

## **VD\_GERICHTE ZD15.008480 vom 27. Februar 2019**

VD Tribunal cantonal, 2019-02-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD15.008480](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.008480)

FR: VD\_GERICHTE ZD15.008480 du 27 février 2019

IT: VD\_GERICHTE ZD15.008480 del 27 febbraio 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 24**

mars et 22 avril 2016, les parties ont maintenu leur position. D. Par décision du 19 janvier 2016, la juge instructeur a relevé Me Anne-Sylvie Dupont de sa mission d'avocat commis d'office, conformément à la demande formulée par cette dernière, et désigné en remplacement Me Joël Crettaz. Par décision séparée du même jour, la juge instructeur a fixé l'indemnité de conseil d'office allouée à Me Anne-Sylvie Dupont. E. Par avis du 28 octobre 2016, la juge instructeur a informé les parties qu'au vu des derniers éléments contenus dans le rapport complémentaire du 28 octobre 2015 du Dr D.\_\_\_\_\_, une expertise judiciaire était mise en œuvre. Le mandat d'expertise a été confié au Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné la recourante les 19 et 28

- 15 - juin 2017. L'expert a en outre pris contact avec les médecins traitants de la recourante (généraliste et psychiatre) et s'est notamment fait transmettre un rapport du 25 avril 2017 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, expliquant que l'intéressée avait présenté un nouvel épisode de diverticulite une dizaine de jours plus tôt, qu'un traitement conservateur lui avait été administré aux urgences du Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ et que, du point de vue clinique, l'évolution était tout à fait rassurante et l'état général satisfaisant. Faisant part de ses conclusions dans un rapport du 4 juillet 2017, l'expert K.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit : "[...] L'intéressée dit vivre de sa demi-rente invalidité et des prestations complémentaires. Elle bénéficie aujourd'hui d'un petit emploi sur appel qui "dépassé pas 10 à 30%" en tant que serveuse pour des manifestations à la municipalité. [...] Appréciation diagnostique Au terme de son évaluation le soussigné retient un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1) et un trouble mixte de la personnalité (F61.0). • Trouble dépressif [...] Dans le cas présent, on retrouve les symptômes cardinaux d'un épisode dépressif à savoir la tristesse et la fatigue anormales et une légère diminution de l'intérêt et du plaisir qui sont présents la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois. Par ailleurs, on note la diminution de l'estime de soi, des difficultés à penser et à se concentrer et de sévères troubles du sommeil. La diminution de l'appétit ne peut pas être retenue ici puisque l'intéressée dit que son poids corporel est stable. Les plaintes sont quelque peu discordan[tes] avec la présentation de l'assurée. Mme H.\_\_\_\_\_ ne se montre pas particulièrement triste. Elle n'est pas ralentie. Elle garde toujours le focus de l'entretien. Elle peut se montrer vive, sourire et réagir positivement à l'humour. Si la présentation est celle d'une personne dépressive, elle n'est pas celle d'une dépression sévère. Au vu de son observation, le soussigné considère qu'on doit tout de même retenir un épisode dépressif à l'instar de ce qui est constamment admis au dossier. On doit aujourd'hui le qualifier de moyen, conformément aux réquisits de la CIM-10[...] sur ce point. Ce

- 16 - degré de gravité est d'ailleurs corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 19.06.2017. La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque

n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire doit dès lors être réfuté. L'anamnèse parle pour des épisodes dépressifs multiples et des phases de rémission. On doit dès lors retenir la récurrence et la noter dans le libellé diagnostique. Le soussigné a recherché minutieusement d'éventuels symptômes psychotiques associés au tableau dépressif, sachant ce qu'ils impliquent en termes de sévérité. Il n'en a pas trouvés. Le tableau actuel dure probablement depuis plus de deux ans, sans rémission. Le soussigné considère qu'on peut dès lors le qualifier de chronique, comme le préconise le DSM-IV-TR dans un tel cas. Au vu de ce qui précède, on doit poser un diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen), selon la terminologie de la CIM-10. On peut ajouter le qualificatif de chronique que le DSM-IV-TR propose dans une telle situation. Cette appréciation diagnostique rejoint celles qu'on trouve au dossier tout en sachant que l'épisode dépressif de l'intéressée a pu varier en intensité. • Trouble mixte de la personnalité [...] Dans le cas présent, l'instabilité de l'intéressée est pathognomonique d'un grave trouble de personnalité. On a sans aucun doute les critères généraux d'un trouble de ce chapitre. La recherche d'un trouble spécifique de ce domaine est moins contributive. A l'instar de ce qu'on peut lire au dossier, le soussigné retient des éléments histrioniques avec la tendance à la dramatisation et une attitude générale qui vise à être au centre de l'attention d'autrui. Il y a aussi des éléments du registre borderline avec l'instabilité de l'image de soi, l'impulsivité (boulimie) et une réactivité marquée de l'humeur qui se manifeste par une dysphorie épisodique, entre autres choses. On n'a toutefois pas tous les critères requis pour ce diagnostic. Lorsqu'on doit retenir les caractéristiques générales d'un trouble de personnalité mais qu'on n'a pas toutes celles requises pour un trouble spécifique de ce chapitre, il convient de poser un diagnostic de trouble mixte de la personnalité, conformément à ce que préconise la CIM-10 dans un tel cas. S'il y a d'autres appréciations au dossier sur ce plan, celles[-]ci n'ont guère d'importance pour la conclusion assurantielle qui va suivre sachant qu'on doit essentiellement retenir que Mme H. \_\_\_\_\_

- 17 - souffre d'un grave trouble de personnalité qui doit être considéré comme une maladie psychiatrique per se. • Autres pathologies psychiatriques A la lettre B de la définition, la CIM-10[...] n'admet la dysthymie (trouble dysthymique) que dans les cas où aucun ou presque aucun des épisodes dépressifs isolés survenus pendant la période de deux ans n'a eu la sévérité et la durée d'un épisode dépressif au moins léger, ce qui n'est manifestement pas le cas ici. Le soussigné ne retient dès lors pas la dysthymie et s'écarte dès lors de l'appréciation diagnostique du confrère D. \_\_\_\_\_ sur ce point. Certains documents au dossier retiennent un trouble déficit de l'attention/hyperactivité. Le soussigné considère qu'on n'en a pas les critères ici, compte tenu de ce que décrit déjà le trouble mixte de personnalité de l'intéressée et les traits de personnalité borderline, en particulier. Mme H. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs arrêté le traitement de méthylphénidate qui lui avait été prescrit, sachant qu'elle le considérait comme inutile et pour le surplus grevé d'effets secondaires désagréables[...]. L'intéressée rapporte une anxiété dans les situations de foule et de confinement et lorsqu'elle doit s'exposer en situation sociale. Pour l'expert, cette anxiété n'est pas suffisamment marquée et dysfonctionnelle pour qu'on doive retenir un trouble phobique stricto sensu. L'assurée rapporte des difficultés avec ses conduites alimentaires, sachant les antécédents d'anorexie mentale. Il s'agit de comportements restrictifs et hyperphagiques parfois suivi de vomissements. Ceux-ci ne dépassent pas la fréquence d'une fois par mois. Elle dit que ses difficultés ne sont pas suffisamment sévères ni assez dysfonctionnelles pour qu'elle souhaite avoir des soins pour ce motif. Elle a en fait appris à y faire face. Mme H. \_\_\_\_\_ dit fumer un joint (cannabis) pour induire le sommeil le soir

et ce depuis des années. Elle dit qu'elle ne rencontre pas de difficultés dans l'acquisition et la gestion du produit. Elle ne rapporte pas davantage de problèmes psychologiques ou physiques en rapport avec cette substance. La dépendance devrait enfin être relativisée puisque Mme H. \_\_\_\_\_ dit spontanément qu'elle "oublie" parfois de fumer avant d'aller dormir. L'assurée n'est enfin pas une "prépsychotique" pour laquelle le cannabis risquerait de précipiter l'évolution vers une schizophrénie. Pour le soussigné, il n'y a dès lors pas lieu de retenir un trouble mental stricto sensu en rapport avec ce produit. A ce sujet, on serait de toute façon ici face à une toxicomanie secondaire[...] puisqu'elle est liée à la pathologie psychiatrique de base de l'intéressée et que celle-ci a un caractère incapacitant. L'expert a enfin recherché des éléments d'atteinte cérébro-organique. Il n'en a pas trouvés. Les plaintes de ce registre sont

- 18 - manifestation fonctionnelles et liées à la pathologie dépressive de l'intéressée. Il n'y a pas d'éléments pour un trouble psychotique tant au niveau des plaintes que de l'observation. La présentation de l'expertisée peut valider une discordance entre les plaintes douloureuses qu'elle relie à ses diverticulites et le rapport tout de même très rassurant du confrère V. \_\_\_\_\_. Sachant que ces plaintes douloureuses ne sont pas au premier plan et qu'elles ne dominent pas la présentation de l'intéressée, le soussigné considère qu'on doit écarter un trouble somatoforme et le syndrome douloureux somatoforme persistant en particulier. Au passage, il peut être utile de rappeler que l'existence de symptômes de douleur corporelle (pain physical symptoms) liée à la dépression ne fait guère de doute[...]. Elle relève de différents modèles théoriques, de l'expérience clinique et des données épidémiologiques. Elle apparaît déjà dans les ouvrages diagnostiques de référence. Si la CIM-10 ne mentionne que les éléments d'hypochondrie que peut signifier la dépression, le DSM-IV-TR est plus explicite. Il rapporte que les épisodes dépressifs voient certains sujets mettre l'accent "sur les plaintes somatiques (par exemple souffrance et douleurs corporelles) plutôt que sur le sentiment de tristesse". Il mentionne aussi les éléments hypochondriaques sous la forme de "préoccupations excessives sur leur santé physique et des douleurs (par exemple céphalées, douleur dans les articulations, l'abdomen ou autres)". Enfin, le DSM-IV-TR souligne que dans certaines cultures, la dépression peut être vécue "plutôt en termes somatiques qu'en termes de tristesse" et que certaines présentations cliniques "mêlent les caractéristiques des troubles dépressifs, anxieux et somatoformes". Cohérence Dans la mesure où l'on retient les deux diagnostics précités, on peut affirmer que Mme H. \_\_\_\_\_ offre un tableau clinique cohérent. Il n'y a pas de véritable atypie. L'expertisée se montre plutôt authentique. Les plaintes dépressives sont néanmoins accentuées et tout de même en discordance avec la présentation de Mme H. \_\_\_\_\_, sans qu'on doive parler de véritable simulation. L'intéressée se perçoit comme gravement dépressive. Appréciation sur le plan de la médecine des assurances Au terme de son évaluation, le soussigné retient un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1) et un trouble mixte de la personnalité (F61.0). • Trouble dépressif récurrent Relier un trouble dépressif à une incapacité de travail est toujours un exercice difficile. Une ligne de conduite pourrait être d'assimiler les épisodes dépressifs sévères à une incapacité de travail, d'exclure

- 19 - cette dernière lorsqu'on est face à un épisode qualifié de léger et de laisser la discussion ouverte pour les épisodes dits moyens. Dans les faits, les choses sont plus complexes. L'appréciation peut rester fortement tributaire des informations données par la personne en cause. La valeur incapacitante des troubles dépressifs est aussi plus liée à certaines de leurs caractéristiques (incapacité à penser, perte d'énergie, baisse d'intérêt,

ralentissement) qu'à leur degré de sévérité. L'impression clinique d'un praticien expérimenté et neutre reste certainement le meilleur outil d'une appréciation le plus souvent difficile. L'épisode dépressif de l'intéressée est actuellement moyen. Il peut être de temps à autre sévère en sachant, entre autre chose, une aggravation saisonnière en automne. Le soussigné n'a cependant retrouvé aucun élément qui le validerait comme sévère sur la durée. Il n'y a pas notion de traitement dans un centre thérapeutique de jour, ni d'hospitalisation ni d'hospitalisation psychiatrique en particulier. Il n'y a pas eu de risque suicidaire qui aurait justifié de mise à l'abri. Il n'est pas exclu que l'intéressée passe aussi par des périodes d'amélioration où l'épisode dépressif est léger. Pour l'expert, l'épisode dépressif a néanmoins pris ses galons de chronicité. Il est ordinairement moyen. Il valide une diminution du rendement et de l'endurance en raison de la fatigue et de la fatigabilité. Il peut poser le problème d'erreurs au travail en raison des difficultés à penser et à se concentrer. Il altère la capacité d'élaborer des projets et de les conduire à terme aussi petits soient-ils. Comme il s'agit d'une pathologie dépressive de fond au vu de la récurrence, il valide aussi une fragilité anormale face aux facteurs de stress. • Trouble de personnalité Les troubles de personnalité décrivent un mode durable, voire permanent des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu et qui détermine une souffrance et une altération du fonctionnement. Dans la règle, un trouble de personnalité vaut essentiellement pour un facteur de chronicité ou de risque pour des troubles de l'axe I du DSM-IV-TR (troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles somatoformes)[...]. Il est assez rare qu'un trouble de personnalité puisse avoir valeur incapacitante en soi. C'est exceptionnellement le cas lors de troubles sévères où quasiment tous les critères spécifiques sont réunis. Dans le cas présent, le trouble de personnalité de Mme H. \_\_\_\_\_ est sévère. Sa sévérité est documentée par un parcours personnel et socio-professionnel tout de même chaotique. Ce trouble mixte de personnalité pose problème dans les relations interpersonnelles de l'intéressée. Celle-ci peut se montrer irritable.

- 20 - Elle peut aussi se montrer dysphorique ce qui peut être difficilement supportable sur les lieux de travail. Il alimente des plaintes du registre de la somatisation qui peuvent contribuer à un absentéisme et à une perte d'emploi. La pathologie de personnalité de l'intéressée implique aussi des problèmes d'identité professionnelle. L'intéressée peut avoir des difficultés à adhérer à son emploi et à une entreprise sur la durée. Le trouble de personnalité est enfin le socle d'une grande fragilité face aux situations de stress et ce, même face aux facteurs de stress ordinaires de la vie de tous les jours. Cette fragilité pourrait être le primum movens de l'incapacité de travail de l'assurée. Ressources et limitations En appliquant la Mini CIF-APP[...], qui tend à devenir la référence pour évaluer les ressources et les limitations en cas de troubles psychiques, l'expert arrive aux conclusions ci-après. Dans la mesure où elle n'est pas sur-sollicitée, l'intéressée est capable de s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle. Elle a géré correctement le processus d'expertise. Elle est arrivée dans les temps. Elle a coopéré à l'investigation. L'évaluation a pu se passer dans de bonnes conditions. Au vu de ses difficultés à penser et à se concentrer, Mme H. \_\_\_\_\_ a probablement des difficultés dans sa capacité de planifier et de structurer ses tâches. Elle pourrait avoir de la peine à appliquer ses connaissances spécifiques. L'assurée connaît par contre bien les tenants et les aboutissants de son dossier et a bien compris les enjeux de l'expertise. Elle sait ajuster ses réponses à la situation. Pour l'expert, l'intéressée est capable d'analyser ce qui se passe en séance et de prendre des décisions pertinentes en conséquence. On peut admettre que

l'intéressée soit moins endurente que tout un chacun sur la durée, même si elle ne s'est jamais montrée fatigable et fatiguée au terme des deux consultations d'expertise. Cette limitation est tout de même une constante des troubles dépressifs. Malgré la diminution de l'estime de soi, Mme H. \_\_\_\_\_ est capable de s'affirmer adéquatement. Elle l'a montré en séance. L'intéressée a établi une bonne relation avec l'examineur. Actuellement, elle dit qu'elle ne rencontre pas de problèmes relationnels avec ses proches. Elle se méfie quelque peu des gens et peut rencontrer des difficultés en situation sociale en général, même si celles-ci ne sont pas au premier plan. Mme H. \_\_\_\_\_ est autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels. Elle est apte à se déplacer. Synthèse et conclusion

- 21 - [...] Les antécédents sont manifestement traumatiques et carencés avec des violences psychologiques, physiques voire sexuelles. La scolarité s'est avérée difficile pour une élève qui aurait été l'objet de brimades de la par[t] de ses pairs et qui a été finalement exclue de l'école en raison de son absentéisme. L'intéressée a néanmoins obtenu un CFC d'employée de commerce. Elle n'a pourtant jamais réussi à s'insérer durablement dans le premier marché du travail en dehors d'emplois de courte durée et d'une période un peu plus longue dans une étude d'avocat dans la première moitié des années 2000. Sur le plan privé, le parcours de l'intéressée est chaotique avec des hommes qui l'auraient maltraitée physiquement et psychologiquement. L'intéressée relève d'une pathologie dépressive et d'un grave trouble de personnalité. Pour l'expert, celui-ci est suffisamment sévère pour être considéré comme une maladie mentale en soi. Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir une incapacité de travail dans ce cas. Il la chiffre à 60%. Pour l'expert, ce 60% remonte à plusieurs années et vraisemblablement à la deuxième moitié des années 2000. Il pourrait être fixé pour une longue durée. Le soussigné s'écarte de l'expertise D. \_\_\_\_\_ sur ce point parce qu'il est persuadé que ce confrère n'a pas suffisamment tenu compte de la gravité du trouble de personnalité et de l'instabilité remarquable que ce trouble a généré depuis les débuts de l'âge adulte. L'expert ne partage pas l'avis du médecin psychiatre traitant qui atteste une incapacité de travail psychiatrique de 100%. L'intéressée a des ressources. Elles ont été mentionnées plus haut. Elle les a d'ores et déjà validées dans un petit temps partiel. Pour le soussigné, il est raisonnablement exigible de Mme H. \_\_\_\_\_ qu'elle ait une activité professionnelle comparable à celles qu'elle exerçait jusqu'ici à un taux de 40% et ce dès la deuxième moitié des années 2000. [...] Pour le soussigné, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité. L'intéressée semble observante de ce qui est mis à sa disposition. Elle est prise en soins par son médecin de famille et par un spécialiste en psychiatrie qui la suit personnellement. L'expert n'a rien à proposer de plus. Sur le plan professionnel, le soussigné n'a pas d'autres mesures à proposer qu'une éventuelle aide au placement, pour le cas où l'intéressée y aurait droit. L'expert psychiatre n'a pas d'activité adaptée à proposer et considère qu'il n'y a dès lors pas de raisons médicales qui

- 22 - imposeraient un changement de profession dans ce cas, même si l'intéressée ne souhaite plus travailler comme employée de commerce. Le pronostic à long terme est réservé. Il n'est pas exclu que cette situation soit fixée pour une longue durée." Au terme de son analyse, l'expert K. \_\_\_\_\_ a conséquemment conclu à des atteintes incapacitantes sous forme de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) et de trouble mixte de la personnalité – appréciation tenant compte de la synergie défavorable entre les limitations découlant du trouble dépressif et celles causées par le trouble de personnalité – et fixé la

capacité résiduelle de travail à 60 % dès la deuxième moitié des années 2000. Se déterminant le 5 septembre 2017, l'intimé a essentiellement renvoyé à un avis SMR du Dr AA. \_\_\_\_\_ du 14 août 2017, dans lequel il était retenu que l'assurée avait brouillé la communication avec l'expert K. \_\_\_\_\_, que le trouble de personnalité était non aggravé de manière objective depuis l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ et que la différence d'appréciation de la capacité de travail était à porter au fait de l'appréciation différente d'une même situation, voire l'expression d'une rechute dépressive. Il était pour le surplus signalé que la rechute dépressive pouvait justifier une capacité de travail maximale de 40 %. Par écriture du 25 septembre 2017, la recourante a reproché à l'expert K. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir motivé l'exclusion de toute structure prépsychotique et de ne pas s'être exprimé sur la variabilité de son état psychologique, demandant à ce qu'il soit interpellé sur ces questions. Elle a ajouté qu'à lire les conclusions de l'expert K. \_\_\_\_\_, on ne pouvait concevoir de réintégration sur le marché du travail. L'intéressée s'est par ailleurs prévalu d'une importante symptomatologie digestive. En annexe, elle a produit les documents suivants : - un rapport du 4 avril 2013 du Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_, évoquant une hospitalisation du 18 au 22

- 23 - février 2013 pour une opération électorale en lien avec une diverticulose pan-colique ; - un rapport du 21 avril 2017 du Service des urgences du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_, exposant que l'intéressée avait été examinée la veille pour des douleurs abdominales, précisant que l'anamnèse était toutefois peu fiable dans la mesure où la patiente avait consommé plusieurs lignes de cocaïne et du tétrahydrocannabinol (THC) dans un but antalgique, et concluant à une diverticulite non perforée, respectivement couverte si perforée ; - un rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 16 août 2017 considérant que l'incapacité de travail avait été arrêtée arbitrairement à 60 % par l'expert K. \_\_\_\_\_, mais qu'une incapacité de 90 % était concevable dans la mesure où la recourante avait connu une évolution très partiellement favorable depuis 2015 avant de commencer à travailler en extra une dizaine d'heures par mois (à environ 5 %) dans la restauration, ce qui lui imposait toutefois une récupération de plusieurs jours ensuite. A cela s'ajoutait que l'éventualité d'une structure prépsychotique avait été exclue sans aucun argumentaire ou test projectif par l'expert K. \_\_\_\_\_, alors même que la patiente pouvait fort bien présenter une telle structure, éventuellement état-limite inférieure voire même psychotique. Pour le Dr J. \_\_\_\_\_, il était en outre léger d'écarter une symptomatologie digestive chronique invalidante, sur la seule base de l'appréciation du Dr V. \_\_\_\_\_ ; - un rapport du 22 septembre 2017 de la Dresse CC. \_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, exposant que celle-ci souffrait d'une pancolite récidivante et signalant une incapacité totale de travailler compte tenu de la condition physique de la patiente et de ses troubles d'humeur dérivés. Prenant position le 13 octobre 2017, l'intimé s'est référé à un avis SMR du Dr AA. \_\_\_\_\_ du 9 octobre précédent, retenant qu'il n'y avait pas d'aggravation durable sur le plan somatique et que, sur le plan

- 24 - psychiatrique, les éléments invoqués par le Dr J. \_\_\_\_\_ ne permettaient pas objectivement d'invalidier les conclusions de l'expert K. \_\_\_\_\_. Aux termes d'une écriture du 17 octobre 2017, la recourante a notamment demandé à ce que l'expert K. \_\_\_\_\_ soit interpellé sur le diagnostic de trouble bipolaire qu'évoquait désormais le Dr J. \_\_\_\_\_. A cet égard, elle a produit un compte-rendu de ce dernier médecin du 6 octobre 2017, dont on extrait ce qui suit : "Le médecin du SMR émet l'hypothèse selon laquelle la différence d'état de la patiente entre les deux expertises serait liée à un épisode

dépressif plus sévère au moment de la deuxième. Cette hypothèse m'apparaît d'autant plus juste que depuis l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, l'épisode dépressif s'est encore considérablement aggravé. Les facteurs déclenchants sont les suivants. Mme H. \_\_\_\_\_ s'est sentie insuffisamment reconnue dans sa souffrance et dans son invalidité avec la deuxième expertise. La perspective d'une rente partielle et de la misère financière associée lui semble par conséquent particulièrement injuste et elle l'anticipe déjà pour tout son avenir. Finalement, elle a multiplié les épisodes de diverticulites, et lors du dernier, tout récemment, les médecins du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ lui ont dit qu'au vu de la fréquence de leurs apparitions – soit tous les 2 mois environ – une colectomie résiduelle de son hémicôlon restant avec une iléostomie sera très probablement nécessaire prochainement pour éviter un risque de péritonite, de septicémie et de décès, sachant qu'elle n'est pas éligible à une iléoplastie de remplacement colique comme la diverticulose touche également son iléon. [...] Sur le plan clinique à ma consultation, l'antidépresseur a dû être augmenté à nouveau. Il s'agit actuellement de venlafaxine retard à 225 mg par jour. Par ailleurs, ce traitement antidépresseur à lui seul n'a clairement pas été en mesure de traiter l'état de la patiente, qui présente une humeur sévèrement déprimée, des angoisses massives avec agitation psychomotrice légère, une logorrhée contenant des propos d'un pessimisme extrême, et des idées noires (plutôt mourir rapidement que de se faire opérer même si incontournable[...]) et j'ai dû récemment augmenter le traitement antipsychotique atypique d'olanzapine à 15 mg par jour plus 10 mg par jour en réserve. Il s'agit-là clairement d'une posologie indiquée pour la schizophrénie et le trouble bipolaire compte tenu de son effet thymorégulateur. On rappellera que ce traitement a remplacé l'aripiprazole, de la même catégorie médicamenteuse et qui s'est montré insuffisamment efficace. Compte tenu de ces aspects cliniques et biologiques (médicamenteux), de la, difficulté inhabituelle de juguler la symptomatologie dépressive avec plusieurs antidépresseurs et

- 25 - même la venlafaxine, un des plus puissants avec action duale, compte tenu d'un antécédent d'épisode d'élévation de l'humeur en 2014-2015, de 2 mois au moins (lorsque j'ai repris le suivi de la patiente : elle présentait un état inhabituel avec une logorrhée associée bizarrement à un certain degré de perplexité avec regards fixes (hypomimie)), je suis amené à poser le diagnostic de trouble bipolaire, épisode actuel dépressif, et, encore une fois, à le traiter de manière usuelle sur le plan médicamenteux thymorégulateur. En effet, il s'agira d'augmenter l'olanzapine jusqu'à contenir l'épisode dépressif actuel, et en cas d'échec, de débiter un traitement de lithium. On notera que ma prescription est inhabituelle en ce qui concerne l'antidépresseur, qui devrait plutôt être réduit avant que le thymorégulateur soit efficace; mais l'expérience clinique chez Mme H. \_\_\_\_\_ a montré qu'une telle manœuvre était contre-indiquée (rechute dépressive rapide et massive sans venlafaxine). Comme me l'a expliqué au téléphone le Dr DD. \_\_\_\_\_, gastro-entérologue, qui connaît la patiente seulement d'avant son opération en 2013, et à qui j'ai raconté la suite de son histoire gastro-entérologique au téléphone, la pathologie digestive ne peut en aucun cas justifier à elle seule une incapacité de travail, comme il est admis que les patients peuvent travailler même avec une colostomie. Cependant, dans le cas de Mme H. \_\_\_\_\_, elle a un impact massif sur son trouble bipolaire. Pour ce qui est de mon diagnostic retardé de trouble bipolaire, et du fait que les experts ne s'en soient pas aperçus, il est [à] rappeler qu'il m'a été possible de le poser à la faveur de l'épisode actuel, le plus sévère auquel j'ai assisté, de mon observation de la réponse – encore partielle – à un thymorégulateur, que cet épisode n'était pas présent lors des deux expertises, que j'ai pu m'appuyer vision clinique [sic] sur une longue période (observation directe de l'épisode hypomane il y a 3 ans, connaissance de la

patiente depuis 2004), et qu'il est fréquent que le diagnostic de trouble bipolaire soit retardé de 5, voire 10 ans, cette psychopathologie étant ainsi souvent sous-diagnostiquée et recouverte par d'autres diagnostics." Dans ses déterminations du 7 novembre 2017, l'intimé s'est référé à un avis SMR du 30 octobre 2017 du Dr AA. \_\_\_\_\_, se ralliant à l'appréciation des ressources et limitations effectuée par l'expert K. \_\_\_\_\_ et estimant que la position du Dr J. \_\_\_\_\_ ne pouvait être suivie. En date du 12 janvier 2018, la recourante a produit un rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 21 décembre 2017, dans lequel ce dernier maintenait son évaluation. E n d r o i t :

- 26 - 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. 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. 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

- 27 - 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

- 28 - 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 1er 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

- 29 - 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'écarte 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 1er 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 asséculoologique. 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). 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

- 30 - 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

- 31 - 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). 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 1er 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

- 32 - 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 1er 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

- 33 - 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 » demeurait 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 1er 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).

- 34 - 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

- 35 - 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

- 36 - 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

- 37 - 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

- 38 - 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

- 39 - 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

- 40 - 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).

- 41 - 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 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

- 42 - 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 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.

- 43 - 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. 29bis RAI. Aux termes de l'art. 29bis 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. 29bis 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. 29bis 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 1er 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. 29bis 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.

- 44 - 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 1er juin 2012. C'est donc à tort que l'OAI a fixé la naissance du droit à la prestation au 1er 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 1er 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 1er juin 2012, en lieu et place d'une demi-rente à compter du 1er 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 1er 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. 1bis 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.

- 45 - 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.