

## **VD\_GERICHTE ZD19.008539 vom 13. November 2019**

VD Tribunal cantonal, 2019-11-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD19.008539](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.008539)

FR: VD\_GERICHTE ZD19.008539 du 13 novembre 2019

IT: VD\_GERICHTE ZD19.008539 del 13 novembre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

septembre 2015 à hauteur d'une à deux consultations par semaine. Elle a repris les diagnostics précédemment évoqués et confirmé que sa patiente était à son avis en incapacité totale de travail à tout le moins depuis le mois de septembre 2015. Elle présentait une humeur dépressive à un degré nettement anormal avec diminution de l'intérêt et du plaisir, une augmentation de la fatigabilité, une baisse de concentration, de l'attention et une perte de confiance en soi et en l'avenir. L'assurée était également très anxieuse. Une réadaptation professionnelle lui apparaissait impossible en l'état. Sur conseil du SMR, l'OAI a questionné la Dre L. \_\_\_\_\_ par courrier du 29 août 2018, laquelle a communiqué ses réponses le 5 septembre 2018. L'experte a confirmé s'être entretenue avec le Centre médical M. \_\_\_\_\_ dans le cadre de son mandat et avoir exposé ses conclusions restées sans contestation subséquente. Elle a au surplus précisé que son examen clinique de l'assurée avait duré plus de deux heures. Par rapport complémentaire du 1er octobre 2018, la Dre N. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assurée était fluctuant depuis août 2017. La persistance des troubles s'expliquait par une longue période durant laquelle l'assurée avait supporté un mauvais climat de travail et par les comorbidités accompagnant le trouble dépressif. Une intensification des séances (suivi psychiatrique et psychologique) avait été mise en œuvre au vu de l'absence d'évolution de la situation. La prise en

- 8 - charge spécialisée et le traitement médicamenteux avaient permis « d'éviter une hospitalisation de l'assurée pour mise à l'abri de gestes résultant de ses idées noires ». Le SMR s'est exprimé sur ces nouvelles pièces médicales le 11 décembre 2018 et considéré que les conclusions de la Dre L. \_\_\_\_\_ pouvaient être suivies en l'absence de modification notable de l'état de santé de l'assurée jusqu'alors. L'OAI a dès lors signalé à l'assurée le 13 décembre 2018 que l'expertise de la Dre L. \_\_\_\_\_ pouvait à son avis être considérée comme probante au vu des réquisits jurisprudentiels, alors que sa psychiatre traitante n'avait fourni aucun élément nouveau susceptible de mettre en doute les conclusions de l'experte. En date du 21 janvier 2019, l'OAI a établi sa décision, conforme aux termes de son projet du 14 février 2018, et alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 56,48 % du 1er juillet 2015 au 30 novembre 2015, la prestation étant supprimée dès cette date vu le degré d'invalidité ramené à 12,96 %. C. B. \_\_\_\_\_, assistée de Me Djurdjevac Heinzer, a déféré la décision du 21 janvier 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 21 février 2019. Elle a principalement conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité « avec effet rétroactif au jour du dépôt de la demande, à savoir dès le 28 janvier 2015 », faisant grief à l'OAI d'avoir suivi les conclusions de la Dre L. \_\_\_\_\_ sans tenir compte de l'éclairage subséquent fourni par la Dre N. \_\_\_\_\_. A titre subsidiaire, elle a conclu à une reprise d'instruction de la cause par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

L'OAI a répondu au recours le 2 mai 2019 et a proposé son rejet, renvoyant aux avis du SMR versés à son dossier.

- 9 - Par réplique du 27 mai 2019, l'assurée a maintenu ses conclusions et les griefs formulés à l'encontre du rapport d'expertise de la Dre L. \_\_\_\_\_, insistant notamment sur l'absence de contact effectif entre cette dernière et la Dre N. \_\_\_\_\_. Le 17 juin 2019, l'OAI a également réitéré ses conclusions et s'est référé à un nouvel avis du SMR, rédigé le 23 avril 2019, par le Dr P. \_\_\_\_\_, dont la teneur est notamment la suivante : « [...] 1. Valeur probante de l'expertise du 22.09.2017 : Précisions chronologiques : Avant l'expertise du 22.09.2017 aucun document en possession de l'AI ne mentionnait un suivi psychiatrique au Centre médical M. \_\_\_\_\_ ou ailleurs. L'experte avait connaissance de l'expertise de Dr H. \_\_\_\_\_ du 20.05.2015, qui avait retenu un épisode dépressif actuellement d'une intensité moyenne, avec syndrome somatique. Cet expert avait émis un pronostic favorable, avec reprise du travail à 50 % dès le 01.07.2015 et à 80 % dès le 01.09.2015. Lors de l'expertise du 22.09.2017 il est mentionné que l'assurée serait suivie dans le Centre médical M. \_\_\_\_\_ depuis plus d'une année. Lors de l'entretien du 21.08.2017 entre la Dre L. \_\_\_\_\_ et une personne du Centre médical M. \_\_\_\_\_ que l'experte croyait être la Dre N. \_\_\_\_\_ une discussion au sujet des conclusions de l'experte et la mise en avant de l'ampleur de la symptomatologie alléguée par l'assurée semble avoir eu lieu, et il y aurait eu transmission d'informations sur les critères d'appréciation d'un expert, mais pas de contestation de la part de l'interlocutrice du Centre médical M. \_\_\_\_\_. L'experte L. \_\_\_\_\_ disposait, à ce moment-là, des renseignements psychiatriques de l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ du 20.05.2015, des renseignements mal étayés sur le plan psychiatrique du Dr D. \_\_\_\_\_, des renseignements donnés par l'assurée lors de l'entretien d'expertise et des informations transmises par l'interlocutrice que l'experte croyait être la Dre N. \_\_\_\_\_. Au vu des éléments disponibles à ce stade, à savoir en septembre 2017, date de l'expertise, et des précisions fournies par l'experte le 10.09.2018, j'ai estimé dans mon avis SMR du 11.12.2018 que je considérais cette expertise comme étant probante. Je maintiens cette appréciation. 2. Intégration des renseignements médicaux ajoutés au dossier depuis l'expertise de septembre 2017 : Suite au projet de décision du 14.02.2018 une audition a eu lieu, et sur avis juriste l'instruction a été poursuivie par la demande d'un rapport médical au Centre médical M. \_\_\_\_\_ en juin 2018.

- 10 - Dans ce rapport du 25.07.2018 il est mentionné un suivi au Centre médical M. \_\_\_\_\_ depuis le 28.09.2015 et un dernier contrôle du 20.07.2018. Le suivi est intensif, la symptomatologie décrite est importante, les diagnostics retenus sont : Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique F 33.2, agoraphobie F 40.0, trouble anxieux phobique F40.8 et anxiété généralisée F41.1. L'évolution depuis le licenciement en décembre 2014 n'est pas décrite hormis la prise de poids importante depuis 2015. L'incapacité de travail est annoncée actuellement comme totale, sans indication d'une éventuelle évolution au fil du temps. Interrogée spécifiquement au sujet de l'évolution de l'état psychique de l'assurée depuis août 2017, la Dre N. \_\_\_\_\_ mentionne le 01.10.2018 que cette évolution est fluctuante, sans donner plus de détails. L'absence d'évolution favorable d'une atteinte causée initialement en grande partie par une mauvaise ambiance au travail et de longs trajets, malgré la disparition de ces facteurs suite à l'incapacité de travail depuis septembre 2014 et le licenciement fin 2014, est expliquée par la difficulté de récupération et le mauvais climat au travail qui aurait duré trop longtemps. [...] Certes, les longs trajets que l'assurée devait nouvellement assumer suite au déplacement en 2011 (dans

l'expertise de septembre 2017 est mentionné 2013) de son lieu de travail de la région [...] à [...] sont signalés, mais les raisons qui avaient justifié l'incapacité durable de travail depuis septembre 2014 étaient avant tout physiques (cervicalgies et lombalgies sur discopathies cervicales et lombaires, arythmies cardiaques). Le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques F 33.2, annoncé par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 23.02.2015 était mal étayé et n'a pas été confirmé par les deux experts psychiatres. Dans le rapport du 25.07.2018 sont mentionnés une diminution de la concentration, de l'attention et de mémoire. Il n'est pas mentionné quand ces constatations ont été faites et comment elles ont évolué depuis mai 2015. Dans le rapport médical du 01.10.2018 est signalé une normalisation des capacités de mémoire, mais la persistance de difficultés attentionnelles, un ralentissement important de la vitesse de traitement et des difficultés d'abstraction verbale. Je constate à la lecture des expertises faites en mai 2015 et août 2017 que ces difficultés n'avaient pas été constatées par les deux experts. Dès lors je réitère mes conclusions formulées dans l'avis SMR du 11.12.2018. »

- 11 - E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours formé le 21 février 2019 contre la décision de l'intimé du 21 janvier 2019 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

- 12 - 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les

références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440). b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions pour lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 2d). c) En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité, alors que l'intimé l'a mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité pour la période limitée s'étendant du 1er juillet 2015 au 30 novembre 2015.

- 13 - 3. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 4. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un

- 14 - effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert

selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part,

- 15 - des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires

- 16 - recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

- 17 - déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). c) 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. a) En l'espèce, l'intimé s'est basé sur les rapports d'expertise des Drs J. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, ainsi que sur celui de la Dre L. \_\_\_\_\_, pour se déterminer sur la capacité de travail de la recourante. Cette dernière ne fait valoir aucun grief particulier sur l'appréciation de son état de santé somatique, alors qu'aucun document médical postérieur au rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 23 mars 2015 n'est venu contredire l'évaluation de cet expert ou communiquer de nouveaux éléments. On peut donc, à l'instar de l'intimé, se rallier aux conclusions dudit rapport. b) Est en revanche litigieuse l'appréciation de l'état de santé psychique de la recourante, pour laquelle l'intimé a retenu les appréciations communiquées par les Drs H. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_. S'agissant de ce volet psychique, il convient d'examiner si les rapports de ces deux experts permettent d'examiner à satisfaction les indicateurs dégagés par la récente jurisprudence fédérale.

- 18 - c) En l'occurrence, la Dre L. \_\_\_\_\_ a répondu de manière complète aux questions ressortant du mandat délivré par l'intimé le 20 juillet 2017, lesquelles se rapportent précisément aux indicateurs pertinents. S'agissant du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, l'experte a exclu toute pathologie psychiatrique susceptible de se

répercuter sur la capacité de travail de la recourante (cf. p. 9 et 10 du rapport d'expertise du 22 septembre 2017). Elle a en effet constaté avoir affaire à une personne calme et posée, sans troubles de la personnalité, de l'attention ou de la concentration, dotée d'une bonne mémoire des faits et des dates. Aucun signe d'anxiété d'un degré pathologique ne pouvait être mis en évidence, malgré des allégations d'angoisse en milieu inconnu. En dépit de l'évocation d'idées suicidaires, toutefois non scénarisées, la recourante restait susceptible de se projeter dans l'avenir et présentait essentiellement un manque d'énergie et de motivation (cf. p. 7 et 8 ibidem). L'experte a par ailleurs relevé une importante médication que ne justifiaient ni les problèmes somatiques, ni ceux d'ordre psychologique, relevant néanmoins que le sommeil de la recourante était amélioré par la prise d'un somnifère (cf. p. 7 et 11 ibidem). Etayant l'observation d'un manque de motivation de la recourante, l'experte a également mis en avant le refus de celle-ci de participer à des mesures de réinsertion. Elle a enfin souligné que les limitations fonctionnelles de la recourante demeuraient préservées, alors qu'elle conservait de bonnes capacités intellectuelles en dépit de l'état de régression affiché pour l'exécution des tâches ménagères. Eu égard au contexte social, si l'experte a certes pris note des problèmes rencontrés par la recourante dans le cadre de son emploi auprès de C. \_\_\_\_\_ SA, elle a néanmoins exposé que celle-ci conservait un cercle familial soutenant vu l'excellente entente entretenue avec son conjoint, ses enfants et sa belle-famille (cf. p. 6, 8 et 9 ibidem). Concernant en dernier lieu la cohérence du comportement de la recourante, la Dre L. \_\_\_\_\_ a fait état d'une divergence claire entre les symptômes décrits et les constats cliniques (cf. p. 12 ibidem). On relèvera au demeurant que les conclusions et observations de cette experte convergent en substance avec celles formulées en son

- 19 - temps par le Dr H. \_\_\_\_\_ à l'issue de son rapport d'expertise du 20 avril 2015. Ce spécialiste avait également fait état d'un status psychique rassurant en voie de stabilisation sous traitement, tandis que la recourante apparaissait conserver des ressources préservées tant sur le plan personnel qu'au niveau de son contexte social (cf. p. 4 – 6 du rapport d'expertise du 20 avril 2015). Il ressort des éléments ci-dessus que le tableau clinique décrit par les experts n'apparaît pas revêtir un degré de gravité suffisant pour être considéré comme invalidant au regard des indicateurs retenus par le Tribunal fédéral, qui plus est en présence d'une importante divergence entre les plaintes subjectives et les constats cliniques.

d) Reste à déterminer si les rapports subséquents de la Dre N. \_\_\_\_\_ du Centre médical M. \_\_\_\_\_ sont susceptibles de remettre en question les appréciations des deux experts psychiatres susmentionnés. La Dre N. \_\_\_\_\_ a fait état d'une symptomatologie dépressive sévère, élevée au rang de trouble dépressif récurrent, accompagnée de comorbidités, soit d'une agoraphobie, d'un trouble anxieux phobique et d'une anxiété généralisée, depuis sa prise en charge de la recourante en septembre 2015 (cf. rapports médicaux des 25 juillet 2018 et 1er octobre 2018). Cette praticienne s'est essentiellement basée sur les propos de sa patiente et a communiqué les constats d'une « humeur dépressive, à un degré nettement anormal et pratiquement toute la journée et tous les jours, une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, une augmentation de la fatigabilité » (cf. rapport du 25 juillet 2018 p. 2). Elle n'a toutefois pas indiqué sur quelles bases cliniques elle retenait ces allégations, ni dans quelle mesure et avec quelles répercussions concrètes ces éléments avaient été observés. De même, la Dre N. \_\_\_\_\_ a fait mention d'une « diminution de la concentration, de l'attention, une perte de confiance en soi, des idées de dévalorisation », en sus d'une tendance à l'isolement (cf. ibidem). Ces problématiques, au demeurant non corroborées par les éléments

- 20 - d'anamnèse rapportés par les experts H. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, ne sont guère étayées par la Dre N. \_\_\_\_\_. Cette dernière ne détaille aucunement les évaluations objectives qui auraient permis de constater de tels symptômes et ne précise pas leur impact sur les ressources fonctionnelles de la recourante. On peine dès lors à identifier clairement ce qui a trait aux plaintes de celle-ci et ce qui ressort des observations cliniques objectives. Le rapport du 1er octobre 2018 ne fournit pas davantage de détails pertinents dans ce contexte. La Dre N. \_\_\_\_\_ s'est en effet limitée à relater que sa patiente avait présenté un « état de santé psychique fluctuant depuis août 2017 » et à indiquer une intensification du suivi psychiatrique lors de périodes où cet état se serait dégradé. Cela étant, ces indications ne fournissent aucun renseignement concret sur les ressources effectives de la recourante et sur l'évolution de sa situation depuis septembre 2015, notamment en termes de capacité de travail. On ajoutera que des doutes subsistent sur les raisons de « la mauvaise évolution du trouble dépressif » relatée par la Dre N. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 1er octobre 2018, p. 1), le contexte professionnel délétère ayant cessé avec son licenciement à fin décembre 2014. Compte tenu de ce qui précède, on ne saurait retenir l'appréciation incomplète et peu convaincante émanant de la psychiatre traitante de la recourante pour remettre en question les conclusions des Drs H. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_. On ajoutera enfin qu'il convient d'écarter les griefs formulés par la recourante en lien avec les informations réunies par la Dre L. \_\_\_\_\_, singulièrement concernant la prise de contact avec le Centre médical M. \_\_\_\_\_, ces éléments n'apparaissant pas déterminants dans l'appréciation de l'experte mandatée par l'intimé. e) Il convient en définitive de se rallier aux conclusions retenues par l'intimé, selon lesquelles la recourante est dotée d'une capacité de travail de 50 % dès le 1er juillet 2015, augmentée à 90 % dans l'activité habituelle, respectivement à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, dès le 1er septembre 2015

- 21 - 7. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). b) En l'occurrence, la recourante ne fait valoir aucun grief spécifique à l'encontre du calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé. Au demeurant, les revenus avec et sans invalidité ont été fixés conformément aux règles jurisprudentielles précitées, de sorte qu'ils peuvent être ici confirmés. Il convient ainsi de retenir les degrés d'invalidité de 56,48 % (arrondi à 56 %) dès juillet 2015 et de 12,96 % (arrondi à 13 %) dès septembre 2015 déterminés par l'intimé.

- 22 - 8. a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). b) 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). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). Le moment de la survenance de l'invalidité doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b p. 9 ; 118 V 79 consid. 3a et les références). c) L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) 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

- 23 - 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 a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. d) En l'occurrence, à l'issue du délai de carence d'un an prévu par l'art. 28 al. 1 LAI, la recourante présentait un taux d'invalidité de 56 % ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité. Dans la mesure où elle a déposé sa demande de prestations formellement auprès de l'intimé le 28 janvier 2015, le délai de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI est arrivé à échéance en juillet 2015. Dès lors, on ne saurait suivre la recourante en ce qu'elle conclut au versement d'une « rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au jour du dépôt de sa demande ». Par ailleurs, étant donné que le taux d'invalidité a été ramené à 13 % excluant le droit à une prestation sous forme de rente dès septembre 2015, l'intimé était légitimé à mettre fin au versement de la demi-rente d'invalidité précédemment allouée à compter du 30 novembre 2015, soit en respectant le délai de trois mois instauré par l'art. 88a al. 1 RAI. 9. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 21 janvier 2019 confirmée. 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA). Par ces motifs,

- 24 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 21 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière :

- 25 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à : - Me Natasa Djurdjevac Heinzer, à Lausanne (pour B. \_\_\_\_\_),  
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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