

VD_FINDINFO AI 46/15 - 58/2019 vom 27. Februar 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_46_15_-_58_2019

FR: VD_FINDINFO AI 46/15 - 58/2019 du 27 février 2019

IT: VD_FINDINFO AI 46/15 - 58/2019 del 27 febbraio 2019

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, RENTE D'INVALIDITÉ, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE | 87
RAI

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité, des suites de la nouvelle demande de prestations introduite le 23 décembre 2011. C'est par ailleurs le lieu de préciser que le cadre temporel de l'examen du juge est en l'occurrence défini par la date de la décision administrative du 10 février 2015 (voir notamment TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée). La période postérieure échappe quant à elle au pouvoir d'examen de la Cour de céans.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 se définit 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 (art. 6 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

b) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) – ou, comme en l'espèce, après l'octroi rétroactif d'une prestation limitée dans le temps, ce qui revient à nier (implicitement) le droit à celle-ci pour la période subséquente –, elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Cela revient plus précisément à examiner, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; TF 8C_339/2017 du 1^{er} février 2018 consid. 3 et les références citées).

c) Pour pouvoir 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). Le juge ne

s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et la référence). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.3). En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1 er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséurologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 4

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165). b) Selon la jurisprudence, il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418), et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409), la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281). aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). bb) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'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 déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit 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 sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

E. 5

En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 23 décembre 2011 par l'assurée. Il a implicitement admis que la situation s'était modifiée depuis la décision du 8 décembre 2009 ne reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité que pour une période limitée du 1^{er} août 2006 au 31 mai 2008. Plus précisément, l'office a considéré que, depuis le mois de janvier 2010, l'exigibilité était de 50 % dans toute activité. La recourante, pour sa part, a fait valoir que l'exigibilité était désormais nulle. a) Pour statuer sur les prétentions de l'assurée dans le cadre de la première procédure AI, l'office s'est essentiellement fondé sur le rapport d'examen psychiatrique établi le 25 juillet 2008 par le Dr Z. _____. Ce dernier y retenait un diagnostic incapacitant sous forme de trouble dépressif récurrent alors en rémission, avec une nette amélioration depuis le mois de mars 2008. Il signalait par ailleurs une personnalité émotionnellement labile de type borderline, précisant qu'il n'y avait sur ce plan pas de décompensation, ni de répercussion sur la capacité de travail. Pour le Dr Z. _____, il y avait lieu de conclure à une période d'incapacité de travail dès le mois de novembre 2004, puis à la récupération d'une aptitude dans toute activité dès le mois de mars 2008. On notera par ailleurs que, sur le plan somatique, aucune atteinte invalidante n'a été reconnue dans le cadre de la demande initiale de prestations. C'est sur la base de ces éléments que la décision du 8 décembre 2009 a été rendue, octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} août 2006 au 31 mai 2008. b) A l'appui de la nouvelle demande déposée le 23 décembre 2011, la recourante a invoqué des troubles psychiques. aa) Du dossier constitué par l'OAI en procédure administrative, il résulte que l'assurée, après avoir interrompu son suivi psychiatrique en novembre 2009, a ensuite réintégré une telle prise en charge dès le printemps 2011. Elle s'est ainsi adressée aux spécialistes du Centre hospitalier A. _____, qui ont retenu tout d'abord un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec caractère saisonnier, un trouble de la personnalité non spécifié avec traits borderline et histrioniques, ainsi qu'un syndrome de dépendance au cannabis, avec consommation continue ; ils ont également émis un diagnostic différentiel sous forme de THADA, précisant que le Dr W. _____ suspectait une telle atteinte et prescrivait dès lors de la Ritaline à la patiente (cf. rapport du Dr O. _____ et de la psychologue I. _____ du 5 avril 2011 pp. 1 et 4). Ils ont par la suite précisé être en présence d'un trouble de la personnalité mixte, à traits borderline, histrioniques et dépendants (cf. rapport du Dr S. _____ et du psychologue F. _____ du 2 février 2012 p. 2). Ces spécialistes ont ultérieurement retenu les diagnostics de trouble de la personnalité mixte à traits borderline, histrioniques et dépendants, de trouble dépressif récurrent et de THADA (cf. rapport du 15 mai 2012 du Dr S. _____ et du psychologue F. _____ p. 1), avec une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'employée de commerce mais de 20 à 30 % dans une

activité adaptée, voire 50 % à terme après traitement psychothérapeutique (cf. rapports du Dr S. _____ et du psychologue F. _____ du 15 août 2012 [p. 1] et du 25 juin 2013) Toujours dans le cadre de la procédure administrative, l'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par le Dr D. _____. Dans son rapport du 13 février 2014, l'expert a retenu le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de personnalité état limite, avec des traits histrioniques et abandonniques, sub-décompensée. Il a plus particulièrement estimé que le facteur déterminant était l'existence chez l'assurée d'un trouble majeur de la personnalité, dans le contexte d'une situation conflictuelle avec sa fille, et que, cela étant, l'exercice d'une « petite activité à 50 %, probablement sans grandes responsabilités et qui reste en relation avec sa formation professionnelle et sa capacité à gérer le stress » demeurerait exigible (cf. rapport d'expertise du 13 février 2014 pp. 23, 27 et s.). L'expert a pour le reste conclu à des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail – à savoir un épisode dépressif majeur en rémission et une dysthymie à début précoce (cf. ibid. pp. 23 et 27). Ultérieurement, à la requête de la juge instructeur, le Dr D. _____ a confirmé son analyse et précisé qu'il avait initialement retenu une capacité de travail résiduelle de 50 % depuis le 1^{er} novembre 2013, mais qu'il était « hautement probable et relativement logique de considérer que [l]a capacité de travail [était] de l'ordre de 50 % au moins depuis 2010, mais probablement bien avant » (cf. complément d'expertise du 28 octobre 2015 pp. 2 s.). En parallèle, l'appréciation de l'expert D. _____ a fait l'objet de critiques de la part du Dr J. _____, nouveau psychiatre traitant de l'assurée, pour lequel il était « grotesque » de retenir une capacité résiduelle de travail de 50 % alors même que la patiente était extrêmement symptomatique (cf. rapport du 30 janvier 2015 p. 1). En procédure de recours, le Dr J. _____ a exposé, en résumé, que l'expert D. _____ n'avait pas saisi la gravité des troubles de l'assurée, laquelle avait présenté depuis l'expertise un nouvel épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Pour le médecin traitant, l'incapacité de travail était totale dans toute activité (cf. rapport du 11 avril 2015). bb) C'est au regard de ces appréciations médicales divergentes qu'une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Dr K. _____. Dans son rapport du 4 juillet 2017, l'expert judiciaire a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de trouble mixte de la personnalité. S'agissant de la capacité résiduelle de travail, il l'a estimée à 40 % dans l'activité habituelle réputée adaptée (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2017 pp 20 s. et 24 à 28). aaa) On observera tout d'abord que les diagnostics susmentionnés ont été posés en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) et au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR), à la lumière des éléments cliniques constatés et moyennant des indications claires sur le degré de gravité des symptômes et sur les limitations fonctionnelles inhérentes à cette atteinte (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2017, pp. 12 à 15). Ainsi, l'expert K. _____ a plus particulièrement signalé la présence de symptômes cardinaux d'un épisode dépressif – à savoir une tristesse et une fatigue anormales, ainsi qu'une légère diminution de l'intérêt et du plaisir, la plupart du temps ; s'y ajoutaient une diminution de l'estime de soi, des difficultés à penser et se concentrer et de sévères troubles du sommeil. Pour l'expert K. _____, la situation était compatible avec un épisode dépressif moyen, ce degré de gravité étant corroboré par le score obtenu le 19 juin 2017 à l'échelle d'évaluation de la dépression. En outre, l'anamnèse parlant pour des épisodes dépressifs multiples et des phases de rémission, il y avait lieu de qualifier le trouble de récurrent. Enfin, le tableau actuel perdurant probablement depuis plus de deux ans sans rémission, on pouvait

considérer être en présence d'un trouble chronique (cf. *ibid.* p. 13). L'expert K. _____ a par ailleurs considéré que l'instabilité de l'assurée était pathognomonique d'un grave trouble de personnalité et que, si des éléments du registre histrionique et borderline pouvaient être observés, on ne décelait pas pour autant les caractéristiques requises pour un trouble spécifique de la personnalité. C'était dès lors un diagnostic de trouble mixte de la personnalité qui devait être posé (cf. *ibid.* p. 14 s.). bbb) Concernant les indicateurs du degré de gravité fonctionnel (cf. *consid.* 4b/bb *supra*), l'expert K. _____ a dûment tenu compte de l'intensité des manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée. D'une part, il a souligné que l'épisode dépressif avait pris ses galons de chronicité et était actuellement moyen, que son intensité pouvait de temps à autre être sévère – avec, entre autres choses, une aggravation saisonnière en automne – mais que rien ne permettait de le considérer comme sévère sur la durée. Il a précisé que ce trouble entraînait une diminution du rendement et de l'endurance en raison de la fatigue et de la fatigabilité, que des erreurs au travail pouvaient survenir en raison des difficultés à penser et à se concentrer et que la capacité d'élaborer des projets et de les conduire à terme était altérée, cette pathologie induisant par ailleurs une fragilité anormale face aux facteurs de stress (cf. *ibid.* p. 17 s.). D'autre part, l'expert K. _____ a procédé à un examen détaillé de la personnalité de l'expertisée. Il a ainsi considéré que cette dernière souffrait d'un grave trouble de la personnalité qui devait être considéré comme une maladie psychiatrique *per se* (cf. *ibid.* p. 14). Il a relevé que la sévérité du trouble de la personnalité de l'assurée était documentée par un parcours personnel et socioprofessionnel chaotique et que ce trouble posait problème dans les relations interpersonnelles de l'intéressée tout en impliquant également des difficultés d'identité professionnelle et une grande fragilité face aux situations de stress (cf. *ibid.* p. 18 s.). Pour l'expert, il y avait une synergie défavorable entre les limitations découlant du trouble dépressif et celles causées par le trouble de la personnalité (cf. *ibid.* p. 24). En outre, il n'y avait pas de véritable simulation, quand bien même les plaintes dépressives étaient accentuées et en discordance avec la présentation de l'assurée (cf. *ibid.* pp. 13 et 17). Sous l'angle du traitement, le Dr K. _____ a qualifié la prise en charge d'adéquate (cf. *ibid.* p. 21) et n'a aucunement mis en lien les troubles de l'assurée avec un éventuel échec thérapeutique. S'agissant de l'analyse des comorbidités, l'expert n'a signalé aucune atteinte dont les effets auraient pu se faire sentir parallèlement aux deux troubles psychiques diagnostiqués ; en particulier, il a constaté qu'il y avait une discordance entre les plaintes douloureuses que la recourante rattachait aux diverticulites et les conclusions tout de même très rassurantes du dernier spécialiste consulté et que, du reste, les plaintes n'étaient pas au premier plan ni ne dominaient la présentation de l'intéressée, si bien qu'un trouble somatoforme devait être écarté (cf. *ibid.* p. 16). Enfin, au niveau des ressources pouvant être tirées du contexte social, il est ressorti de l'évaluation de l'expert K. _____ que l'assurée s'occupait seule de son ménage et de ses affaires administratives et qu'elle disait avoir un réseau social suffisant et ne pas se sentir isolée, s'adonnant par ailleurs à des activités de loisirs lorsqu'elle n'allait pas trop mal et occupant un poste de travail à 10-30 % en tant que serveuse pour des manifestations à la municipalité (cf. *ibid.* p. 8 s.). En bref, l'assurée était autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels, étant également apte à se déplacer (cf. *ibid.* p. 19). La recourante a de surcroît indiqué à l'expert qu'elle ne rencontrait pas de problèmes relationnels avec ses proches mais qu'elle se méfiait quelque peu des gens et pouvait rencontrer des difficultés en situation sociale en général, même si celles-ci n'étaient pas au premier plan (cf. *ibid.* *loc. cit.*). Concernant les indicateurs de la cohérence, l'expert K. _____ a estimé que compte

tenu des deux diagnostics retenus, l'assurée offrait un tableau clinique cohérent, sans véritable atypie ; l'intéressée se montrait ainsi plutôt authentique, les discordances entre les plaintes dépressives et la présentation lors de l'expertise ne correspondant pas à une véritable simulation (cf. ibid. pp. 17 et 23). Du point de vue de la compliance thérapeutique, l'expert K. _____ a par ailleurs décrit une assurée « observante » de ce qui était mis à sa disposition (cf. ibid. p. 21), paraissant bien collaborer aux soins qui lui étaient prodigués (cf. ibid. p. 23). Se référant au cadre institué par la « Mini-ICF-Rating für psychische Störungen » (Mini CIF-APP) pour évaluer les ressources et limitations de l'assurée, l'expert K. _____ a encore considéré que l'intéressée était capable de s'adapter aux règles et routines d'une activité professionnelle, dans la mesure où elle n'était pas sur-sollicitée, et qu'elle était de surcroît à même d'analyser ce qui se passait, de prendre des décisions pertinentes en conséquence et de s'affirmer adéquatement. Il fallait en revanche escompter des difficultés à planifier et structurer les tâches, à appliquer des connaissances spécifiques et à se montrer endurante sur la durée (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2017 p. 19). ccc) Sur la base de cette évaluation détaillée de la situation, l'expert K. _____ a conclu à une incapacité de travail de 60 % vraisemblablement depuis la deuxième moitié des années 2000, étant précisé qu'aucun changement de profession n'était médicalement justifié (cf. ibid. pp. 20, 25 et 26). cc) Rien dans les autres avis médicaux au dossier n'incite à s'écarter du positionnement de l'expert K. _____. Certes, l'expert D. _____ a pour sa part nié le caractère récurrent du trouble dépressif de l'assurée et retenu une dysthymie (cf. rapport d'expertise du 13 février 2014 ; cf. consid. 5b/aa supra). Force est toutefois de relever, d'une part, que l'expert K. _____ a dûment exposé les raisons pour lesquelles il retenait un épisode dépressif moyen (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2017 pp. 12 à 14 ; cf. consid. 5b/aa supra) et écartait le diagnostic de dysthymie retenu par son confrère D. _____, expliquant à cet égard que, selon la CIM-10, une dysthymie n'était admise que dans les cas où aucun ou presque aucun des épisodes dépressifs isolés survenus dans les deux ans n'avait eu la sévérité et la durée d'un épisode dépressif au moins léger – ce qui n'était pas le cas en l'espèce (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2017 p. 15). A cela s'ajoute que seul l'expert D. _____ a nié le caractère récurrent du trouble dépressif de l'assurée – pourtant reconnu par les Drs O. _____, S. _____ et J. _____ ainsi que les psychologues I. _____ et F. _____ (cf. consid. 5b/aa supra), avant d'être confirmé par l'expert K. _____ à la lumière de l'anamnèse de l'assurée (cf. consid. 5b/bb/aaa supra). Sur le plan de la personnalité, on notera que si l'expert D. _____ a admis l'importance de l'atteinte à la santé (cf. rapport d'expertise du 13 février 2014 p. 27), il n'a en revanche pas tenu compte de l'interaction défavorable entre ce diagnostic et le trouble dépressif, pas plus qu'il n'a développé la question de l'instabilité pouvant être générée par cette composante – contrairement à l'expert K. _____ (cf. rapport du 4 juillet 2017 pp. 20 ss). A l'inverse du SMR (cf. avis du Dr AA. _____ du 14 août 2017), on ne saurait par ailleurs considérer que le Dr K. _____ ait été l'objet d'un brouillage de communication de la part de la recourante, l'expert judiciaire ayant clairement expliqué sa position par rapport à celle de son confrère D. _____. Pour ces raisons, on préférera donc l'expertise du Dr K. _____ à celle du Dr D. _____. L'expert judiciaire a par ailleurs pris position sur l'appréciation émise par le psychiatre traitant les 30 janvier et 11 avril 2015. A cet égard, le Dr K. _____ a observé que l'on ne pouvait pas retenir une totale incapacité de travail comme l'avait fait le Dr J. _____, dès lors que l'assurée disposait de ressources, qu'elle avait du reste validées dans son emploi à temps partiel (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2017). De fait, rien n'incite à s'écarter de cette analyse, qui repose sur un examen minutieux

des ressources et limitations de l'assurée (cf. *ibid.* p. 19). Notamment, le rapport du Dr J. _____ du 30 janvier 2015 se contente d'évoquer une patiente extrêmement somatique, sans se prononcer concrètement sur l'importance des troubles et leur impact sur la capacité de travail. Quant au rapport du 11 avril 2015, il déduit des diagnostics d'éléments isolés au dossier et conclut à une totale incapacité de travail dans toute activité. Outre que ce rapport renferme des affirmations catégoriques plutôt qu'une réelle motivation, il faut de surcroît constater que l'évaluation circonstanciée de l'expert K. _____ a permis de jeter la lumière sur l'essentiel des points développés par le Dr J. _____. Ainsi, l'expert judiciaire a expliqué que les critères pour retenir un THADA étaient insuffisants mais que les comportements visés pouvaient être englobés dans le trouble de la personnalité diagnostiqué chez l'assurée, laquelle ne prenait du reste plus de Ritaline (méthylphénidate). L'expert a également exposé que l'anxiété alléguée par l'intéressée n'était pas suffisamment marquée et dysfonctionnelle pour retenir un trouble phobique stricto sensu, qu'elle avait appris à gérer ses difficultés de conduite alimentaire et qu'il n'y avait pas lieu de retenir un trouble mental en lien avec la consommation de cannabis faute de réelle dépendance ou de caractère prépsychotique. Enfin, l'expert K. _____ a indiqué ne pas déceler d'atteinte cérébro-organique, ni de trouble psychotique (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2017 p. 15 s.). Le rapport du 11 avril 2015 signale par ailleurs une détérioration de l'état psychique au début de l'année 2015, sans toutefois indiquer si celle-ci est ou non antérieure à la date – déterminante (cf. *consid.* 2 *supra*) – de la décision entreprise ; en tout état de cause, rien ne permet de considérer que cette aggravation aurait eu des conséquences durables dont l'expert K. _____ n'aurait pas tenu compte. Au final, il apparaît que l'avis du 11 avril 2015 ne contient aucun élément dont l'expert judiciaire n'aurait pas tenu compte. A la suite de l'expertise du Dr K. _____, le Dr J. _____ a encore émis plusieurs observations. S'il a ainsi estimé que l'incapacité de travail était de 90 % (cf. rapport du 16 août 2017), il n'a cependant pas motivé son propos et n'a en particulier fourni aucune appréciation des ressources résiduelles de l'assurée, contrairement à l'expert K. _____ qui en a dûment tenu compte. Le Dr J. _____ a également indiqué qu'il y avait lieu de déterminer l'existence d'une structure prépsychotique au moyen de tests projectifs (cf. rapports des 16 août et 21 décembre 2017). C'est toutefois oublier qu'au terme d'une analyse particulièrement affinée, l'expert K. _____ n'a retenu aucun élément – tant au niveau des plaintes que de l'observation – plaidant pour un trouble psychotique et n'a pas décelé chez l'assurée un potentiel de prépsychotique (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2017 p. 16) ; l'expert a de surcroît relevé que les tests psychologiques projectifs et autres instruments de mesure utilisés dans ce domaine n'étaient pas considérés comme un outil diagnostique par les ouvrages de référence (CIM-10, DSM-IV-TR, DSM 5), lesquels posaient à cet égard des critères spécifiques (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2017 p. 14). Dans ces conditions et à défaut d'indice sérieux évocateur d'une symptomatologie (pré)psychotique, on peine donc à voir ce qui pourrait justifier des mesures supplémentaires sur ce plan. Quant à l'aggravation du trouble dépressif et la modification médicamenteuse annoncées par le Dr J. _____ le 6 octobre 2017, elles se situent au-delà de la date de la décision attaquée qui circonscrit le pouvoir d'examen de la juridiction de céans (cf. *consid.* 2 *supra*). Toujours le 6 octobre 2017, le Dr J. _____ a encore signalé un nouveau diagnostic sous forme de trouble bipolaire. Outre qu'une telle atteinte n'avait jusqu'alors été suspectée par aucun des spécialistes consultés, force est de constater que le diagnostic ainsi mentionné par le psychiatre traitant ne repose pas sur une analyse concrète des critères médicaux permettant de retenir un tel trouble, mais

uniquement sur une aggravation de l'état dépressif et un changement de médication (cf. rapport du 6 octobre 2017 p. 2) – soit une motivation insuffisante pour emporter la conviction de la Cour de céans. Si le Dr J. _____ a encore invoqué l'impact de la diverticulite sur l'état psychique (cf. ibid.), il convient de rappeler que l'expert K. _____ a observé une discordance à cet égard et relevé que les plaintes sur ce point n'étaient pas au premier plan (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2017 p. 16). Il suit de là qu'en définitive, le Dr J. _____ n'a apporté aucun élément sérieux permettant de remettre en cause l'évaluation du cas faite par le Dr K. _____. On relèvera encore que les avis émis entre 2011 et 2012 par les médecins du Centre hospitalier A. _____ ne renferment aucun point déterminant qui aurait échappé à l'analyse de l'expert K. _____, tant du point de vue des diagnostics que des limitations retenues. Il n'y a, dans ces conditions, aucune raison pertinente de s'arrêter sur l'évaluation de l'exigibilité – de 20 à 30 %, voire 50 % – proposée par le Dr S. _____ et le psychologue F. _____ (cf. rapports des 15 août 2012 et 25 juin 2013), le raisonnement circonstancié de l'expert K. _____ méritant d'être privilégié. dd) A la lumière de ce qui précède, il convient donc de s'en tenir aux conclusions du rapport d'expertise du Dr K. _____, qui est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte de l'ensemble des spécificités du cas particulier et comporte des conclusions claires, dûment motivées et exemptes de contradictions. Ce rapport satisfait ainsi pleinement aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 3d supra). Tout au plus notera-t-on, par surabondance, que le rapport d'expertise du 4 juillet 2017 est certes antérieur à la jurisprudence – instaurée dans deux arrêts rendus le 30 novembre 2017 (ATF 143 V 409 et 143 V 418) – étendant aux troubles psychiques la procédure probatoire développée pour les troubles psychosomatiques. Dite expertise n'en satisfait pas moins aux nouveaux standards désormais applicables (cf. consid. 4b supra), comme exposé plus haut (cf. consid. 5b/bb/aaa et bbb supra). c) Dès son écriture du 26 juin 2014, la recourante a par ailleurs invoqué une problématique somatique. Elle s'est plus précisément référée à des diverticulites ubiquitaires et une malformation rénale. En ce qui concerne la malformation rénale, les pièces au dossier n'y font mention que sur le plan de l'anamnèse (voir notamment les rapports d'expertise du 13 février 2014 [p. 7] et du 4 juillet 2017 [p. 6]), mais aucun indice sérieux n'incite à retenir que ce trouble aurait des répercussions concrètes susceptibles d'influer sur l'issue du litige. S'agissant des diverticulites, il est vrai que l'assurée a été opérée le 19 février 2013 en lien avec cette atteinte (cf. rapport du Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier A. _____) et qu'elle a consulté en urgence le 20 avril 2017 (cf. rapport du Service des urgences du Centre hospitalier A. _____ du 21 avril 2017), soit plus de deux ans après la décision attaquée. Pour autant, ces éléments ne permettent pas de conclure à une atteinte incapacitante à la date de la décision attaquée (cf. consid. 2 supra), le

E. 10

février 2015. Tout au plus relèvera-t-on que l'assurée a ultérieurement été vue par un spécialiste, qui a évoqué une évolution clinique rassurante et un état général satisfaisant (cf. rapport du Dr V. _____ du 25 avril 2017). Quant à la Dresse CC. _____, elle s'est prononcée laconiquement sur le sujet (cf. rapport du 22 septembre 2017). S'agissant enfin de l'apparition d'un nouvel épisode de diverticulite « tout récemment » et des options thérapeutiques invoquées à cet égard dans le rapport du 6 octobre 2017 du Dr J. _____, la Cour relève, d'une part, que ces éléments ne sont pas étayés par des avis spécialisés en la matière et, d'autre part, qu'ils sont largement postérieurs à la décision entreprise (cf. consid.

2 supra), si bien que l'on ne saurait en tenir compte dans le présent contexte. Il s'ensuit que les pièces récoltées ne permettent en rien de considérer que cette problématique aurait pu revêtir une nature potentiellement incapacitante lorsque l'intimé a statué le 10 février 2015. Dans ces conditions, on ne saurait reconnaître l'existence d'une atteinte somatique invalidante dans le cas particulier. d) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi des mesures d'investigation supplémentaires (interpellation de l'expert K. _____) seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées). 6. Reste à se prononcer du point de vue du droit à la rente d'invalidité. a) A titre liminaire, on relèvera que l'OAI a manifestement reconnu à la recourante un statut de 100 % active, qui n'est du reste pas contesté. b) Cela étant, sur la base des conclusions de l'expertise judiciaire du Dr K. _____, il y a lieu de retenir que la recourante présente une incapacité de travail de 60 % dans son activité habituelle médicalement adaptée. Dans de telles circonstances, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (TF 9C_888/2011 du

E. 13

juin 2012 consid. 4.4 et 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6) et doit ainsi être fixé à 60 % dans le cas particulier, ce qui ouvre le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité. c) Pour ce qui est de l'ouverture du droit à la rente, l'OAI a estimé être en présence d'une reprise de l'invalidité après suppression de rente et a conséquemment fait application de l'art. 29 bis RAI. Aux termes de l'art. 29 bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi. L'art. 29 bis RAI est applicable seulement au calcul de la période d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (qui est une condition matérielle du droit à la rente), mais pas à la détermination de la période d'attente selon l'art. 29 al. 1 LAI (qui est un délai de nature procédurale). Dès lors que l'art. 29 bis RAI ne s'applique pas par analogie au délai de carence de six mois prévu par l'art. 29 LAI, l'assuré doit se voir imposer ce délai entier lors de sa deuxième demande également (ATF 142 V 547 consid. 3.1 – 3.3. ; TF 9C_909/2017 du 3 mai 2018 consid. 2 ; TF 8C_544/2016 et 8C_568/2016 du 28 novembre 2016 consid. 4.1). Dans le cas particulier, on peut tout d'abord s'interroger sur le point de savoir si l'incapacité de travail à l'origine du présent litige est la même que celle ayant conduit à l'octroi d'une rente d'invalidité pour la période du 1^{er} août 2006 au 31 mai 2008. En effet, il faut rappeler que le Dr Z. _____ n'avait reconnu une incapacité de travail qu'en lien avec le trouble dépressif de l'assurée mais pas avec le trouble de la personnalité (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2008), tandis que l'expert K. _____ a quant à lui mis en avant la gravité du trouble de la personnalité tout en tenant compte de l'aspect dépressif et de l'interaction entre ces deux symptomatologies (cf. rapport du 4 juillet 2017). L'OAI a quoi qu'il en soit admis la reprise d'invalidité au sens de l'art. 29 bis RAI, ce qui s'avère favorable à l'assurée sous l'angle du délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Il y a dès lors lieu de s'y rallier. Sous l'angle de l'art. 29 al. 1 LAI, il n'en demeure pas moins que l'ouverture du droit à un trois-quarts de rente ne pourrait intervenir au plus tôt que six mois après le dépôt de la nouvelle demande en décembre 2011, soit au 1^{er} juin 2012. C'est donc à tort que l'OAI a fixé la naissance du droit à la prestation au 1^{er} janvier 2010. Certes, on pourrait se demander si le résultat

auquel aboutit la Cour de céans ne constitue pas une reformatio in pejus à l'encontre de la recourante, dès lors que tout droit à une rente pour la période courant du 1^{er} janvier 2010 au 31 mai 2012 lui est dénié. Tel n'est toutefois pas le cas en l'espèce, puisque la recourante se voit en définitive accorder un trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2012, en lieu et place d'une demi-rente à compter du 1^{er} janvier 2010. Compte tenu de la durée prévisible du versement du trois-quarts de rente qui lui est reconnu, la recourante se trouve désormais dans une situation plus favorable que si la Cour de céans avait dû confirmer la décision attaquée. En ce sens, on ne saurait considérer qu'il est procédé à une reformatio in pejus (voir TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 7.6). c) On ajoutera encore par surabondance que, pour la période postérieure à la décision attaquée caractérisée selon le Dr J. _____ par une dégradation de l'état de santé (cf. consid. 5b et 5c supra), il reste loisible à l'assurée de présenter une nouvelle demande devant l'OAI. 7. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée dans le sens de l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2012. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1 bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe. c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de l'arrêter à 2'500 francs. Cette indemnité couvre au demeurant la rémunération du conseil d'office, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 et 122 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD ; cf. aussi art. 4 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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