

## **VD\_GERICHTE ZD21.039516 vom 26. Juli 2022**

VD Tribunal cantonal, 2022-07-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD21.039516](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.039516)

FR: VD\_GERICHTE ZD21.039516 du 26 juillet 2022

IT: VD\_GERICHTE ZD21.039516 del 26 luglio 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

novembre 2016). Dans un rapport du 13 mars 2016 à l'OAI, le Dr G. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif grave sans symptômes psychotiques (F32.2), d'hypersomnie non organique (F51.1) et de troubles cognitifs légers (F06.7). La situation clinique n'était pas encore stable, ni claire du point de vue diagnostique. Le tableau clinique était prédominé par un manque d'énergie avec hypersomnie, des troubles cognitifs et des maux de tête, alors que le tableau dépressif était en rémission partielle. Une expertise psychiatrique a été mise en œuvre par Z. \_\_\_\_\_ SA et confiée au Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport y relatif du 19 août 2016, l'expert a retenu un épisode dépressif sévère, en rémission partielle (symptomatologie moyenne lors de l'expertise) et a conclu à une capacité de travail nulle jusqu'au 31 octobre 2016, de 50% du 1er au 30 novembre 2016 et de 100% sans diminution de rendement depuis le 1er décembre 2016, étant précisé que l'activité habituelle était adaptée. Par communication du 6 octobre 2016, l'OAI a fait part à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était indiquée car sa situation médicale n'était pas encore stabilisée. Dans un rapport médical du 12 octobre 2016 à l'OAI, le Dr G. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'effondrement narcissique (modification de la personnalité [F61.1] avec diagnostic différentiel de modification durable de la personnalité [F62]) et d'épisode dépressif moyen persistant avec syndrome somatique (F32.11). L'incapacité de travail était en l'état totale.

- 4 - D'un rapport de consultation interdisciplinaire du Centre C. \_\_\_\_\_ du 9 mai 2016, il ressort que l'assurée présentait un trouble attentionnel et des difficultés d'inhibition d'origine thymique probable et que ces perturbations étaient probablement liées à un déficit de sommeil. Celle-ci n'était en outre pas apte à travailler, les difficultés attentionnelles étant trop sévères. Dès le 14 novembre 2016, une reprise progressive du travail à 20% a été effectuée, puis à 40% au 3 février 2017. Par communication du 13 mars 2017, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge d'un réentraînement au travail dès le 1er mars 2017 au 31 mai 2017 auprès de son employeur. Cette mesure a été prolongée jusqu'au 31 août 2017. En août 2017, l'assurée a été licenciée avec effet au 31 décembre 2017. Par communication du 3 octobre 2017, l'OAI a fait part à l'assurée de la prise en charge d'un entraînement à l'endurance du 1er octobre au 31 décembre 2017 auprès de l'entreprise M. \_\_\_\_\_ Sàrl. Cette mesure a été prolongée du 1er janvier au 31 mars 2018 (cf. communication du 21 décembre 2017), puis du 1er au 30 avril 2018 (cf. communication du 3 avril 2018) et enfin du 1er au 31 mai 2018 (cf. communication du 9 mai 2018). Le Service médical régional de l'AI (SMR) estimant, entre-temps, nécessaire la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (cf. communication du 1er février 2018 de l'OAI), sa réalisation a été confiée au Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son

rapport du 23 avril 2018, l'expert a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques et ensuite moyen avec syndrome somatique entre septembre 2015 et août 2017 puis en rémission depuis septembre 2017 jusqu'au jour de l'expertise. A titre de diagnostic sans

- 5 - répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante. Selon le Dr K. \_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assurée, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, était nulle entre septembre 2015 et décembre 2016, de 50% sans diminution de rendement entre janvier 2017 et août 2017 et de 100% sans diminution de rendement depuis septembre 2017 jusqu'au jour de l'expertise. Il a toutefois précisé que la situation n'était pas stabilisée et qu'elle devait être réévaluée une année plus tard. Il a en outre mentionné que la rémission clinique de septembre 2017 était aussi soutenue indirectement par l'arrêt du traitement antidépresseur, par la diminution du suivi hebdomadaire devenu bimensuel, par la journée type, par le fait que l'assurée gérait son quotidien sans difficultés, partait en vacances, ce qui n'était pas le cas auparavant selon l'anamnèse. L'expert a encore relevé ce qui suit : « Le trouble dépressif récurrent sévère, puis moyen avec syndrome somatique de septembre 2015 à août 2017 a entraîné directement des limitations fonctionnelles objectivables avec des limitations dans tous les domaines d'activités : ralentissement psychomoteur significatif puis modéré, aboulie, faible estime de soi, ruminations dépressives au quotidien, troubles de la concentration sévères puis moyennes, anhédonie totale, puis partielle, isolement social total puis partiel. Ces limitations ont été uniformes dans tous les domaines d'activités et sont absentes depuis septembre 2017 au présent, dans le sens que depuis septembre 2017 au présent, on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques peu significatives dans le sens d'une tristesse subjective fluctuante ou des angoisses ponctuelles sans répercussions sur le quotidien, d'une intolérance au stress avec impulsivité, des difficultés de concentration subjectives, d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans isolement social significatif. Au moment de l'expertise, l'assurée garde de bonnes capacités et ressources personnelles car elle arrive à gérer son quotidien d'un point de vue psychiatrique, à regarder la télévision, à avoir certains contacts sociaux, à faire les courses et le ménage, à partir en vacances, etc. » Dans une note du 8 mai 2018, le conseiller en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que les conclusions de l'expert s'inscrivaient en contradiction avec les observations faites par les

- 6 - spécialistes dans les questions professionnelles et par l'entreprise M. \_\_\_\_\_ Sàrl. Par communication du 30 mai 2018, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge d'un entraînement à l'endurance auprès de l'entreprise U. \_\_\_\_\_ du 1er juin au 30 septembre 2018. Dans un avis du 1er juin 2018, le SMR a constaté qu'il existait des divergences entre l'expert qui avait retenu une capacité de travail de 100% dès septembre 2017 et la psychiatre traitante qui retenait une capacité de 30%. Il a proposé la mise sur pied d'une évaluation neuropsychologique. Le 6 juin 2018, l'entreprise M. \_\_\_\_\_ Sàrl a établi un rapport final, duquel il ressort que les objectifs fixés au début de la mesure ont été partiellement atteints, l'assurée ayant progressivement augmenté son rythme et son endurance jusqu'à atteindre un taux de présence maximal de 35%. Il a également été relevé que les céphalées récurrentes, les difficultés familiales, ainsi que les variations émotionnelles qu'elles entraînaient, restaient des éléments jouant un rôle important et méritaient une attention toute particulière dans la suite du processus de réinsertion de l'assurée. Par courrier du 8 juin 2018 à l'OAI, la Dre J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie

et psychothérapie et psychiatre traitante de l'assurée depuis septembre 2017, a indiqué avoir pris connaissance des conclusions de l'expert K. \_\_\_\_\_ et a fait part de son avis concernant l'expertise en question. Elle a précisé partager en partie les conclusions de l'expert mais ne pas être d'accord avec son évaluation de la capacité de travail à 100% depuis septembre 2017. Elle a rappelé l'historique de l'évolution de la capacité de travail de sa patiente, soit une capacité de travail nulle de septembre à décembre 2017, de 20% en janvier 2018, de 30% de février à mai 2018 et de 40% dès juin 2018. La Dre J. \_\_\_\_\_ a relevé qu'elle n'avait pas été contactée par l'expert dans le processus d'évaluation de la

- 7 - capacité de travail de l'assurée et qu'elle restait à disposition du SMR pour tout complément. Un rapport du 9 juillet 2018 concernant l'entraînement à l'endurance auprès de l'entreprise U. \_\_\_\_\_ a été établi. Il en ressort qu'une augmentation du temps de travail de l'assurée n'était pas envisageable, compte tenu de son état de santé. Dans une note d'entretien du 10 juillet 2018, le conseiller en réinsertion professionnelle de l'OAI a écrit que l'assurée s'était sentie trahie par l'expert qui ne l'avait rencontrée que dix minutes à la fin de chaque session et que certaines affirmations de celui-ci ne reflétaient pas la réalité (par exemple au sujet des vacances prises par l'assurée depuis son incapacité de travail). L'assurée a séjourné à la Clinique M. \_\_\_\_\_ du 25 juillet au

## **E. 21**

août 2018. D'une note d'entretien du 25 septembre 2018 rédigée par le conseiller en réinsertion professionnelle de l'OAI, il ressort que la mesure effectuée par l'assurée auprès de l'entreprise U. \_\_\_\_\_ ne semblait plus indiquée, dans la mesure où elle ne répondait plus à ses besoins qui requéraient plutôt un encadrement psychothérapeutique. Un rapport final du 26 septembre 2018 a été établi à l'issue de la mesure effectuée par l'assurée auprès de l'entreprise U. \_\_\_\_\_. Il est fait état d'aucune évolution depuis le dernier bilan, d'une gestion des tâches administratives difficiles, d'une grande fatigue, de perte totale d'énergie, ce qui ne permettait pas une reprise d'habitudes professionnelles. Dans une note d'entretien du 1er octobre 2018, le conseiller en réinsertion professionnelle a indiqué avoir informé l'assurée de la fin de la mesure, l'état de santé de celle-ci s'étant empiré après le séjour à la Clinique M. \_\_\_\_\_ et ne permettant pas sa poursuite. Il précisait craindre une décompensation psychique à la suite de cette annonce.

- 8 - Aux termes d'un rapport d'examen neuropsychologique du 1er octobre 2018 établi par Q. \_\_\_\_\_, neuropsychologue, l'assurée présentait une atteinte cognitive moyenne avec des discordances qui ne permettaient pas de se prononcer de manière fiable sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles sur le plan strictement cognitif. Selon une lettre de sortie du 7 décembre 2018 de la Clinique M. \_\_\_\_\_, l'assurée y avait été admise dans un contexte de trouble dépressif récurrent lié à une perte de travail en 2015 et plusieurs deuils entre 2014 et 2017. A son entrée en clinique, elle présentait une péjoration de son état psychique avec persistance des symptômes résiduels comme la fatigue, l'hypersomnie, trouble de la mémoire, de la concentration et l'anxiété mais sans idée noire ou suicidaire. Elle a bénéficié d'un soutien psychologique qui lui a été bénéfique et a travaillé certaines angoisses liées à son rôle de mère. Dans un rapport du 30 janvier 2019, le SMR a conclu qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'avis de l'expert K. \_\_\_\_\_, qui attestait l'amendement de la dépression avec une pleine capacité de travail et l'absence de traitement psychopharmacologique, élément qui avait été reconfirmé lors du séjour à la Clinique M. \_\_\_\_\_. Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 24 juillet 2019, l'évaluatrice a retenu un statut de personne active à 100%. Dans un rapport du 17

septembre 2019 à l'OAI, la Dre J. \_\_\_\_\_ a indiqué une capacité de travail de l'assurée de 30% au maximum dans toute activité et a rappelé l'historique de l'état de santé de sa patiente depuis fin 2018. L'assurée a séjourné à la Clinique D. \_\_\_\_\_ du 15 janvier au

## **E. 25**

février 2020.

- 9 - Par avis du 10 août 2020, le SMR a conclu qu'il n'y avait pas d'aggravation sur le plan strictement médical. Par projet de décision du 20 août 2020, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui accorder deux rentes limitées dans le temps, soit une rente entière du 1er mai 2016 au 31 mars 2017 et une demi-rente du 1er avril au 30 novembre 2017. Le 31 août 2020, la Dre J. \_\_\_\_\_ a adressé un courrier à l'OAI pour contester le projet précité et y a joint des rapports médicaux. Elle a en substance mentionné qu'elle était d'accord avec les conclusions de l'OAI en ce qui concernait la période jusqu'au mois de septembre 2017. En revanche pour ce qui était de la période ultérieure, elle s'écartait des conclusions de l'expert K. \_\_\_\_\_ et considérait que l'évolution de l'état de santé de l'assurée continuait à fluctuer avec des améliorations passagères des symptômes, sans qu'il y ait eu de véritable rémission de l'épisode dépressif moyen présent depuis septembre 2017. En outre, la symptomatologie dépressive était accompagnée par des symptômes physiques tels que des céphalées et des dorsalgies pris en charge par la Dre X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis janvier 2016. La Dre J. \_\_\_\_\_ a encore relevé qu'en plus du suivi psychiatrique et psychothérapeutique, l'assurée avait bénéficié de traitements de physiothérapie, d'ergothérapie et de deux hospitalisations « psychosomatiques ». Selon la Dre J. \_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assurée n'avait ainsi pas évolué et était nulle depuis juillet 2020, vu l'aggravation des symptômes dépressifs dans le contexte de l'apparition de nouvelles affections somatiques investiguées par la Dre X. \_\_\_\_\_. Par courrier du 18 septembre 2020, l'assurée a contesté le projet précité. A l'appui de sa contestation, elle a produit divers rapports médicaux, soit : - un rapport du 17 septembre 2020 de la Dre X. \_\_\_\_\_, dans lequel elle a mentionné que l'état de santé de sa patiente

- 10 - restait très instable avec des fluctuations importantes, aussi bien sur le plan physique que psychique ; - un rapport du 10 octobre 2019 de la Dre T. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe en gériatrie auprès du Centre C. \_\_\_\_\_, faisant état du diagnostic de troubles exécutifs d'origine thymique et mettant en évidence la persistance d'un ralentissement, de défaillances d'attention et de difficultés d'inhibition à mettre sur le compte du trouble dépressif et non d'une maladie cognitive neurologique ; - un rapport du 6 décembre 2019 du Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie auprès de l'[...], dans lequel ce médecin a posé le diagnostic de trouble respiratoire au cours du sommeil de type mixte et de degré moyen n'expliquant toutefois pas la fatigue persistante, ainsi qu'un état anxio-dépressif sévère. Le 22 octobre 2020, l'assurée a complété sa contestation, en faisant valoir que l'avis de la Dre J. \_\_\_\_\_ contredisait le rapport d'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, que la mesure de réentraînement au travail auprès de l'employeur s'était avérée être un échec compte tenu de son état de santé fluctuant et qu'il en allait de même des mesures mises en œuvre par l'OAI. Elle a également soutenu que l'expertise diligentée ne répondait manifestement pas à tous les indicateurs à prendre en compte selon la procédure structurée d'administration des preuves applicable en cas de dépression et autres maladies psychiques. Dans un rapport du 17 novembre 2020, la Dre R. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, consultée par l'assurée le même jour, a diagnostiqué un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile Elle a prescrit des

séances de physiothérapie globale posturale et proprioceptive et a indiqué qu'elle allait revoir l'assurée six mois plus tard. En date du 20 janvier 2021, la Dre R. \_\_\_\_\_ a mentionné que sa patiente présentait des instabilités depuis l'enfance et que la situation globale avait été décompensée en 2015. Elle a précisé que tant que la

- 11 - patiente n'avait pas bénéficié d'une rééducation de stabilisation, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de marche en terrain accidenté ni prolongée en terrain plat, alternance des positions debout et assise par périodes de 30 minutes, absence de port de charges de plus de 2 kg, nécessité d'avoir un poste de travail adapté, notamment concernant la position du dos et des membres supérieurs pour éviter des tendinites et luxations des doigts et absence de mouvement de porte-à-faux au niveau du tronc. La Dre R. \_\_\_\_\_ a également écrit qu'elle avait demandé la réalisation d'une échographie du cœur pour rechercher une valvulopathie cardiaque, fait effectuer des investigations immuno-allergologiques, que sa patiente avait subi des examens au Centre du sommeil et que celle-ci présentait également un reflux gastrique, précisant que toutes ces manifestations et symptômes étaient en lien avec l'hyperlaxité des tissus. Dans un compte-rendu du 17 février 2021, la permanence du SMR a retenu une capacité de travail de l'assurée de 100% dans une activité adaptée, tout en précisant que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'assistante socio-éducative était également de 100% en retenant les limitations fonctionnelles classiques de lombalgiques qui permettaient une telle activité avec « les plus petits, moins lourds ». Les conclusions de la permanence étaient les suivantes (sic) : « J'ai repris l'ensemble des RM [rapports médicaux] postérieurs à mon dernier avis du 10.08.2020 en particulier celui de la Dre R. \_\_\_\_\_. La psychiatre n'amène toujours pas d'élément nouveau, les céphalées sont bien confirmées comme des céphalées de tension par la généraliste. La rhumatologue établit un diagnostic de maladie d'Ehlers-Danlos. Nous notons que les critères de Beighton sont à 5/9 soit juste à la limite pour évoquer la pathologie. Le RM de novembre 2020 ne contient pas vraiment de status et encore moins de description de LF [limitations fonctionnelles]. Concernant le dernier rapport de janvier 2021, il est évident que la scoliose et l'hyper-laxité sont très anciennes, en témoignent des entorses à répétition. Pour ce qui est de l'insuffisance musculaire décrite, elle n'est pas quantifiée (M1 à M5), il n'y a aucune mesure en cm et je ne peux l'admettre. Quoi qu'il en soit si elle existe elle est suffisamment peu visible pour ne jamais avoir été signalée jusqu'ici. Cela me paraît un sur-diagnostic de spécialiste. Concrètement, les LF mises en regard et notamment le fait de ne pas porter plus de 2 KG sont exagérées et correspondent à un état ostéo-articulaire très dégradé et incapacitant au quotidien. Je ne les admet pas et encore moins depuis 2015. Nous avons d'ailleurs un

- 12 - RM du médecin traitant [...] qui évoque des lombalgies et dorsalgies chroniques non déficitaires. Ce diagnostic est aussi présent dans le RM du 07.12.2018 [...] lors de l'hospitalisation de juillet aout 2018 à [...]. Le status à l'entrée montre un rachis totalement indolore et fonctionnel. » Le 24 février 2021, l'OAI a adressé à l'assurée la motivation de la décision à venir, par laquelle elle indiquait lui accorder une rente d'invalidité entière du 1er mai 2016 au 31 mars 2017, suivie d'une demi-rente du 1er avril au 30 novembre 2017. Ce courrier était notamment libellé en ces termes : « Vous exercez le métier d'aide-soignante. Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 22 mai 2015. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI. A l'échéance du délai en question, soit le 22 mai 2016, et après un examen complet de votre dossier, nous constatons que votre

incapacité de travail est totale dans toute activité. Dès lors, le droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % vous est reconnu depuis le 1er mai 2016. Selon les informations en notre possession, nous constatons que votre état de santé et votre capacité de gain se sont améliorés depuis janvier 2017 et que vous présentez une capacité de travail de 50 % dans toute activité depuis lors. Votre nouveau degré d'invalidité s'élève alors à 50 % et un degré d'invalidité de 50 % donne droit à une demi-rente. En présence d'une amélioration de l'état de santé et de la capacité de gain, le droit à la demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50 % débute après trois mois, à savoir dès le 1er avril 2017. Par la suite, nous constatons que votre état de santé et votre capacité de gain se sont, à nouveau, améliorés depuis septembre 2017 et que vous présentez une capacité de travail de totale dans toute activité depuis lors. Il ne subsiste alors plus de préjudice économique. En présence d'une amélioration de l'état de santé et de la capacité de gain, le droit à la rente prend fin après trois mois, à savoir le 30 novembre 2017. » Par courrier du même jour, l'OAI a répondu à la contestation de l'assurée, relevant en substance que, selon lui, le rapport d'expertise remplissait toutes les exigences de la jurisprudence relative à la valeur

- 13 - probante des rapports médicaux, que le déroulement des mesures de réinsertion mises en œuvre n'était pas propre à modifier son appréciation compte tenu des constats médicaux et que le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos posé par la Dre R. \_\_\_\_\_ n'empêchait pas l'exercice de l'activité habituelle de l'assurée. Par décision du 23 août 2021, confirmant le projet du 20 août 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière pour la période du 1er mai 2016 au 31 mars 2017 et une demi-rente pour la période du 1er avril 2017 au 30 novembre 2017. B. Par acte du 21 septembre 2021, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction du dossier sur le fond et nouvelle décision. Elle fait en substance valoir que l'appréciation faite par le Dr K. \_\_\_\_\_ de sa capacité de travail est contredite par tous les éléments au dossier, à savoir par les constatations régulièrement effectuées par le service de réadaptation de l'OAI, par le coach mandaté par celui-ci, par sa supérieure hiérarchique dans le cadre de son emploi au sein de la Ville de [...], et par les divers intervenants de la Fondation M. \_\_\_\_\_ Sàrl et de l'Association U. \_\_\_\_\_. Elle relève que le Dr K. \_\_\_\_\_ a tenté d'expliquer cette divergence par la prétendue recherche d'avantages asséculo-logiques, reproche qui ne sortirait de nulle part, la volonté et la collaboration de la recourante ayant été soulignée à de très nombreuses reprises par tous les intervenants au processus de réadaptation. Elle s'étonne en outre que le Dr K. \_\_\_\_\_ n'ait pas été invité par l'OAI à s'expliquer sur ces divergences et que les rapports ultérieurs de la Dresse J. \_\_\_\_\_ ne lui aient pas été soumis. Enfin, elle fait remarquer que seul le SMR s'est prononcé sur ces divergences, sans remettre véritablement en cause l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ alors que son rapport d'expertise ne pouvait se voir accorder une quelconque valeur probante. Il n'appartenait ainsi pas au SMR de se substituer à l'expert.

- 14 - Dans sa réponse du 4 novembre 2021, l'OAI propose le rejet du recours. Il se réfère au courrier intitulé « Audition/contestation » du 24 février 2021, estimant qu'il a « déjà largement » répondu aux griefs de la recourante. Dans ce courrier, il a en particulier considéré que l'expertise réalisée par le Dr K. \_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante et s'est ainsi rallié à l'appréciation de ce médecin, selon laquelle une amélioration de la capacité de travail de la recourante a été constatée depuis le mois de septembre 2017. Répliquant le 15 novembre 2021, la recourante a maintenu ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi

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

- 15 - 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 dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d). Si le recourant ne conteste pas l'octroi d'une rente entière pendant une année, mais uniquement sa réduction à une demi-rente ou sa suppression après une année, par exemple, le tribunal est néanmoins saisi d'une contestation portant sur l'octroi de la rente entière comme sur sa réduction ou sa suppression. Il peut donc réformer la décision au détriment de l'intéressé (art. 61 let. d LPGA) en supprimant purement et simplement la rente s'il estime que les conditions n'en sont pas remplies. A l'inverse, il peut allouer une rente pour une période antérieure à celle fixée par l'administration, quand bien même le recourant n'aurait pas contesté cet aspect de la décision litigieuse. 3. En l'espèce, par décision du 23 août 2021, la recourante a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière pour la période du 1er mai 2016 au 31 mars 2017 et d'une demi-rente pour la période du 1er avril 2017 au 30 novembre 2017. Bien que la recourante ne semble contester que la suppression de sa demi-rente au 30 novembre 2017, compte tenu d'une capacité de travail estimée entière à compter du mois de septembre 2017, il y a lieu d'examiner l'ensemble de la période à laquelle le droit à une rente est ouvert, conformément à la jurisprudence précitée. 4. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 23 août 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

- 16 - 5. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et

les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17

- 17 - janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). 6. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou

- 18 - comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). c/aa) Selon la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en

- 19 - principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). bb) 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). cc) 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, 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

- 20 - 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). 7. En l'espèce, pour rendre la décision litigieuse, l'intimé s'est fondé exclusivement sur le rapport d'expertise du 23 avril 2018 du Dr K. \_\_\_\_\_, auquel il a conféré une pleine valeur probante. La recourante, de son côté, la conteste, en faisant valoir que l'appréciation de l'expert est contredite par tous les éléments au dossier, soit par les constatations régulièrement effectuées par le service de réadaptation de l'OAI, par le coach mandaté par cet Office et par les divers intervenants de la société M. \_\_\_\_\_ Sàrl et de l'Association U. \_\_\_\_\_. On relèvera d'emblée qu'aux dires de la recourante, le Dr K. \_\_\_\_\_, qui a été mandaté par l'OAI, n'a pas personnellement mené les entretiens avec celle-ci, mais les a délégués pour l'essentiel à la psychologue A. \_\_\_\_\_, laquelle est effectivement mentionnée dans le rapport d'expertise du 23 avril 2018 comme « personne associée ». Dans ces circonstances, l'OAI aurait dû clarifier cette question et interpeller l'expert, qui d'ailleurs, n'a pas précisé, dans ledit rapport – ce qui est une

- 21 - lacune – l'étendue du mandat confié à un/e psychologue, étant relevé que l'examen, par le psychiatre en personne désigné par l'OAI, de la personne intéressée est une tâche fondamentale d'expertise. Au vu de cet élément, se pose également la question de savoir si les autres tâches fondamentales comme la prise de connaissance du dossier dans son ensemble et son analyse critique, le travail intellectuel de réflexion portant sur l'appréciation du cas et les conclusions qui peuvent être tirées, ont été accomplies par l'expert désigné. Cette question peut en l'état rester indécise, dès lors que le rapport d'expertise ne saurait en tout état de cause se voir conférer pleine valeur probante. En effet, le Dr K. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques et ensuite moyen avec syndrome somatique entre septembre 2015 et août 2017 et en rémission depuis septembre 2017 jusqu'au jour de l'expertise. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu des traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante actuellement non décompensés, avec la précision que ce trouble n'avait pas empêché une activité à 100% dans le passé, ni la gestion adéquate du quotidien en dehors des épisodes dépressifs susmentionnés. S'agissant du premier diagnostic posé, l'expert a précisé que la rémission clinique de septembre 2017 était aussi soutenue indirectement par l'arrêt du traitement antidépresseur, par la diminution du suivi

hebdomadaire devenu bimensuel, par la journée type, par le fait que l'assurée gérait son quotidien sans difficultés, partait en vacances, ce qui n'était pas le cas auparavant selon l'anamnèse. Il a également mentionné que le trouble dépressif récurrent sévère, puis moyen avec syndrome somatique de septembre 2015 à août 2017, avait entraîné directement des limitations fonctionnelles objectivables uniformes dans tous les domaines d'activités et que ces limitations étaient absentes depuis septembre 2017 au jour de l'expertise, ou du moins peu significatives. Il a ainsi conclu à une capacité de travail nulle de septembre 2015 à décembre 2016, de 50% entre janvier et août 2017 et de 100% à partir de septembre 2017.

- 22 - On rappellera qu'en août 2016, une expertise psychiatrique a été confiée au Dr B. \_\_\_\_\_, lequel avait confirmé la présence d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, en rémission partielle au moment de l'expertise et conclu à une capacité de travail nulle depuis le 22 mai 2015 jusqu'au 31 octobre 2016, puis de 50% du 1er au 30 novembre 2016 et de 100% dès le 1er décembre 2016. Cette évaluation restait toutefois une projection, la situation n'étant pas stabilisée, et l'expert avait précisé qu'il existait un risque de rechute dépressive et un ralentissement psychomoteur modéré, dans le contexte de traits de la personnalité qui pouvaient décompenser (cf. rapport du 19 août 2016). En octobre 2016, le Dr G. \_\_\_\_\_ a annoncé que la décompensation considérée comme possible par le Dr B. \_\_\_\_\_ avait effectivement eu lieu et que la capacité de travail restait nulle (cf. rapport du 12 octobre 2016). Le psychiatre traitant a indiqué, au mois de décembre 2016, que sa patiente peinait à assumer un taux de 20% dans le cadre d'une reprise thérapeutique initiée trois semaines plus tôt auprès de son employeur et qu'elle n'était pas apte à entreprendre une formation d'éducatrice comme elle le souhaitait. Au mois de février 2017, la recourante a été considérée comme capable de suivre des mesures de réadaptation et elle a effectué un réentraînement au travail auprès de son employeur du 1er mars au 31 mai 2017 (cf. communication de l'OAI du 13 mars 2017), avec prolongation jusqu'au 31 août 2017, au taux initial de 40% « avec augmentation progressive selon observation et avis médical ». Au mois de juin 2017, l'OAI a noté que la recourante restait toujours très fragile et qu'elle était dans l'incapacité d'augmenter ce taux de présence. En août 2017, l'assurée a reçu son licenciement pour le 31 décembre 2017. La note rédigée le 25 septembre 2017 concernant un entretien du 29 août 2017 évoquait une assurée en détresse, très fragile psychologiquement. La mesure de réinsertion auprès de M. \_\_\_\_\_ Sàrl a eu lieu du 1er octobre au 31 décembre 2017, puis a été prolongée à trois reprises entre le 1er janvier et le 31 mai 2018. La recourante était donc en train d'effectuer cette mesure lorsque l'expertise a eu lieu les 20 et 27 mars et 24 avril 2018. Il est rapporté, dans la synthèse finale du 6 juin 2018, que l'assurée a pu atteindre une présence de 3h30 par jour mais n'a

- 23 - pas pu augmenter sa présence davantage, en raison de maux de tête récurrents accompagnés d'une fatigue. Le rythme de travail a fluctué en lien avec l'état émotionnel et la nécessité de faire des pauses régulières pour pouvoir récupérer s'est fait ressentir. De même, la capacité d'attention était très variable d'un jour à l'autre en fonction de l'état émotionnel. S'il est évoqué une récupération des capacités cognitives de la recourante en fin de mesure, il est aussi mentionné que celle-ci avait besoin d'un soutien important pour dépasser les moments difficiles et retrouver une stabilité émotionnelle et toutes ses capacités cognitives. Il était également indiqué que la recourante s'était fortement impliquée dans tous les ateliers de la mesure en essayant d'en tirer bénéfice et que sa motivation n'était ainsi nullement en cause. En conclusion, les objectifs fixés au début de la

mesure n'étaient que partiellement atteints, le taux de présence maximal ayant été de 35%. Les céphalées récurrentes, les difficultés familiales, ainsi que les variations émotionnelles qu'elles entraînaient restaient des éléments qui semblaient jouer un rôle important et méritaient une attention toute particulière dans la suite du processus de réinsertion. La Dre J. \_\_\_\_\_, médecin psychiatre en charge du suivi de la recourante depuis septembre 2017 a mentionné, de son côté, une rechute de la symptomatologie dépressive avec tristesse, baisse de motivation, d'intérêts et de l'élan vital, troubles de la concentration, du sommeil, difficultés dans la gestion de la vie quotidienne ainsi que l'aggravation des céphalées. Selon elle, l'incapacité de travail était de nouveau de 100% depuis septembre 2017. Cette rechute était à mettre en lien avec une crise liée à l'annonce du licenciement survenu fin août 2017 et faisait suite à une amélioration de la symptomatologie, une récupération partielle de la capacité de travail et une reprise progressive de l'activité professionnelle depuis l'automne 2016. La Dre J. \_\_\_\_\_ a encore précisé qu'un suivi de crise avait été mis en place avec une amélioration suffisante pour pouvoir intégrer début octobre 2017 la mesure organisée par l'OAI en vue d'un reconditionnement. Elle a noté que sa patiente avait eu beaucoup de difficultés à maintenir le rythme de cette mesure mais que la mesure elle-même avait participé à l'amélioration progressive de la symptomatologie

- 24 - étant donné le contexte de crise particulier dans lequel la rechute dépressive s'inscrivait. Elle estimait ainsi que la capacité de travail de sa patiente était nulle jusqu'en décembre 2017, la mesure AI faisant partie du projet de soins, de 20% en janvier, de 30% de février à mai et de 40% dès juin 2018 et précisait que sa patiente avait débuté une nouvelle mesure dès juin 2018. L'assurée présentait toujours la symptomatologie dépressive décrite même si elle était de moindre intensité et il ne s'agissait, selon la Dre J. \_\_\_\_\_, en aucun cas d'un état de rémission comme le soutenait l'expert, alors qu'il indiquait lui-même que la situation n'était pas stabilisée, ce qui était également l'avis de la psychiatre traitante (cf. rapport du 8 juin 2018). Du 1er juin au 30 septembre 2018, la recourante a suivi une nouvelle mesure auprès de l'entreprise U. \_\_\_\_\_. Dans le rapport final du

## **E. 26**

septembre 2018, il est mentionné que la recourante présentait une grande fatigabilité et qu'elle pleurait souvent pendant les moments de pause. Elle avait tendance à s'isoler, interagissait peu avec ses collègues et montrait que les difficultés étaient difficilement surmontables. Elle souffrait de migraines qui pouvaient l'empêcher de travailler plusieurs jours de suite. Le responsable de la mesure précisait encore qu'en l'état, il n'était pas envisageable pour la recourante d'augmenter son temps de travail et se demandait si la reprise de la mesure au jour du rapport était vraiment adéquate, compte tenu de son état de santé. Ainsi, il préconisait de la poursuivre uniquement si la reprise du travail n'aggravait pas son état de santé. Force est ainsi de constater que l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail de la recourante ne coïncide ni avec celles des intervenants dans le cadre des mesures de l'AI effectuées par la recourante, ni avec celle de la Dre J. \_\_\_\_\_, ce qui suffit à jeter le discrédit sur ses conclusions. Pour expliquer cette divergence, le Dr K. \_\_\_\_\_ avance pour seule raison des avantages asséculo-logiques que rechercherait la recourante. Ce motif n'est de loin pas convaincant, compte tenu des pièces au dossier. En effet, il apparaît au contraire que même avec de la bonne volonté et de la motivation, ce qui ressort des

- 25 - rapports des mesures effectuées, la recourante n'a pas pu augmenter son taux d'activité au-delà de 40% durant la mesure de réentraînement au travail qui a eu lieu du 1er

mars au 31 août 2017 puis de 35% durant la mesure auprès de M. \_\_\_\_\_ Sàrl du 1er octobre 2017 au 31 mai 2018 et qu'elle n'est pas non plus parvenue à un taux d'activité de 50% comme il était convenu durant la mesure auprès d'U. \_\_\_\_\_, laquelle a duré du 1er juin au 30 septembre 2018 et ce, en raison de son état de santé qui lui a permis d'assumer un maximum de 40% avec difficultés. Ainsi, l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de 100% retenue à tout le moins à partir du mois de septembre 2017, voire-même depuis janvier 2017, qui ne trouve aucune assise dans les documents figurant au dossier de la recourante, ne saurait être suivie. A cela s'ajoute que l'expert K. \_\_\_\_\_ ne s'est déterminé que par rapport aux pièces figurant dans le dossier jusqu'à son rapport d'expertise, la dernière étant l'avis médical SMR du 22 août 2017. Alors que l'expert a eu connaissance du changement de psychiatre traitant, il n'a toutefois pas jugé utile de prendre contact avec la Dre J. \_\_\_\_\_ laquelle n'avait pas encore été invitée par l'OAI à déposer un rapport concernant sa patiente, ainsi que d'expliquer pour quel motif le traitement antidépresseur n'était plus administré et que la consultation était dorénavant bimensuelle. Dans ces conditions, on ne saurait considérer que l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ respecte la grille d'évaluation de la capacité de travail en matière de troubles psychiques, dans la mesure où il n'a pas tenu compte de la thérapie suivie, ni des échecs professionnels de réintégration de la recourante. Face aux avis divergents de l'expert, d'une part, et des intervenants des mesures de l'AI et de la Dre J. \_\_\_\_\_, d'autre part, le SMR ne pouvait pas se contenter de balayer purement et simplement les conclusions des seconds, sans procéder à une instruction complémentaire. Il a d'ailleurs relevé ces contradictions dans son avis du 1er juin 2018 et a proposé la mise sur pied d'une évaluation neuropsychologique dont les résultats n'étaient pas fiables. Dans ce contexte, il ne pouvait faire

- 26 - l'économie d'instruire plus avant et de mettre en œuvre une nouvelle expertise ou à tout le moins de requérir un complément d'expertise. On relèvera à cet égard que le Dr K. \_\_\_\_\_ a lui-même indiqué dans son rapport d'expertise, s'agissant de la capacité de travail exercée jusqu'au jour de l'expertise et à venir, que la situation de la recourante n'était pas stabilisée et qu'elle devait être réévaluée une année plus tard. Or cette réévaluation n'a pas eu lieu, alors que l'expertise a été réalisée en avril 2018, soit plus de trois ans avant la décision attaquée du 23 août 2021, et que la reprise du travail par le biais de mesures a été un échec en ce sens que l'augmentation progressive du taux d'activité au-delà de 40% n'a jamais été possible. Dans ce contexte, il était nécessaire de procéder à une réactualisation de la situation. L'instruction se révèle également lacunaire, dès lors que la Dre R. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 17 novembre 2020 et 20 janvier 2021) a établi un nouveau diagnostic (syndrome d'Ehlers-Danlos) et fait part de nouvelles limitations fonctionnelles, tout en indiquant que sa patiente faisait encore l'objet d'investigations (échographie cardiaque, examens immuno-allergologiques, gastroscopie) auprès de différents spécialistes, et que le SMR n'a pas estimé utile de requérir les résultats des rapports des examens effectués. En définitive, il sied de constater que le rapport d'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ ne peut se voir conférer une pleine valeur probante et que le dossier de la recourante n'a pas été instruit à satisfaction de droit. 8. Au vu des pièces actuelles au dossier, l'instruction s'avère lacunaire sur l'évaluation de l'état de santé psychique de l'assurée, respectivement son évolution, mais encore les éléments recueillis sont insuffisants pour se prononcer, sans autre complément d'instruction, sur la capacité de travail de l'intéressée à l'aune de la jurisprudence actuelle (ATF 141 V 281 et 143 V 418 consid. 6 et 7). Il s'agira également d'examiner la question des céphalées, des troubles du sommeil de la recourante et de leurs conséquences, qui sont évoqués à plusieurs

- 27 - reprises dans le dossier, de même que de l'incidence du diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos sur la capacité de travail de la recourante. Compte tenu de ces carences, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une expertise bidisciplinaire avec volets psychiatrique et rhumatologique, conformément à l'art. 44 LPGA. La possibilité sera laissée aux experts de s'adjoindre les services d'un médecin spécialiste d'un ou plusieurs autre(s) domaine(s) s'ils l'estiment pertinent, en particulier afin d'effectuer le cas échéant une analyse médicale globale de l'état de santé de la recourante, tenant compte des éventuelles interactions entre les différentes atteintes. A noter encore que si la capacité de travail antérieure au mois de septembre 2017 n'est pas fondamentalement contestée par la recourante, il appartiendra tout de même aux experts de déterminer précisément l'évolution de cette capacité à tout le moins depuis janvier 2017, étant précisé que la capacité de travail de la recourante a été considérée comme nulle entre septembre 2015 et décembre 2016, ce qui a abouti à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er mai 2016 au 31 mars 2017. 9. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, avant nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). La recourante, assistée d'un mandataire professionnel et obtenant gain de cause, a droit à une indemnité de dépens à titre de

- 28 - participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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