dans le sens des considérants. 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 O. _____ la somme de 1'000 fr. (mille 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, Centre de Conseil en Assurances Sociales (pour O. _____), ■ 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 :

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