

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 233 vom 14. April 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__233

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 233 du 14 avril 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 233 del 14 aprile 2020

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGGA, 7 LPGGA, 8 LPGGA

Erwägungen

E. 1

a) La LPGGA (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 LPGGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGGA). b) En l'occurrence, déposé en temps 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 LPGGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

En l'occurrence, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, suite à la demande de prestations déposée le 16 décembre 2013.

E. 3

Sur le plan formel, la recourante conteste la notification de la sommation du 23 octobre 2017 et du projet de décision du 3 mai 2018, d'une part, et en infère une violation de son droit d'être entendue, d'autre part. Elle allègue en outre que ses objections du 30 juin 2018 n'ont pas été prises en considération lors de la décision du 21 septembre 2018 et que l'office n'a pas répondu à ses différentes sollicitations, contrevenant sous cet angle également au droit d'entendu. a) L'assurée fait plus particulièrement valoir que l'office a adressé la sommation du 23 octobre 2017 comme le projet de décision du 3 mai 2018 à sa case postale nonobstant la résiliation de celle-ci, de sorte que ces courriers ne lui sont pas parvenus – n'ayant eu vent d'éventuels envois non réceptionnés qu'en juin 2018, par le biais de son assureur perte de gain. aa) Les communications des autorités sont soumises au principe de la réception. Il suffit qu'elles soient placées dans la sphère de puissance de leur destinataire et que celui-ci soit à même d'en prendre connaissance pour admettre qu'elles ont été valablement notifiées (ATF 144 IV 57 consid. 2.3.2 ; 142 III 599 consid. 2.4.1 ; 122 I 139 consid. 1 ; 115 Ia 12 consid. 3b). Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; 136 V 295 consid. 5.9). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance

sociale (ATF 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante), en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 et les références citées), dont la bonne foi est présumée lorsque ses déclarations sont compréhensibles et suffisamment vraisemblables (ATF 142 III 599 consid. 2 ; Anne-Sylvie Dupont, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 10 ad art. 38 LPGa). La preuve de la notification peut toutefois résulter d'autres indices que des indications postales ou de l'ensemble des circonstances, par exemple d'un échange de correspondance ultérieur ou du comportement du destinataire (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; TF 2C_523/2019 du 12 novembre 2019 consid. 3.5). La personne à qui l'acte n'a pas été notifié doit par ailleurs s'en prévaloir en temps utile, dès lors que, d'une manière ou d'une autre, elle est au courant de la situation ; attendre passivement serait contraire au principe de la bonne foi (TF 9C_202/2014 & 9C_209/2014 du 11 juillet 2014 consid. 4.2. et les références citées). bb) En l'espèce, l'examen du dossier montre que la recourante a été informée par courrier de la Poste du 19 janvier 2017 de la résiliation de sa case postale avec effet au 2 avril 2017 ; dans ce même courrier, elle a également été avertie que ses correspondances lui parviendraient à son adresse privée dès le 3 avril 2017 moyennant une boîte aux lettres, que les envois y seraient réexpédiés durant une année et qu'il lui incombait d'en avertir ses correspondants. Partant, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle prétend que les modifications au niveau de son adresse postale ne seraient intervenues qu'à l'automne 2017 (cf. écriture du 30 juin 2018), puisque l'avis de la Poste du 19 janvier 2017 est sans équivoque sur ce point et que l'intéressée ne soutient pas – et, a fortiori, ne démontre pas – que des arrangements auraient été pris pour repousser la date de résiliation fixée au 2 avril 2017. Cela posé, force est de constater que l'assurée a manqué de diligence dans la communication des modifications intervenues. Ainsi, lors d'un entretien téléphonique du 10 avril 2017 avec une collaboratrice de l'OAI à la suite d'un courrier de cet office du 22 mars 2017 adressé à sa case postale, l'assurée n'a à aucun moment abordé la question du mode d'adressage de sa correspondance. De même, lorsque l'intéressée a écrit un email à l'OAI le 21 août 2017, en réponse à un courrier de l'office du 7 août 2017 envoyé à sa case postale, elle n'a pas davantage évoqué les changements intervenus quant à son adresse postale. A en croire la recourante, elle aurait informé l'OAI de ces changements dans un courrier du 28 décembre 2017. Elle aurait ainsi attendu près d'une année depuis la communication de la Poste du 19 janvier 2017, respectivement près de neuf mois depuis la résiliation effective au 2 avril 2017, pour informer l'office des modifications en cause – un tel délai allant clairement à l'encontre de l'obligation de collaborer des assurés telle que définie à l'art. 28 LPGa. A cela s'ajoute que l'on cherche en vain la preuve de l'envoi du courrier du 28 décembre 2017, ce courrier ne figurant au dossier de l'intimé qu'en copie de l'écriture de l'assurée du 30 juin 2018. Or la seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure avec un degré de vraisemblance prépondérante que cette lettre a été effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 7 consid. 1 ; TF 9C_202/2014, 9C_209/2014 du 11 juillet 2014 consid. 4.2). L'OAI, du reste, a réfuté la réception du courrier du 28 décembre 2017 (cf. duplicata du

E. 3.5

et les références). Dans ce contexte, l'art. 88a al. 1 RAI précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou

encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et 135 V 141 consid. 1.4.4). c) Tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent, désormais, en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La preuve d'un trouble psychosomatique ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement 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). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit 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, au travers 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 ou d'une 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). Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante : il y a lieu d'examiner si elles permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8). 5. a) 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). b) 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). 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 assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par 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).

6. Aux termes de sa décision du 21 septembre 2018, l'intimé a considéré que l'incapacité de travail et de gain était totale à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par la loi (art. 28 al. 1 let. b LAI), soit au mois de mars 2014, justifiant l'ouverture du droit à une rente entière six mois après le début de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI). L'OAI a par ailleurs retenu que l'exigibilité était de 50 % à compter du mois d'octobre 2016, induisant ainsi le passage à une demi-rente. Enfin, l'office a considéré que, sans nouvelles de l'assurée et conformément au courrier du 23 octobre 2017, la capacité de travail était entière depuis le mois d'avril 2018 et ce dans toute activité, conduisant à la suppression du droit à la rente dès près le 31 juillet 2018 (art. 88a al. 1 RAI). La recourante, pour sa part, a contesté l'amélioration de l'exigibilité retenue par l'intimé au-delà du 30 septembre 2016.

a) Dans sa décision du 21 septembre 2018, l'intimé a reconnu à l'assurée une incapacité de travail totale dès le 19 mars 2013, ce que l'intéressée ne conteste pas. Il est vrai que des arrêts de travail à 100 % ont été émis dès le mois de mars 2013, en particulier par la Dre T. _____ . Pour autant, les documents au dossier ne permettent pas de conclure à des atteintes somatiques incapacitantes (cf. consid. 6b/aa infra) et, sur le plan psychiatrique, l'expert W. _____ a fait mention d'une incapacité de travail de 50 % en précisant que l'incapacité avait débuté en mars 2013 et était restée stable en dehors des périodes de crise (cf. rapport d'expertise du 3 mai 2016 p. 14 ; cf. consid. 6b/bb infra). Le point de savoir si l'OAI aurait ainsi dû se fonder sur une incapacité de travail de 50 % et non de 100 % depuis le 19 mars 2013 – interrogation soulevée par l'office lui-même (cf. réponse du 28 février 2019 p. 2) – peut toutefois rester indécis, dans la mesure où la position retenue dans la décision entreprise apparaît en définitive favorable à la recourante et sera donc maintenue.

b) La décision attaquée retient en outre une capacité de travail de 50 % dès le 2 octobre 2017 [recte : 2016]. aa) Au niveau somatique, les documents médicaux au dossier font état d'une colopathie ou côlon irritable et d'un adénome hypophysaire, dont l'évolution apparaît stationnaire (cf. rapports du Dr J. _____ des 26 février 2014, 7 septembre 2017 et 11 juin 2019 ; cf. rapports de la Dre T. _____ des 13 juin 2013, 16 octobre 2013, 8 janvier 2014 et 15 avril 2014 ; cf. rapport de la Dre X. _____ du 18 juin 2019). Pour le reste, le Dr

J. _____ a mentionné une capacité résiduelle de travail de 50 % voire 75 % (cf. rapport du 26 février 2014), respectivement une inexigibilité totale depuis 2009 ou 2012 (cf. certificats d'arrêt de travail émis entre avril 2015 et septembre 2018) – étant relevé que l'incapacité de travail de 80 % arrêtée le 11 juin 2019, postérieurement à la décision attaquée, sort du cadre temporel du présent litige (TF 9C_500/2011 loc. cit.). Outre que cette appréciation apparaît contradictoire et n'est guère motivée, on rappellera que la Dre T. _____ a, pour sa part, considéré que le macroadénome hypophysaire à prolactine comme le côlon irritable n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail de l'assurée (cf. rapport du 15 avril 2014). Dans le même sens, s'agissant du trouble de l'hypophyse, le Dr R. _____ a relevé l'absence de symptomatologie clinique en lien avec l'hyperprolactinémie (cf. rapport du 20 janvier 2014). Quant aux troubles du côlon, le seul élément objectif posé à cet égard consiste en un début de diverticulose sigmoïdienne constaté en 2012 (cf. rapport du Dr G. _____ du 14 septembre 2012). Pour le surplus, il appert que l'importance de la symptomatologie douloureuse est essentiellement liée aux plaintes subjectives exprimées par la recourante. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Partant, on comprend que les Drs V. _____ et M. _____ du SMR aient estimé que les atteintes somatiques étaient soit banales, soit sous contrôle et pleinement compatibles avec une activité de secrétariat (cf. avis SMR du 12 novembre 2014), étant rappelé qu'il s'agit là de la formation de base de l'assurée. Quant aux notions de fibromyalgie rapportées par les Drs J. _____ (cf. rapports des 7 septembre 2017 et 11 juin 2019) et X. _____ (cf. rapport du 18 juin 2019), elles ne sont accompagnées d'aucun raisonnement médical concret du point de vue diagnostic et ne peuvent, en conséquence, être tenues pour probantes. La Dre X. _____ a également évoqué une maladie hémorroïdaire associée aux troubles du côlon apparus depuis une dizaine d'années (cf. rapport du 18 juin 2019) – maladie pour laquelle une médication était vraisemblablement déjà prescrite dans l'ordonnance du Dr J. _____ du 23 septembre 2016 (Faktu crème, cf. <https://compendium.ch/fr/product/23928-faktu-ong-avec-disp>). Rien au dossier n'incite cependant à voir dans cette maladie un trouble susceptible de se répercuter sur la capacité de travail. Au contraire, de l'aveu même de la Dre X. _____, la maladie hémorroïdaire est modérée et se situe au second plan par rapport à la colopathie. Du reste, comme l'a mentionné le Dr N. _____ (cf. avis SMR du 22 juillet 2019), dite praticienne ne s'est guère prononcée du point de vue la capacité de travail. Enfin, il est vrai qu'aux termes d'un rapport d'IRM lombaire du 12 décembre 2007, le Dr L. _____ a conclu à une atteinte dégénérative discale essentiellement en L4-L5 et à une atteinte dégénérative articulaire postérieure en L3-L4. Dès lors qu'aucune évolution n'a été décrite depuis lors, pas plus qu'une quelconque symptomatologie définie, il y a par conséquent lieu de conclure à l'absence d'atteinte incapacitante sur ce plan. Sur la base de ce qui précède, force est de constater que la cause n'apparaît pas insuffisamment instruite sur le plan somatique, contrairement à ce que soutient la recourante (cf. réplique du 29 mai 2019 p. 26 s.), et que l'intimé était conséquemment fondé à ne retenir aucune atteinte somatique incapacitante.

bb) Au plan psychique, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr W. _____ du 3

mai 2016. Aux termes de son compte-rendu, l'expert a fait état de diagnostics incapacitants sous forme de dysfonctionnement neurovégétatif d'expression intestinale, de trouble anxieux et dépressif mixte et d'autres troubles névrotiques (psychasthénie), avec une capacité de travail de 50 % – sans diminution de rendement – moyennant des horaires flexibles, le travail habituel correspondant en outre aux capacités de l'assurée. L'expert a toutefois précisé qu'avec un accompagnement thérapeutique adéquat et moyennant la mise en œuvre de mesures de réinsertion, une pleine capacité de travail serait envisageable à l'issue d'un délai de six mois (cf. rapport d'expertise du 3 mai 2016 p.

E. 7

août 2019 p. 1). Au degré de la vraisemblance prépondérante, l'envoi du courrier en cause ne peut donc qu'apparaître sujet à caution. On ne peut par conséquent pas reprocher à l'intimé d'avoir envoyé la sommation du 23 octobre 2017 et le projet de décision du 3 mai 2018 à la case postale de la recourante, faute d'avoir été informé des nouvelles modalités d'adressage en temps utile. Sous cet angle, aucune violation du droit ne peut donc être reprochée à l'OAI. cc) C'est par ailleurs le lieu de relever que les envois de l'OAI des 23 octobre 2017 et 3 mai 2018, adressés à l'ancienne case postale de la recourante, n'ont pourtant pas été retournés à l'expéditeur au motif d'une erreur d'adressage. Et pour cause, s'agissant de la sommation du 23 octobre 2017. Celle-ci a en effet été envoyée à l'assurée sous pli recommandé, à l'intérieur du délai de réexpédition mentionné dans l'avis de la Poste du 19 janvier 2017. Ce courrier, respectivement l'invitation à retirer le pli, aurait donc dû être automatiquement réacheminé et parvenir à l'adresse privée de l'assurée en temps voulu. Certes, l'intéressée soutient n'avoir rien reçu. Il y a toutefois lieu d'en douter. On relèvera en effet que la sommation du 23 octobre 2017, signée par le gestionnaire de l'OAI S._____, impartissait à la recourante un délai au 24 novembre 2017 pour s'engager par écrit à suivre un traitement psychotrope et psychothérapeutique, compte tenu de l'expertise réalisée en 2016. Il s'agit là de la dernière correspondance de l'OAI (et plus particulièrement de S._____) à l'assurée en 2017. Or, dans son écrit du 28 décembre 2017, la recourante a expressément indiqué qu'elle remerciait S._____ pour son courrier, qu'elle avait voulu y répondre depuis plusieurs jours mais qu'elle était extrêmement fatiguée et n'allait pas vite. Cela étant, on voit mal quel autre courrier que la sommation du 23 octobre 2017 pourrait être visé. A cela s'ajoute que, dans sa lettre du 28 décembre 2017, l'assurée a indéniablement pris position sur le contenu de la sommation : elle a ainsi critiqué l'expertise susdite (p. 1) et a demandé à ce qu'on lui organise des rendez-vous chez des médecins spécialisés aptes à lui trouver des soins, des médicaments et des traitements lui permettant d'aller mieux (p. 2). Il faut admettre que, de toute évidence, la recourante ne se serait pas exprimée en ces termes si elle n'avait pas eu connaissance de la sommation du 23 octobre 2017 et n'avait pas cherché, le 28 décembre 2017, à se déterminer sur les éléments mis en avant dans cette sommation. Les dénégations de la recourante ne sont donc pas vraisemblables. Cela étant, il importe peu que le courrier du 28 décembre 2017 ait en définitive été envoyé ou pas ou à l'intimé, puisque cet envoi serait de toute manière intervenu après l'échéance du délai fixé par l'OAI au 24 novembre 2017 – montrant là encore un défaut de diligence de la part de l'intéressée. Quant à l'envoi du projet de décision du 3 mai 2018, il est certes intervenu après l'échéance du délai de réexpédition d'une année signifié par la Poste le 19 janvier 2017 et aurait en conséquence dû être retourné l'expéditeur. Rien de tel ne ressort toutefois du dossier. L'OAI, qui n'avait à l'époque pas encore été informé du changement d'adresse postale de l'assurée, n'avait dès lors aucune raison de douter de la notification de son envoi. dd) En définitive, il ressort de

ce qui précède que les erreurs de notification invoquées par la recourante ne peuvent pas être prises en considération, les allégations émises quant aux circonstances entourant l'adressage de la sommation du 23 octobre 2017 comme du projet de décision du 3 mai 2018 n'apparaissant pas défendables, du point de vue de la bonne foi, ni suffisamment vraisemblables (cf. consid. 3a/aa supra ; voir également TF 9F_13/2019 du 10 septembre 2019 consid. 3.2 et la référence citée). Il suit de là, corrélativement, que la recourante ne saurait se prévaloir d'une violation du droit d'être entendu en lien avec la notification des courriers précités. b) L'assurée invoque en outre une violation du droit d'être entendu sous la forme d'un défaut de motivation, en ce sens que la décision attaquée ne se prononce pas sur les éléments invoqués à l'appui de son courrier du 30 juin 2018. aa) Le droit d'être entendu comprend notamment le droit d'obtenir une décision motivée permettant à son destinataire de la comprendre et de l'attaquer utilement, ainsi qu'à l'instance de recours d'exercer pleinement son contrôle si nécessaire (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références ; 129 I 232 consid. 3.2 ; TF 9C_669/2013 du 4 décembre 2013 consid. 3.2 ; voir également art. 49 al. 3 LPGA). Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). Pour ce qui est des prononcés de l'office AI, l'art. 74 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise que la motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants. bb) Dans le cas particulier, la Cour de céans constate que la motivation de la décision attaquée du 21 septembre 2018 permet de comprendre les éléments qui ont été retenus à l'appui du positionnement de l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. Certes, l'OAI ne s'est pas déterminé expressément sur les points invoqués par l'assurée dans son écrit du 30 juin 2018, en particulier sur les critiques émises à l'encontre de l'expertise du Dr W._____. On rappellera toutefois qu'en termes de motivation, l'assureur n'a pas à prendre position sur tous les éléments invoqués en procédure administrative mais qu'il peut se limiter aux principaux éléments fondant sa décision. Quoi qu'il en soit, même dans l'hypothèse où un défaut de motivation devrait être admis in casu, il conviendrait néanmoins de constater qu'un éventuel manquement serait réparé devant l'autorité de céans, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit permettant un examen complet de la décision entreprise, en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à TF 9C_127/2007 du 12 février 2008), et la recourante ayant eu tout loisir de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée dans le cadre de la présente procédure de recours. Sous cet angle, le grief de la violation du droit d'être entendu doit dès lors être écarté. c) Tenue d'agir selon la maxime d'office (art. 61 let. c et d LPGA), la Cour de céans constate encore que l'intimé n'a que très imparfaitement donné suite à la demande de transmission de pièces émise par la recourante le 30 juin 2018. En effet, alors même l'assurée avait expressément demandé la communication des courriers non reçus à l'adresse postale désormais en usage, l'OAI a adressé un premier envoi le 6 juillet 2018 à l'ancienne

case postale de la recourante, puis un second envoi le 23 juillet 2018 à la nouvelle adresse mentionnée par l'intéressée mais avec une erreur au niveau du code postal. On comprend, dès lors, que ces deux envois aient été retournés à l'office avec la mention « A déménagé. Délai de réexpédition expiré ». Ce manquement ne porte toutefois pas à conséquence. En effet, les points essentiels ayant été résumés dans le corps de la décision litigieuse, l'assurée était en mesure de développer ses arguments dans le cadre de la présente procédure de recours, régie par la maxime d'office et introduite par-devant une autorité disposant d'un plein pouvoir d'examen. A cela s'ajoute que le dossier de la cause a ultérieurement été transmis au conseil de la recourante (cf. avis de la juge instructrice du 18 mars 2019) et que ce conseil a ensuite eu l'occasion de déposer des déterminations circonstanciées les 29 mai 2019, 25 juin 2019 et 7 octobre 2019. Il s'ensuit que, conformément à la jurisprudence évoquée ci-dessus (cf. consid. 3b supra), le vice se trouve corrigé en instance de recours. d) On ne saurait en revanche se positionner sur les griefs de la recourante visant le manque de réaction de l'OAI à ses différentes sollicitations – les allégations de l'assurée n'étant à cet égard pas étayées. Quant à l'envoi d'un courriel à S. _____ le 5 octobre 2018, cet élément est postérieur à la date de la décision attaquée et excède ainsi le cadre temporel de l'examen du juge (voir notamment TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée). e) Cela posé, il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. 4. 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). 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). 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 un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 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) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 2). L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important

des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid.

E. 12

et 14). aaa) Il convient tout d'abord que préciser que, contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert W. _____ n'a pas excédé ses compétences en posant le diagnostic de dysfonctionnement neurovégétatif d'expression intestinale (cf. réplique du 29 mai 2019 p. 27). En effet, ce diagnostic relève d'un trouble mental et du comportement selon la Classification internationale des maladies (CIM-10, chapitre V) et s'inscrit, dès lors, dans le domaine de la psychiatrie. Pour le reste, l'assurée n'invoque pas de griefs précis à l'encontre des diagnostics posés par le Dr W. _____, dont on ne voit aucune raison pertinente de s'écarter. Dans son analyse, l'expert a en outre décrit les manifestations concrètes des atteintes répertoriées, en ce sens que l'assurée était formellement autonome et ne présentait pas de troubles cognitifs majeurs (tout au plus une légère diminution en relation avec l'anxiété) mais que sa capacité fonctionnelle était perturbée par une souffrance physique vécue subjectivement comme très handicapante et une pensée rétrécie, axée sur le contrôle des symptômes physiques ; quant au tableau clinique dépressif et anxieux, il était d'intensité légère à modérée, de type plutôt réactionnel et non handicapant, la symptomatologie anxieuse se manifestant notamment par des plaintes somatiques multiples (cf. rapport d'expertise du 3 mai 2016 p. 5 à 10). S'agissant du traitement, le Dr W. _____ a indiqué que l'assurée n'était pas prise en charge sous l'angle psychiatrique, qu'un tel suivi serait bénéfique et que l'intéressée se déclarait prête à entreprendre un tel traitement (cf. *ibid.* p. 12 s.). Sur le plan de l'interaction entre les différents diagnostics, l'expert a exposé que le trouble anxieux et dépressif mixte accompagnait le processus somatoforme et que l'apparition d'un tableau clinique de somatisation signalait la perte d'un équilibre préalable (cf. *ibid.* p. 11). Analysant plus spécifiquement la personnalité de l'assurée, le Dr W. _____ a indiqué que ni l'anamnèse ni les rapports au dossier ne validaient la présence d'un trouble de la personnalité (cf. *ibid.* p. 10) ; il a toutefois signalé des traits anankastiques (cf. *ibid.* p. 9 et 11) et que le Dr J. _____ évoquait une psychasthénie (cf. *ibid.* p. 10), qu'il y avait lieu de confirmer (cf. *ibid.* p. 5). L'expert W. _____ a encore signalé que la recourante décrivait une vie sociale restreinte et peu satisfaisante, demeurant néanmoins entourée par sa famille et quelques rares amis (cf. *ibid.* p. 6). Il a par ailleurs relevé que le comportement de l'assurée lors de l'expertise était congruent avec les divers rapports médicaux au dossier (cf. *ibid.* p. 13). Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, force est d'admettre que les indicateurs développés par la jurisprudence (cf. consid. 4c supra) ont été dûment examinés par l'expert W. _____. Peu importe que l'expert n'ait pas formellement reproduit la structure d'analyse décrite dans les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la SSPP (cf. réplique du 29 mai 2019 p. 27). En effet, il n'en demeure pas moins que les principaux éléments décrits dans ces lignes directrices peuvent être retrouvés dans l'expertise du Dr W. _____. En ce sens, on ne peut donc pas dire que l'expert aurait fait fi des principes en cause, contrairement à ce que soutient la recourante. Au demeurant, s'il est vrai que les lignes directrices précitées ont pour vocation d'unifier la méthode, la forme et le contenu des expertises psychiatriques réalisées dans le cadre de la médecine d'assurance (cf. Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance SSPP et SSPA, 3^e édition du 16 juin 2016, p. 2), rien ne permet en revanche d'affirmer

qu'une expertise ne reproduisant pas à l'identique la structure d'analyse ainsi établie devrait nécessairement se voir nier toute valeur probante. De fait, on rappellera ici que seul le contenu de l'appréciation médicale doit être pris en considération, sans égard aux éléments de forme (cf. consid. 5b supra). bbb) En outre, rien dans les avis médicaux au dossier ne vient contredire l'évaluation de l'expert W._____. Pour ce qui est du Dr J._____, la psychasthénie évoquée par ce médecin (cf. rapports des 26 février 2014 et 7 septembre 2017) a été validée par le Dr W._____. On rappellera en outre que la seule évocation d'un trouble fibromyalgique (cf. rapports des 7 septembre 2017 et 11 juin 2019 ; cf. également rapport de la Dre X._____ du 18 juin 2019) ne saurait être vue comme un diagnostic posé lege artis par un spécialiste en la matière et ne peut, conséquemment, être retenue (cf. consid. 6a supra). On rappellera de surcroît que si le Dr J._____ a signalé une capacité résiduelle de travail de 50 % voire 75 % en 2014 (cf. rapport du 26 février 2014), il a ensuite paradoxalement évoqué une exigibilité nulle depuis 2009 ou 2012 (cf. rapport du 7 septembre 2017 ; cf. certificats d'arrêt de travail émis entre avril 2015 et septembre 2018), sans apporter le moindre élément susceptible d'étayer sa position ou de lever cette apparente contradiction (cf. consid. 6b/aa supra). L'appréciation lacunaire du Dr J._____ ne justifie donc en rien de s'écarter des conclusions de l'expert W._____. Peu importe, du reste, que le médecin traitant ait dispensé des consultations d'ordre « psychothérapique et psychosociale » (cf. facture du 16 décembre 2013) ou prescrit un antidépresseur (Seropram [cf. ordonnance du 23 septembre 2016]) : ces seuls éléments ne sont en effet révélateurs d'aucun point décisif qui aurait échappé à l'analyse de l'expert W._____. La recourante ne peut en outre rien tirer du compte-rendu établi le 11 juin 2019 par le Dr J._____ – celui-ci évoquant une évolution positive (à savoir, un épisode dépressif s'inscrivant désormais au passé et une augmentation de l'exigibilité) pour une période échappant en tout état de cause au cadre temporel de l'examen du juge (cf. TF 9C_500/2011 loc. cit.) puisque postérieure à la décision attaquée. Au surplus, on peut également douter du rapport du 11 juin 2019 lorsqu'il mentionne une incompatibilité entre l'adénome hypophysaire et la prise d'antidépresseurs, les pièces au dossier mettant uniquement en évidence qu'une interruption de la prise de l'antidépresseur sur quelques jours était projetée en 2014 afin d'effectuer un dosage de la prolactine (cf. rapport du Dr R._____ du 20 janvier 2014). Quant à la Dre T._____, elle a certes retenu un état dépressif réactionnel majeur sur la base d'un entretien avec la patiente, qu'elle n'a plus revue au-delà du mois de janvier 2014, et conclu à une incapacité totale dans le stylisme ou le marketing (cf. rapports des 13 juin 2013, 16 octobre 2013, 8 janvier 2014, 15 avril 2014 et 11 juillet 2014). Faute d'une quelconque motivation s'agissant des diagnostics posés, des limitations engendrées et de l'incapacité de travail induite, on ne voit toutefois pas en quoi l'appréciation de la Dre T._____ viendrait infirmer l'évaluation circonstanciée de l'expert W._____. Pour le surplus, la seule production de factures émises par les psychiatres K._____ (en 2013) et P._____ (en 2018) n'est révélatrice d'aucun élément susceptible de jeter le doute sur les conclusions de l'expert W._____ – cela d'autant moins que les consultations auprès de la Dre P._____, sur moins de deux mois, sont postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (cf. TF 9C_500/2011 loc. cit.). ccc) Par ailleurs et surtout, le rapport d'expertise du 3 mai 2016 a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes de la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées. Cette expertise remplit par conséquent les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 5b supra). On notera plus

particulièrement que, contrairement à ce que soutient la recourante, les conclusions de l'expert W._____ ne reposent pas sur « de pures spéculations » (cf. réplique du 29 mai 2019 p. 28), mais sur une analyse concrète et objective permettant à l'expert d'évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assurée et de proposer les mesures adéquates à son amélioration dans un délai donné, compte tenu des spécificités du cas. En effet, le Dr W._____ a souligné que le fonctionnement psychique de l'assurée s'était cristallisé autour d'un besoin de contrôle des symptômes et une recherche de solutions médicales, le pronostic étant à cet égard réservé. Il a toutefois mis en évidence divers éléments à travailler dans le cadre d'une psychothérapie. Ainsi, il a observé que les emplois de l'assurée, à haut niveau de responsabilité, représentaient un élément de valorisation narcissique et qu'elle n'avait, dans ce sens, jamais pu se remettre de leur perte, ce deuil non réalisé ayant pris un ancrage somatique ; s'y ajoutaient une certaine idéalisation de la mère et un défaut d'autonomisation réactualisé au fur et à mesure des échecs professionnels. C'est dès lors à l'issue d'une analyse sérieuse – et non d'un simple raisonnement hypothétique – que l'expert a conclu à une exigibilité de 50 % en l'état et à la récupération d'une pleine capacité de travail dans un délai de six mois, moyennant un accompagnement adéquat et la mise en œuvre de mesures de réinsertion. Quant à la durée de l'expertise, critiquée par l'assurée (cf. mémoire de recours du 18 octobre 2018), on relèvera que la durée de l'examen n'est pas en soi un critère pour juger de la valeur probante d'un rapport médical et ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_722/2018 du 12 décembre 2018 consid. 4.2). cc) Il suit de là que la recourante doit se voir reconnaître une capacité résiduelle de travail de 50 % dans son activité habituelle réputée adaptée, et ce dès l'expertise du Dr W._____ du 3 mai 2016 – la Cour peinant à comprendre la date du 2 octobre 2017 [recte : 2016] retenue à cet égard par l'office intimé, qui ne saurait dès lors être maintenue. Cela étant, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (cf. réplique du 29 mai 2019 p. 32) serait de nature à modifier l'appréciation de la Cour. 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). c) L'OAI a finalement retenu que, sans nouvelles de l'assurée suite à son courrier du 23 octobre 2017, l'exigibilité devait être considérée comme totale depuis le 23 avril 2018 et ce dans toute activité. aa) Selon l'art. 21 al. 4 LPGa (voir également art. 7b al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain ; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été. bb) Aux termes de son écrit du 23 octobre 2017, l'OAI, se référant à l'art. 21 al. 4 LPGa, a imparti à l'assurée un délai courant jusqu'au 24 novembre 2017 pour s'engager par écrit à suivre un traitement psychotrope et psychothérapeutique et, le cas échéant, à indiquer auprès de tel thérapeute, à défaut de quoi l'office mettrait terme à l'instruction et se fonderait sur une pleine capacité de travail à compter du 23 avril 2018. La recourante n'a certes pas donné de nouvelles dans le délai imparti jusqu'au 24 novembre 2017, son écriture du 28 décembre 2017 – correspondant, selon toute vraisemblance, à la réponse faite à la sommation de l'office (cf. consid. 3a/cc supra) – étant de toute manière postérieure à ce délai et n'étant du reste parvenue qu'ultérieurement aux mains de l'OAI (cf. consid. 3a/bb

supra). Pour autant, on ne saurait imputer à la recourante une absence totale de réaction à l'injonction de l'intimé. En effet, l'assurée disposait encore du temps nécessaire pour fournir l'engagement demandé par l'OAI entre le projet de décision du 3 mai 2018 et la décision du 21 septembre 2018, le projet de décision ne devant pas être confondu avec la décision qui met fin à la procédure administrative (TF 9C_502/2013 du 14 octobre 2013 consid. 4.3 et les références citées). Or, force est de constater qu'après avoir pris connaissance du projet de décision du 3 mai 2018, la recourante, dans sa correspondance du 30 juin 2018, s'est clairement déclarée prête à suivre un traitement psychiatrique, affirmant à cet égard être sur liste d'attente auprès d'un psychiatre-psychologue dont elle transmettrait les coordonnées dès qu'il serait en mesure de la recevoir. L'intimé se devait, par conséquent, de prendre en compte l'engagement pris par l'assurée – soit en poursuivant l'instruction du dossier, soit en requérant préalablement toute précision utile de la part de la recourante en lui rappelant son obligation de collaborer (art. 43 al. 3 LPGA) et/ou de réduire le dommage (art. 21 al. 4 LPGA). En tout état de cause, l'OAI ne pouvait faire abstraction des déclarations émises par l'intéressée le 30 juin 2018 pour lui imputer, dans la décision du 21 septembre 2018, une totale exigibilité à compter du 23 avril 2018. Ce faisant, l'office a donc contrevenu au droit fédéral. 7. Sur le vu de ce qui précède, il convient dès lors de statuer comme suit sur le droit à la rente de la recourante. a) Pour ce qui est de l'entière incapacité de travail reconnue à compter du 19 mars 2013 (cf. consid. 6a supra), le droit à une rente entière d'invalidité ne prête guère à controverse. C'est toutefois le lieu de relever que la date déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques d'une demande est celle à laquelle la requête a été remise à la Poste ou déposée auprès de cet organe (TF 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5 et les références citées). Or, si dans le cas particulier la demande de prestations datée du 16 décembre 2013 a été indexée par l'intimé le 14 février 2014, rien dans le dossier communiqué par l'office ne permet cependant de savoir quand ladite demande a été envoyée. Force est d'admettre qu'en ne versant pas au dossier l'enveloppe ayant contenu la demande de prestations susdite, l'intimé a donc contrevenu à son obligation de tenir un dossier complet au sens de l'art. 46 LPGA (ATF 138 V 218 consid. 8.1.2 et les références citées). De ce fait, la recourante se trouve dans l'impossibilité de prouver la date à laquelle elle a remis à la Poste la demande susdite. Aussi le fardeau de la preuve quant à cette date doit-il être renversé, passant ainsi à l'intimé (ATF 138 V 218 consid. 8.1 ; TF 9C_207/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.2 ; TF 9C_570/2016 du 5 décembre 2016 consid. 5 ; Guy Longchamp, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], op. cit., n° 18 ad art. 46 LPGA, p. 574). Il convient dès lors de retenir que l'intéressée a posté sa demande du 16 décembre 2013 dès qu'elle a pu le faire, soit à fin décembre 2013 encore. Compte tenu de ce qui précède, le droit à la rente entière prend naissance le 1^{er} juin 2014 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). b) En ce qui concerne l'exigibilité de 50 % reconnue dès le 3 mai 2016 (cf. consid. 6b supra), les observations suivantes s'imposent. S'agissant du calcul du taux d'invalidité à proprement parler, la recourante estime qu'une enquête économique pour indépendant serait nécessaire et qu'il y aurait lieu de faire application de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (cf. réplique du 29 mai 2019 p. 29 ss). Toutefois, la recourante n'explique pas en quoi la structure de son activité indépendante aurait justifié de telles mesures. En tout état de cause, force est de rappeler que l'expert W. _____ a reconnu à l'assurée une incapacité de travail de 50 % 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 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 50 % dans le cas particulier. Sous cet angle, de plus autres investigations économiques ou le recours à une autre méthode d'évaluation apparaissent donc superflus. Cela précisé, la capacité résiduelle de travail de 50 % étant exigible depuis le 3 mai 2016, le passage à la demi-rente devrait donc intervenir trois mois plus tard (art. 88a al. 1 RAI), soit au 31 août 2016 – et non au 30 septembre 2016 tel que retenu par l'intimé. Pour autant, on renoncera à réformer la décision attaquée au détriment de la recourante. De fait, si la loi permet à l'autorité de recours de procéder à une reformatio in pejus (art. 61 let. d LPGA ; art. 89 al. 2 LPA-VD), il s'agit là d'une simple faculté (cf. ATF 119 V 241 consid. 5). L'autorité de recours dispose à cet égard d'un certain pouvoir d'appréciation dont l'exercice doit tenir compte de l'intérêt public au respect du droit objectif et du principe de la proportionnalité (cf. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012, n°4.1 ad art. 89 LPA-VD p. 409). En l'occurrence, au regard des intérêts présence – et plus particulièrement de la période concernée (un mois) – et du principe de proportionnalité qui canalisent le pouvoir d'appréciation de la Cour, il n'y a pas lieu de faire usage d'une telle faculté. c) S'agissant de la suppression de la rente au 31 juillet 2018, elle s'avère en revanche contraire au droit dans la mesure où l'intimé ne pouvait se prononcer en l'état du dossier (cf. consid. 6c supra). Dite suppression ne peut dès lors être confirmée, la cause devant être renvoyée à l'intimé pour qu'il en reprenne l'instruction et procède aux mesures d'investigations utiles afin de déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante dans le contexte d'une reprise de traitement psychiatrique, cas échéant après mise en œuvre de mesures de réinsertion. d) Enfin, la recourante critique le calcul du montant de la rente d'invalidité. L'intéressée affirme à cet égard que les calculs ont été effectués sur la base d'un revenu annuel moyen trop bas car de nombreuses sommes auraient été déduites des montants portés sur son compte individuel (cf. réplique du 29 mai 2019 p. 32). Pour autant, la recourante se garde d'apporter la moindre indication sur la nature de ces déductions, respectivement sur les motifs qui auraient pu conduire à de telles extournes, qui s'inscrivent pour l'essentiel dans le cadre d'une activité indépendante selon l'extrait de compte individuel versé au dossier. Or la recourante, qui plus est assistée d'un avocat, ne saurait ignorer que, de par les aléas liés à l'exercice d'une activité indépendante, l'écart entre les acomptes de cotisations versés et les cotisations effectivement dues peut conduire à de telles extournes. Dans tous les cas, il convient de rappeler que des procédures spécifiques sont attachées à la rectification des comptes individuels (art. 141 RAVS [règlement fédéral du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]), de sorte que d'éventuelles erreurs ne sauraient être invoquées directement devant la Cour de céans. Dans ces conditions, le Tribunal ne saurait entrer en matière sur les griefs de la recourante, qui sont en définitive de nature appellatoire. 8. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2014 puis à une demi-rente à compter du 1^{er} octobre 2016, la cause étant pour le surplus retournée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). Dans le cas particulier, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis par 200 fr. à la charge de l'office intimé et par 200 fr. à la charge de la recourante. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a par ailleurs droit à

des dépens réduits qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), à la charge de l'intimé.

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