

VD_GERICHTE ZD22.020550 vom 7. November 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-11-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.020550

FR: VD_GERICHTE ZD22.020550 du 7 novembre 2022

IT: VD_GERICHTE ZD22.020550 del 7 novembre 2022

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 123/22 - 326/2022 ZD22.020550 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 7 novembre 2022 _____ Composition : Mme BERBERAT, présidente Mme Röthenbacher et M. Métral, juges Greffière : Mme Huser ***** Cause pendante entre : D. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 17 LPGA ; 28 LAI et 88a RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. a) D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le ...]14 mars 1957, travaillait en tant que gouvernante depuis le 13 mars 1991 auprès de [...] SA, devenue [...] SA par fusion. Après avoir connu une incapacité de travail à 100% du 21 décembre 2017 au 20 mars 2018, en raison de problèmes au genou gauche, l'assurée a subi, le 21 mars 2018, une intervention chirurgicale consistant en l'implantation d'une prothèse totale du genou. b) Le 26 avril 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant une déchirure du ménisque interne du genou gauche associée à une arthrose fémoro-tibiale interne gauche débutante. L'assurée a été en incapacité de travail totale jusqu'au 1er mai 2018, date à laquelle elle a repris son travail au taux de 50%. A compter du 16 juillet 2018, son interruption de travail est passé au taux de 25%, ce jusqu'au 23 novembre 2018. Elle a ensuite à nouveau interrompu son travail à 100% dès le 24 novembre 2018 pour des raisons psychiques liées à des changements dans son poste, comme elle l'a expliqué, le 13 décembre 2018, à un inspecteur de sinistre de Z. _____ SA SA (ci-après : [...]), assureur perte de gain en cas de maladie qui a pris en charge le cas de l'assurée en versant des indemnités journalières en sa faveur dès le 21 décembre 2017. Dans le formulaire de détermination du statut (part active/part ménagère), l'assurée a indiqué, le 20 juin 2018, qu'elle travaillerait à 100% sans atteinte à la santé par intérêt personnel et nécessité financière. Selon une attestation médicale du 6 mars 2019, l'assurée était suivie à la Polyclinique P. _____ de [...] depuis le 17 décembre 2018 pour

- 3 - un état dépressif. Elle était toujours en arrêt maladie à 100% au jour de l'attestation. Dans le cadre de l'instruction du dossier de l'assurée auprès de Z. _____ SA, une expertise psychiatrique a été confiée au Dr F. _____, spécialiste en neurologie ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie. Le Dr F. _____ a examiné l'assurée le 14 mars 2019. Dans son rapport daté du 19 mars 2019, il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23), en indiquant que les symptômes s'étaient installés à la suite de conflits de plus en plus sévères sur le lieu de travail et d'une dégradation du poste ; ils étaient à l'origine de l'interruption de travail totale attestée depuis le 24 novembre 2018. L'expert a

estimé qu'une reprise du travail était exigible dès à présent dans l'activité habituelle, d'un point de vue purement psychiatrique, débutant à 80 % au minimum, avec une augmentation à 100 % à partir du 1er mai 2019 au plus tard. Le Dr F. _____ a encore relevé qu'objectivement, la symptomatologie anxiodépressive de l'assurée était en bonne rémission et n'était plus que d'une intensité légère. L'état psychique de l'assurée était, au jour de l'expertise, surtout marqué par les traits accentués de sa personnalité et un grand sentiment de colère, d'injustice et de déception, avec une forte blessure narcissique. Le pronostic de moyen à long terme restait favorable, considérant l'anamnèse psychiatrique vide de l'assurée et la bonne rémission de ses symptômes anxiodépressifs. Par décision du 12 avril 2019, confirmée par décision sur opposition du 18 mars 2020, Z. _____ SA, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr F. _____, a mis un terme au versement des indemnités journalières en faveur de l'assurée dès le 1er mai 2019, car celle-ci présentait une capacité de travail de 80 % dès le jour de l'expertise et de 100 % dès le 1er mai 2019 au plus tard dans son métier d'alors, qui correspondait à ses compétences. La décision sur opposition précitée a été confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal

- 4 - cantonal (CASSO) du 3 août 2021 (AM 11/20 - 33/2021), qui a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise du Dr F. _____ et qui a considéré que la jurisprudence concernant les assurés proches de l'âge de la retraite n'était pas applicable à la recourante, dans la mesure où son activité habituelle demeurerait exigible. Par projet de décision du 16 avril 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer un trois-quarts de rente du 1er décembre 2018 (fin du délai d'attente d'une année) au 28 février 2019, basée sur un degré d'invalidité de 63%, correspondant à la moyenne des incapacités de travail durant le délai d'attente, ainsi qu'une rente entière du 1er mars 2019 (trois mois plus tard) au 30 juin 2019 (trois mois après l'amélioration constatée), basée sur un degré d'invalidité de 100%. Sur demande de l'OAI, les Dres T. _____ et Z. _____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante auprès de la Policlinique P. _____ de [...] ont rendu un rapport daté du 18 avril 2019, dans lequel elles ont posé le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) et comme diagnostic sans incidence sur la capacité de travail des difficultés liées à l'emploi (Z56). Les médecins précitées précisaient que comme l'état dépressif de l'assurée était en lien avec son travail, elle ne pourrait retourner au même endroit. Il n'y avait cependant aucune limitation sur le plan psychique pour exercer son activité habituelle de femme de ménage. Par courrier du 7 mai 2019, l'assurée a contesté le projet de décision du 16 avril 2019 de l'OAI, estimant que sa capacité de travail était nulle au-delà du 19 mars 2019, respectivement du 1er mai 2019. L'assurée a complété ses objections le 27 mai 2019 en relevant notamment que le rapport d'expertise du Dr F. _____ n'était pas probant, qu'elle n'était pas en mesure de retravailler auprès de son employeur compte tenu du contexte professionnel et qu'en outre, il était inconcevable qu'elle puisse retrouver un emploi compte tenu de son âge et des troubles dont elle souffrait.

- 5 - Dans un rapport du 25 juillet 2019 adressé au conseil de l'assurée et transmis à l'OAI par courrier du 8 août 2019, les Dres T. _____ et X. _____, médecin assistante en charge du suivi de l'assurée, ayant succédé à la Dre Z. _____, se sont prononcées sur le rapport d'expertise du Dr F. _____ et ont notamment contesté la capacité de travail retenue par celui-ci, estimant que la patiente qui présentait une humeur dépressive et d'autres troubles en lien avec cet état, était toujours dans l'incapacité de travailler. Par

courrier du 8 août 2019, le conseil de l'assurée a rappelé que l'assurée était âgée de 62 ans au moment où l'exigibilité professionnelle avait été fixée (cf. rapport d'expertise du Dr F. _____ du 19 mars 2019) et que, par conséquent, le droit à une rente entière se justifiait dans le cas d'espèce. En date du 30 août 2019, le conseil de l'assurée a transmis à l'OAI un courrier du 16 août 2019, par lequel l'employeur a résilié le contrat de travail le liant à l'assurée avec effet au 31 décembre 2019. L'incapacité totale de travailler de l'assurée, attestée par les médecins de la Polyclinique P. _____ de [...] depuis le 17 décembre 2018, a été prolongée sans interruption jusqu'au 31 janvier 2020. A partir du 1er février 2020, elle a continué à être attestée par la nouvelle psychiatre traitante de l'assurée, la Dre L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge de son suivi depuis le 1er janvier 2020. Dans un rapport du 9 avril 2020, la Dre L. _____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Elle a mentionné que sa patiente était toujours en arrêt de travail à 100%, compte tenu du trouble psychique dont elle souffrait et qui avait une répercussion négative directe en lien avec toutes les activités professionnelles dans le marché libre. Par décision du 7 avril 2022, confirmant le projet du 16 avril 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée un trois quarts de rente du 1er décembre

- 6 - 2018 au 28 février 2019, ainsi qu'une rente entière du 1er mars au 30 juin 2019. B. Par acte du 19 mai 2022, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la CASSO, en concluant, principalement, à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1er décembre 2018 et, subsidiairement, à son annulation, la cause étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. En substance, elle a contesté, d'une part, la valeur probante du rapport d'expertise du Dr F. _____ sur plusieurs points, en s'appuyant sur les rapports des Dres T. _____, Z. _____ et X. _____ ; d'autre part, elle a fait valoir que la jurisprudence relative aux assurés proches de l'âge de la retraite était applicable à son cas. Par réponse du 7 juillet 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours, en relevant que les pièces médicales (cf. rapports des 18 avril, 26 juin et 25 juillet 2019 des Dres T. _____, X. _____ et Z. _____) n'étaient pas de nature à l'amener à modifier sa position quant à l'aptitude au travail de la recourante, telle que fixée par le Dr F. _____. Il a précisé que les pièces en question avaient fait l'objet d'un examen par le psychiatre conseil de Z. _____ SA et a renvoyé à la décision sur opposition du 18 mars 2020 de l'assureur perte de gain. Répliquant le 18 juillet 2022, la recourante a confirmé les conclusions prises dans son écriture du 19 mai 2022, en soulignant que l'intimé ne s'était pas prononcé sur certains griefs qu'elle avait soulevés dans son recours, notamment sur la question de l'application de la jurisprudence des assurés proches de l'âge de la retraite, et qu'il avait écarté les avis des Dres T. _____, X. _____ et Z. _____ de manière très succincte et sans tenir compte de la situation réelle. Par duplique du 15 août 2022, l'intimé a informé avoir soumis le dossier de la recourante au Service médical régional de l'AI (SMR) pour examen. Dans son avis du 10 août 2022, le service précité a conclu, que

- 7 - du point de vue purement psychiatrique, les appréciations des différents psychiatres traitants de la recourante pouvaient être suivies. La recourante s'est encore déterminée le 18 août 2022, en constatant que l'intimé, via le SMR, avait reconnu, tout comme ses médecins traitants, son incapacité de travail totale et qu'il semblait avoir implicitement adhérer à sa conclusion principale, tendant à la réforme de la décision attaquée, en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1er décembre 2018. 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, compte tenu des fêtes estivales (art. 96 al. 1 let. b LPA-VD), 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. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière à partir du 1er décembre 2018, étant précisé qu'elle a été mise au bénéfice d'une rente limitée dans le temps, soit d'un trois quarts de rente du 1er décembre 2018 au 28 février 2019, puis d'une rente entière d'invalidité du 1er mars au 30 juin 2019. Singulièrement, sont litigieuses la date à partir de laquelle la recourante peut prétendre une rente entière d'invalidité, la valeur probante du rapport d'expertise du

- 8 - Dr F. _____ sur lequel s'est fondé l'intimé dans sa décision du 7 avril 2022, ainsi que la question de savoir si la jurisprudence pour les assurés proches de l'âge de la retraite s'applique en l'espèce. 3. 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 à la lettre c des Dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, dès lors que le droit à la rente de la recourante est né avant l'entrée en vigueur de la modification et qu'elle avait au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification. 4. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente d'invalidité présuppose notamment que l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année

- 9 - sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Selon l'échelonnement des rentes prévu à l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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 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). d) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

- 10 - 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 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). 6. a) En l'espèce, par décision du 7 avril 2022, l'intimé a octroyé à la recourante un trois quarts de rente d'invalidité du 1er décembre 2018 (à l'issue du délai d'attente d'un an) au 28 février 2019, ainsi qu'une rente entière d'invalidité du 1er mars au 30 juin 2019, en se fondant sur le rapport d'expertise du 19 mars 2019 du Dr F._____. Ce médecin a conclu à une capacité de travail, dans l'activité habituelle, nulle du 24 novembre 2018 au 18 mars 2019, de 80% dès le 19 mars 2019 et de 100% dès le 1er mai 2019. Pour ce qui est du trois-quarts de rente d'invalidité accordé à la recourante du 1er décembre 2018 au 28 février 2019, l'intimé a relevé qu'il convenait de calculer la moyenne des incapacités de travail durant le délai d'attente d'une année pour déterminer le droit à la rente. En l'occurrence, il a retenu que la recourante avait connu 131 jours d'incapacité de travail à 100% du 21 décembre 2017 au 30 avril 2018, 76 jours à 50% du 1er mai au 15

- 11 - juillet 2018, 131 jours à 25% du 16 juillet au 23 novembre 2018 et 27 jours à 100% du 24 novembre au 20 décembre 2018, ce qui aboutissait à une moyenne de 63%. Il a toutefois considéré, de manière erronée, que la recourante avait droit à un trois-quarts de rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente d'une année et à une rente entière d'invalidité seulement à compter du 1er mars 2019. Or la recourante présentait un taux d'incapacité de travail de 100% – dès lors que l'incapacité de travail totale remontait au 24 novembre 2018 – à l'issue du délai d'attente et, partant, un degré d'invalidité de 100%, si bien que le droit à une rente d'invalidité entière était ouvert à compter du 1er décembre 2018 (cf. en ce sens la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], chiffre 4100). Il convient ainsi d'admettre le recours sur ce point déjà. b/aa) L'intimé a mis fin au versement de la rente en faveur de la recourante au 30 juin 2019, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail constatée par le Dr F. _____ (80% dès le 1er mars 2019 et 100% à compter du 1er mai 2019). La recourante conteste l'appréciation du Dr F. _____ et estime qu'elle était toujours totalement incapable de travailler au-delà du 18 mars 2019. Elle fonde ses prétentions sur les rapports des Dres T. _____, X. _____ et Z. _____. bb) Dans l'arrêt AM 11/20 - 33/2021 du 3 août 2021, la CASSO a considéré que le rapport d'expertise du Dr F. _____ avait pleine valeur probante et que les rapports des médecins traitants, en particulier celui de la Dre T. _____ du 18 avril 2019, ne permettaient pas de faire douter des conclusions du rapport d'expertise. Elle a relevé que la Dre T. _____ abondait dans le sens de l'appréciation du Dr F. _____, puisqu'elle mentionnait qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique dans l'activité de femme de ménage et que c'était uniquement parce que l'état dépressif de la patiente était en lien avec son travail d'alors qu'elle ne pouvait pas retourner travailler au même endroit. Elle a ainsi conclu que c'était à bon droit que l'assureur perte de gain avait estimé que l'assurée présentait une capacité de travail entière à compter du 1er mai 2019. Dans son rapport d'expertise, le Dr F. _____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la

- 12 - perturbation d'autres émotions (F43.23). Il a toutefois expliqué que si la symptomatologie existait au-delà de six mois, il ne s'agissait plus d'un simple trouble de l'adaptation et le diagnostic devait être réévalué. Le pronostic de guérison d'un trouble de l'adaptation dépendait aussi, voire essentiellement, de la structure de personnalité prémorbide. A cet égard, l'expert a relevé que même si l'on pouvait exclure tout trouble de la personnalité selon la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) chez l'expertisée, celle-ci présentait des traits accentués de sa personnalité (mécanismes de défenses immatures, victimisation, recherche de reconnaissance) avec une grande blessure narcissique qui expliquaient la capacité d'adaptation affaiblie et, par conséquent, la persistance de certains symptômes anxiodépressifs. Au jour de l'expertise, la symptomatologie anxiodépressive était objectivement en bonne rémission et n'était plus que d'intensité légère. Le pronostic de moyen et long terme restait favorable mais serait avant tout influencé par l'évolution du conflit avec l'employeur. Dans son rapport du 19 avril 2019, la Dre T. _____ a retenu le même diagnostic que l'expert. Elle a constaté cependant que les ruminations anxieuses et le vécu d'injustice avaient persisté depuis la prise en charge de la patiente et que la médication prescrite n'avait que partiellement amélioré son état psychique (persistance d'une thymie abaissée, avec les affects congruents à l'humeur, pleurs, sentiment de culpabilité, perte d'élan vital, troubles du sommeil associés à des ruminations nocturnes, sentiment de désespoir). Elle a conclu à un pronostic favorable sur le plan psychique. On peut donc admettre l'existence d'une amélioration de l'état de

santé de la recourante à partir de mars 2019, correspondant à une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle, telle que déterminée par l'expert. Les rapports subséquents du 25 juillet 2019 de la Dre T. _____ et du 9 avril 2020 de la Dre L. _____ attestent cependant que le retour à une capacité de travail de la recourante à 100%, escomptée par l'expert à partir du 1er mai 2019, n'a pas eu lieu. En effet, ces spécialistes mentionnent au contraire une péjoration de l'état clinique de la recourante. La patiente présente une symptomatologie dépressive et son état psychique reste très fragile. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen est posé vu la symptomatologie présentée par celle-ci, soit une humeur dépressive, de

- 13 - l'anhédonie, de l'asthénie, des angoisses massives et difficilement contrôlables, des signes neurovégétatifs tels qu'une perte d'énergie, une fatigabilité, un sentiment de culpabilité avec un sentiment d'injustice, de même qu'une baisse de la concentration et de l'attention, des troubles du sommeil et des somatisations multiples telles que céphalées, des troubles gastro-intestinaux et des douleurs musculaires. La capacité de travail est considérée comme nulle, un retour dans le monde actif du travail pouvant entraîner au présent une décompensation de l'état de la patiente avec aggravation de la symptomatologie. Les rapports des psychiatres traitants, convaincants et expliquant de manière motivée et claire quelle a été l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante, en particulier à partir du printemps 2019 jusqu'à l'établissement de ces rapports, permettent de remettre en cause les conclusions de l'expert F. _____ quant à l'amélioration de la capacité de travail escomptée dès le 1er mai 2019 qui n'était, somme toute, basée que sur une hypothèse qui ne s'est, en l'occurrence, pas réalisée. Ainsi, si l'on peut retenir que la recourante a connu une amélioration passagère de son état de santé en mars et avril 2019 comme l'ont constaté aussi bien l'expert F. _____ que la psychiatre traitante d'alors, il y a lieu d'admettre que son état de santé s'est péjoré dès fin avril 2019, en raison de divers facteurs (poursuite du conflit avec l'employeur, plusieurs changements de psychiatre engendrant un contexte stressant et déstabilisant) comme l'ont mentionné les médecins traitants, si bien que sa capacité de travail a été à nouveau nulle dès cette date. cc) Le SMR s'est d'ailleurs rallié à l'avis des médecins traitants (cf. avis du 10 août 2022) pour conclure que la recourante avait connu une amélioration du trouble de l'adaptation dont elle souffrait, qui avait duré moins de trois mois entre mars et avril 2019, avant de subir une péjoration de son état de santé dès fin avril 2019. Il y avait ainsi lieu de considérer l'épisode dépressif comme la suite évolutive du trouble de l'adaptation survenu en novembre 2018. Le SMR a également relevé que les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés de gestion des émotions, de planification et d'organisation, une difficulté à maintenir le focus d'attention, une mauvaise gestion du stress, une grande difficulté à

- 14 - accomplir les tâches qui nécessitaient de la rapidité, de l'endurance et de l'adaptation permanente. Le traitement médicamenteux était adapté et répondait à une conduite de thérapie légère. Le dosage plasmatique réalisé durant l'expertise montrait la compliance médicamenteuse pleinement satisfaisante de la recourante. Selon toute vraisemblance, il n'y avait pas lieu d'attendre une amélioration de la capacité de travail entre avril 2020 [recte : 2019] et le début de l'âge de la retraite. dd) Compte tenu de ce qui précède, il convient de suivre l'appréciation des médecins traitants et du SMR pour considérer que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 juin 2019, l'amélioration de l'état de santé psychique de la recourante au printemps 2019 n'ayant été que passagère et ayant duré moins de trois mois. Partant, c'est à tort que l'intimé a mis fin au versement de la rente en

faveur de la recourante au 30 juin 2019. Il y a ainsi lieu d'admettre le recours sur ce point également. c) Il convient encore de déterminer jusqu'à quelle date la recourante a droit à une rente d'invalidité. Selon l'art. 30 LAI, l'assuré cesse d'avoir droit à la rente d'invalidité dès qu'il peut prétendre la rente de vieillesse de l'AVS ou s'il décède. Aux termes de l'art. 21 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance vieillesse et survivants ; RS 831.10), ont notamment droit à une rente de vieillesse les femmes qui ont atteint 64 ans révolus (al. 1, let. b). Le droit à une rente de vieillesse prend naissance le premier jour du mois suivant celui où a été atteinte l'âge prescrit à l'al. 1 (al. 2). L'assurée étant née en mars 1957, elle a perçu une rente de vieillesse à compter d'avril 2021. Partant, elle a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 mars 2021. 7. Vu le résultat sur le plan médical, il n'est pas nécessaire de trancher la question de savoir si la jurisprudence pour les assurés proches de l'âge de la retraite est applicable au cas de la recourante. On précisera

- 15 - cependant que la CASSO, dans son arrêt du 3 août 2021 (AM 11/20 - 33/2021), a estimé que cette jurisprudence n'était pas applicable au cas de la recourante, dans la mesure où son activité habituelle demeurait exigible. 8. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2018 au 31 mars 2021. 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. c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de 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'intimée. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 7 avril 2022 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que D. _____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2018 au 31 mars 2021. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- 16 - IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D. _____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs), TVA et débours compris, à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour la recourante), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. 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.