

# VD\_GERICHTE ZD23.009662 vom 1. September 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-09-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD23.009662](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.009662)

FR: VD\_GERICHTE ZD23.009662 du 1 septembre 2023

IT: VD\_GERICHTE ZD23.009662 del 1 settembre 2023

## Erwägungen

### E. 4

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. a) 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

- 17 - raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Lorsque la personne assurée dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; TF 9C\_137/2010 du 19 avril 2010 ; TF 9C\_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2). b) 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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). 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 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

## **E. 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). 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

- 18 - 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). b) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

## **E. 6**

a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement

- 19 - intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents,

une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

#### **E. 7**

En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée par l'assurée le 12 novembre 2018. La décision litigieuse reconnaît, dans un premier temps, le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité du 1er avril au 31 juillet 2019, puis à une rente entière du 1er août 2019 au 31 mars 2021, puis à une demi-rente d'invalidité du 1er avril au 30 septembre 2021 en raison de troubles psychiatriques. Le droit à la rente est ensuite supprimé à compter du 1er octobre 2021, en référence à l'expertise menée par le Dr T.\_\_\_\_\_ le 19 juillet 2021, reconnaissant à l'intéressée une pleine capacité de travail dans l'exercice de l'activité habituelle, celle-ci étant adaptée, dès le 1er juillet 2021 (suppression trois mois après l'amélioration constatée par

- 20 - l'évaluation de l'expert psychiatre ; cf. art. 88a al. 1 RAI), l'office intimé ayant retenu un degré d'invalidité de 0 %. La reconnaissance du droit à la rente d'invalidité dès le 1er avril 2019 ne prête pas le flanc à la critique au regard des pièces au dossier et ne fait l'objet d'aucune contestation entre les parties ; il n'y a donc pas lieu d'y revenir. A contrario, la recourante s'oppose à la suppression de la demi-rente au 1er octobre 2021, contestant une amélioration de son état de santé et estimant qu'elle présente toujours une incapacité de travail dans quelque activité que ce soit. Pour trancher la question litigieuse, il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé a retenu que l'état de santé de la recourante avait connu une amélioration entre la date d'ouverture de son droit à une rente d'invalidité et le mois de juillet 2021.

#### **E. 8**

a) Sur le plan psychiatrique, l'OAI a confié une première expertise au Dr S.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 15 décembre 2020, cet expert a exclu une toxicodépendance à l'alcool et reconnu un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis avril 2017 (F33.11), un état de stress post-traumatique suite à l'agression subie en mai 2019 (F43.1) avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dépendante actuellement non décompensé (F61), sans effet sur la capacité de travail, ce trouble n'ayant pas empêché l'assurée de travailler dans le passé (expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, p. 39). L'expert a en particulier noté des discordances entre une demande de rente à 100 % et le caractère modéré des limitations fonctionnelles, consistant en une labilité émotionnelle, des difficultés dans les relations interpersonnelles,

une fatigue avec ralentissement psychomoteur objectivable modéré qui fait que tout lui prend plus de temps, des troubles de la concentration modérés, un isolement social partiel mais pas total, avec flashbacks, évitements et cauchemars (expertise du Dr S. \_\_\_\_\_, p. 42). Il a relevé l'absence de suivi psychiatrique hebdomadaire et de changement récent dans le traitement antidépresseur, qui plaiderait également pour l'absence d'un

- 21 - trouble psychique incapacitant. En définitive, l'expert S. \_\_\_\_\_ a retenu une gravité fonctionnelle modérée avec des limitations fonctionnelles modérées, de bonnes ressources limitées par un ralentissement psychomoteur modéré et des troubles de la concentration modérés dans un contexte de flashbacks et d'évitements (idem, p. 41). La capacité de travail dans l'activité habituelle, qui était adaptée, était évaluée à 50 % sans baisse de rendement dès avril 2017, la situation n'étant pas stabilisée et nécessitant une réévaluation dans six à douze mois selon l'évolution (idem, p. 43 ss). Selon l'expert en effet, le pronostic était mitigé et dépendait du maintien d'une psychothérapie, idéalement hebdomadaire, ciblant le trouble de la personnalité, et d'un changement du traitement antidépresseur. À réception de cette expertise, les médecins du SMR ont jugé que celle-ci n'était pas convaincante à plusieurs titres, en particulier s'agissant des diagnostics posés. D'après les Drs H. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, le descriptif de la vie quotidienne ne « collait » pas avec le diagnostic d'épisode dépressif moyen, l'anamnèse ne montrant pas d'anhédonie, l'examinée ayant fait état de quelques plaisirs partiels depuis avril 2017 et les activités de la vie quotidienne étant effectuées, même si l'assurée affirmait qu'elle était plus lente. En outre, le Dr S. \_\_\_\_\_ mentionnait une « concentration cliniquement diminuée modérément », mais soulignait que la recourante parvenait à avoir des discussions soutenues nécessitant de la concentration lors des entretiens d'expertise, ainsi qu'à obtenir des bons scores aux matrices de Raven 1938, malgré une fatigue qui la ralentissait. Du reste, la présence d'un épisode dépressif moyen continu depuis 2017 était peu crédible et la notion de récurrence posait problème ; l'expert avait relevé la mention anamnétique d'un « premier épisode dépressif durant quelques mois en lien avec le décès de sa mère en 2016 d'un cancer et avec le fait de ne pas avoir été engagée à la suite d'un stage pour devenir maître d'accompagnement professionnel », épisode résolutif sans prise de traitements antidépresseurs après quelques mois (expertise du Dr S. \_\_\_\_\_, p. 12 et 13) ; il n'avait toutefois pas fait préciser à l'assurée les symptômes présentés à l'époque, de sorte qu'il n'était pas possible de vérifier si les critères étaient remplis pour

- 22 - considérer qu'il s'agissait d'un épisode dépressif constitué ou s'il s'agissait plutôt d'un trouble de l'adaptation. En ce qui concernait le diagnostic de stress post-traumatique, les médecins du SMR ont relevé que l'évènement déclencheur et son contexte n'étaient pas investigués ni décrits, que l'intensité des symptômes et leur fréquence n'étaient pas précisées et qu'on ne savait pas quelles situations rappelaient potentiellement l'agression subie et généraient des flash-backs. En outre, ce diagnostic n'aurait pas changé l'impact sur le quotidien de l'expertisée, en particulier sur la fatigue ressentie depuis 2017, de sorte que l'influence de celui-ci sur la capacité de travail n'était pas claire. En définitive, les Drs H. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ ont indiqué que leur impression était celle de traits de personnalité borderline qui avaient pu être ponctuellement décompensés, mais qui ne l'étaient plus forcément actuellement, comme l'attestaient les relations amicales conservées et l'anamnèse professionnelle. Ils ont ainsi suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. b) Dès lors, le Dr T. \_\_\_\_\_ a effectué une seconde expertise psychiatrique le 19 juillet 2021, aux termes de laquelle il a posé les diagnostics de trouble

de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte, à deux reprises (F43.22), maintenant en rémission, de trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement d'intensité légère (F41.2) et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (F60.0). L'expert a conclu à une incapacité de travail totale entre le 1er mai 2016 et le 30 septembre 2018, puis de 50 % entre le 1er octobre 2018 et le 30 avril 2019, puis à nouveau totale entre le 1er mai 2019 et le 31 décembre 2020, puis de 50 % du 1er janvier au 30 juin 2021. L'assurée avait selon lui recouvré une capacité de travail totale dès le 1er juillet 2021. L'OAI s'étant fondé sur cette expertise pour nier le droit à une rente d'invalidité à compter du 1er octobre 2021, il s'agit d'en analyser la valeur probante. aa) Sur le plan formel, l'expertise psychiatrique du Dr T.\_\_\_\_\_ ne prête pas le flanc à la critique et remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. En effet,

- 23 - l'expert a établi le contexte médical de la recourante, puisqu'il a résumé son dossier médical, synthétisant les documents médicaux depuis 2010 (expertise du Dr T.\_\_\_\_\_, p. 3 à 7). Il a rapporté les plaintes de l'expertisée et établi une anamnèse particulièrement détaillée sur les plans familial, personnel, professionnel et social, relationnel, médical, ainsi que systématique (idem, p. 7 à 17). Le Dr T.\_\_\_\_\_ a ensuite procédé à des examens cliniques, des tests psychologiques complémentaires et des examens sanguins. Enfin, ses conclusions sont motivées et cohérentes avec les observations rapportées. bb) Sur le plan matériel, l'expert psychiatre a posé chaque diagnostic de manière motivée et détaillée, en se référant à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Il a en particulier observé une absence de ralentissement psychomoteur significatif majeur, ainsi que de trouble mnésique, la concentration et l'attention étant en revanche abaissées ; sur le plan affectif, l'expertisée était dans une légère labilité émotionnelle, mais majoritairement dans un état neutre, l'élan vital étant par ailleurs perceptible avec un accès de principe aux plaisirs. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a du reste indiqué avoir effectué un monitoring de l'antidépresseur prescrit qui avait montré une observance correcte. Il a ainsi exposé que l'état dépressif plus prononcé antérieur avait existé et était ce jour-là à considérer comme bien compensé. Il a relevé deux périodes de décompensation importante d'origine multifactorielle, soit entre mai 2016 et septembre 2018 et entre mai 2019 et fin décembre 2020 et a fixé les périodes d'incapacité de travail en fonction des périodes de perturbation anxiodépressive majeure avec rémission partielle, puis complète dès le 1er juillet 2021 (idem, p. 29). L'expert a également dûment discuté les diagnostics différentiels. Il a en particulier motivé les raisons pour lesquelles il ne retenait pas de trouble de la personnalité. Il a relevé qu'en dehors de quelques insatisfactions personnelles, l'intéressée avait connu des années d'engagement continu, linéaire et positif, ainsi qu'un maintien de son rôle de mère constructif et très fonctionnel ; elle avait pendant toutes ces

- 24 - années effectué plusieurs formations complémentaires, la dernière ayant eu lieu en 2017. Dès lors, ce parcours était à ses yeux absolument atypique pour la suspicion d'un trouble clinique de personnalité (idem, p. 27). S'agissant du diagnostic posé par le Dr S.\_\_\_\_\_ d'état de stress post-traumatique suite à une agression subie en mai 2019, il a expliqué que l'évènement en cause avait consisté en une chute sur le coccyx ayant engendré une fracture et un alitement de trois mois, à cause d'une connaissance de l'assurée qui avait tiré un tabouret au moment où celle-ci avait voulu s'asseoir. Il s'agissait ainsi d'un évènement tout au plus choquant ne remplissant pas les critères d'un trauma, ni d'un stress post-traumatique (ibidem). L'expert T.\_\_\_\_\_ a par la suite procédé à l'évaluation du

caractère incapacitant des atteintes au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables (cf. consid. 5b supra). Sous l'angle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, il a relevé qu'il existait une légère fluctuation anxiodépressive dans le contexte du diagnostic mentionné mais sans impact sur la capacité de travail, observant une nette amélioration sur le plan clinique depuis l'année précédente ; les importantes difficultés contextuelles s'étaient résorbées en majeure partie. Il n'y avait plus de trouble fonctionnel significatif, l'expertisée étant autonome dans les activités quotidiennes et présentant notamment des capacités de jugement et de décision et relationnelles ; cette dernière avait également conservé des ressources valables, en particulier le soutien de sa famille et d'amis. S'agissant du traitement, l'assurée avait montré une compliance correcte et une amélioration significative (idem, p. 30ss). Sur le plan de la cohérence, l'expert a constaté des divergences assez importantes entre les allégations de l'intéressée s'agissant de son état cognitif et thymique et ses constats, de même que des divergences partielles entre les constats de l'expert précédent et ses conclusions et des divergences importantes entre les rapports du psychiatre traitant et ses constats. Il existait un décalage entre les visions objectives et subjectives (idem, p. 31).

- 25 - Sur la base de l'examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels, l'entière capacité de travail dans l'activité habituelle retenue par l'expert apparaît donc cohérente avec la situation objective de la recourante. cc) L'analyse du Dr T. \_\_\_\_\_ n'est, du reste, pas sérieusement mise en doute par les éléments au dossier, contrairement à ce que soutient la recourante, qui allègue que l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ et les rapports rédigés par son psychiatre traitant parviendraient à des conclusions proches et contrediraient le dernier expert. En effet, l'expert T. \_\_\_\_\_ a dûment étayé son positionnement par rapport aux appréciations des Drs R. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, en particulier par rapport aux diagnostics posés dans leurs rapports antérieurs à l'expertise, comme examiné ci-avant (cf. consid. 8b bb supra). On mentionnera par ailleurs la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, selon laquelle ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). En l'occurrence, en termes d'appréciation de la capacité de travail, l'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ n'est pas si éloignée de l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_. La seconde expertise mise en œuvre retient en effet également une capacité de travail de 50 % pour la période à laquelle la première expertise a été réalisée et est ainsi en adéquation avec elle pour ce qui concerne la répercussion des atteintes sur la capacité de travail à cette date ; la seconde expertise est même plus favorable à l'assurée en ce sens qu'elle reconnaît une incapacité de travail totale pour certaines périodes de crises, que le Dr S. \_\_\_\_\_ ne retenait pas. En outre, le premier expert avait précisé que la situation psychiatrique n'était pas stabilisée et que la capacité de travail devait être réévaluée dans les six à douze mois ; il envisageait ainsi qu'une amélioration puisse survenir à plus ou moins court terme, ce qu'a effectivement constaté le Dr T. \_\_\_\_\_. L'appréciation du Dr S. \_\_\_\_\_ ne s'oppose ainsi pas à l'admission d'une

- 26 - capacité de travail entière sept mois plus tard. A cela s'ajoute que le Dr S. \_\_\_\_\_ avait lui aussi relevé des incohérences dans les avis émis par le psychiatre traitant de l'assurée, qui retient une incapacité de travail totale alors que la journée type de l'assurée ne laisse pas présager d'une telle incapacité (cf. expertise du Dr S. \_\_\_\_\_, p. 42). En ce qui

concerne le rapport du 24 janvier 2022 établi par le Dr R. \_\_\_\_\_ à la suite de l'expertise, il ne permet pas non plus d'en remettre en cause le bienfondé, contrairement à ce que soutient la recourante. Le psychiatre traitant pose à nouveau le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), avec présence de critères d'une personnalité anxieuse-évitante, sans faire valoir d'arguments permettant de jeter le doute sur les conclusions dûment motivées de l'expert T. \_\_\_\_\_, qui a écarté un tel diagnostic. En effet, les arguments présentés par le psychiatre traitant en faveur d'un trouble de la personnalité, à savoir que plusieurs critères sont présents pour retenir un tel trouble et que l'interprétation du Dr T. \_\_\_\_\_ serait subjective, ne sont qu'une appréciation différente d'une même situation et ne permettent pas de remettre en cause le raisonnement de l'expert, faute d'éléments objectifs. On relèvera d'ailleurs que le Dr S. \_\_\_\_\_ avait certes retenu un trouble de la personnalité mais considéré que celui-ci n'avait, quoi qu'il en soit, pas de répercussion sur la capacité de travail. Le Dr R. \_\_\_\_\_ atteste également une nette péjoration de l'état de santé de sa patiente depuis août 2021. Il y a lieu de constater que cette péjoration intervient peu après l'expertise mise en œuvre auprès du Dr T. \_\_\_\_\_, laquelle a été communiquée à la recourante, par son psychiatre traitant, en septembre 2021. De plus, la recourante a reçu, en décembre 2021, un projet de décision de l'OAI refusant toute rente au-delà du 30 septembre 2021. Or une décompensation passagère après réception des conclusions d'une expertise, tout comme d'une décision de l'OAI, ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante d'autant plus qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a). A cela s'ajoute que le psychiatre traitant atteste une capacité de travail de 40 à 50 % en reconversion professionnelle, ce qui laisse en réalité présager d'une amélioration de la

- 27 - situation au regard des précédents rapports attestant une incapacité de travail totale depuis septembre 2017, tout comme le fait que le traitement de l'intéressée n'ait subi aucune modification depuis 2020. Enfin, les remarques quant à l'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ présentées au pied du rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ concernent des détails sans réelle incidence sur l'issue du litige, comme la renonciation ou non de l'assurée quant à la réinsertion proposée. Le Dr R. \_\_\_\_\_ reproche en outre à l'expert d'avoir retenu que les dernières scarifications remontaient à six ans, au lieu de six mois, ce qui est erroné ; l'expert mentionne en effet ces six années dans la partie relative à la synthèse des documents au dossier et, plus particulièrement, lorsqu'il résume le rapport du 6 avril 2020 du P. \_\_\_\_\_, mais il n'exclut nullement que de nouveaux épisodes de scarification se soient produits postérieurement à cette date. dd) La recourante fait également valoir que le Dr T. \_\_\_\_\_ n'aurait pas tenu compte des périodes de consommation excessives d'alcool et des automutilations. Or, il ressort précisément du rapport d'expertise que les médecins du P. \_\_\_\_\_, dans leur rapport du 6 avril 2020, avaient constaté une consommation d'alcool problématique, sans la mettre en évidence ; l'assurée, lors de l'entretien avec l'expert, avait confirmé qu'elle avait dans cette période une forte tendance à boire, par moments incontrôlée. L'expert T. \_\_\_\_\_ a discuté de cette problématique avec l'expertisée et dûment vérifié l'alcoolémie de celle-ci par des contrôles sanguins. Il a conclu que cette consommation excessive était à comprendre dans le contexte de la surcharge et de la décompensation transitoire (cf. expertise du Dr T. \_\_\_\_\_, p. 28-29). S'agissant des tendances à l'automutilation, il en est fait état à plusieurs reprises durant l'expertise, étant précisé qu'elles apparaissaient lorsqu'il y avait un trop-plein et que l'intéressée n'en souffrait pas actuellement ; des réactions momentanées avec débordements étaient tout à fait possibles sans penser à une pathologie majeure (idem, p. 16, 21 et 26). Les griefs de la

recourante doivent ainsi être écartés. Il en va de même de l'allégation de l'intéressée selon laquelle l'examen du Dr T. \_\_\_\_\_ se serait limité au comportement présenté lors de l'expertise, l'expert ayant au contraire pris connaissance de l'ensemble du dossier et discuté de la situation de

- 28 - l'expertisée au regard des rapports médicaux au dossier (cf. consid. 8a aa supra). ee) La recourante reproche encore à l'expert T. \_\_\_\_\_ d'avoir retenu dans l'évaluation « mini-CIF » l'activité de dessinatrice en bâtiment, et non celle de vendeuse. D'après elle, elle n'aurait plus exercé l'activité de dessinatrice en bâtiment depuis plus de trente ans et sa dernière activité consistait en celle de vendeuse dans une boutique [...]. A cet égard, on relèvera que la recourante a elle-même indiqué le 14 décembre 2018, dans le questionnaire de détermination du statut, que, sans l'atteinte à la santé, elle exercerait l'activité de dessinatrice en bâtiment ou de maître socio-professionnel depuis avril 2017, à 100 %. Elle a également déclaré à l'expert que le domaine de la vente ne l'intéressait plus (expertise du Dr T. \_\_\_\_\_, p. 27). L'expert était du reste parfaitement informé de la situation professionnelle de l'intéressée, puisqu'il a dûment noté que celle-ci avait effectué un CFC de dessinatrice en bâtiment, puis avait longuement exercé une activité dans la vente (idem, p. 26). Dans ces conditions, il était admissible que l'expert prenne comme activité professionnelle de référence celle de dessinatrice en bâtiment, que la recourante aurait vraisemblablement reprise sans l'atteinte à la santé. On ajoutera à toutes fins utiles que l'expertise manque certes de clarté quant à savoir quelle activité est finalement retenue comme « habituelle », dans le chapitre relatif aux réponses aux questions de l'OAI s'agissant de la « capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici » (idem, p. 32). Dans la mesure où le Dr T. \_\_\_\_\_ ne retient plus aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique, cette question est toutefois sans incidence sur l'issue du litige, puisque tant l'activité de vendeuse que celle de dessinatrice en bâtiment apparaissent en définitive adaptées. ff) Compte tenu des éléments qui précèdent, il convient de s'en tenir aux conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr

- 29 - T. \_\_\_\_\_, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. L'OAI était donc fondé à retenir que la recourante disposait à nouveau d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle sur le plan psychiatrique dès le 1er juillet 2021.

## **E. 9**

Sur le plan somatique, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir suffisamment instruit son dossier, en particulier s'agissant de l'aggravation attestée par son médecin traitant, et de ne pas avoir tenu compte de ses limitations fonctionnelles physiques. a) La recourante présente des lombalgies chroniques depuis 2010, pour lesquelles elle a déposé deux demandes de prestations auprès de l'OAI en 2011 et 2015. Elle a en effet souffert dès le 27 septembre 2010 d'une discopathie dégénérative D12-L1 avec une hernie discale et une discopathie dégénérative L5-S1. Après une période d'incapacité de travail, l'OAI a relevé que l'assurée avait été capable de reprendre son activité habituelle de vendeuse à plein temps dès le 10 octobre 2011, de sorte qu'il a rejeté sa demande de prestations par décision du 31 janvier 2012. L'intéressée a ensuite subi une discectomie percutanée L4-L5 en 2012 et connu une aggravation de ses troubles au printemps 2014, ayant nécessité un recalibrage canalaire L4-L5 avec mise en place de deux amortisseurs interépineux L4-L5 et L5-S1 en 2014 (cf. rapports du

## E. 12

novembre 2021 du Dr Z.\_\_\_\_\_ et du 12 février 2020 du Dr D.\_\_\_\_\_). La recourante a ainsi à nouveau subi une période d'incapacité de travail. L'OAI a toutefois constaté, par décision du 24 septembre 2015, qu'elle était capable de reprendre son activité habituelle de vendeuse à plein temps à partir du 27 février 2015 et a donc rejeté la demande de prestations. L'assurée n'a recouru contre aucune de ces décisions, lesquelles sont entrées en force. b) En l'occurrence, on relèvera tout d'abord que, contrairement à ce que soutient la recourante, l'OAI a bel et bien instruit la cause sur le plan somatique en requérant un rapport du médecin traitant, sur conseil de la Dre H.\_\_\_\_\_ figurant dans l'avis SMR du

## E. 13

août 2021. Or, ni le rapport du 12 novembre 2021 du Dr Z.\_\_\_\_\_ à

- 30 - l'OAI, ni le rapport du 12 février 2020 du Dr D.\_\_\_\_\_ y annexé, ne permettent de rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé physique de l'intéressée depuis la dernière décision du 24 septembre 2015. Le rapport du médecin traitant du 12 novembre 2021 mentionne certes une aggravation sur le plan physique. Il ne fait pourtant état d'aucun nouveau diagnostic au niveau dorsal, indiquant uniquement des « lombalgies chroniques dès 2010 dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire, discectomie percutanée L4-L5 en 2021 [recte : 2012], recalibrage canalaire L4-S1 et mise en place de deux amortisseurs interépineux », connus de longue date. Il indique en outre que les limitations fonctionnelles consistent en des troubles dégénératifs majeurs au niveau du dos, sans plus de détail. Or, l'OAI a retenu, dans ses décisions des 31 janvier 2012 et 24 septembre 2015, que l'activité habituelle de l'assurée, soit vendeuse dans une boutique [...], était adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques ; la recourante avait d'ailleurs repris son activité entre octobre 2011 et le printemps 2014, malgré ses lombalgies, étant précisé que la raison pour laquelle elle n'a pas repris cette activité en 2015 est son licenciement survenu cette année-là (cf. notamment expertise du Dr T.\_\_\_\_\_, p. 26). Il sied donc de constater que le médecin traitant ne fait état d'aucun élément objectivant une aggravation de l'état de santé physique de sa patiente. Ce dernier mentionne aussi une fracture coccygienne post-traumatique en mai 2019, sans plus de précision. Une telle atteinte se résorbe en quelques mois et n'est selon toute vraisemblance pas invalidante, ce que la recourante ne prétend du reste pas. Quant au rapport établi le 12 février 2020 par le Dr D.\_\_\_\_\_, il pose les diagnostics nouveaux de douleurs récurrentes de la hanche droite sur tendinopathie des muscles ilio-psyas, moyen fessier, rotateurs externes de hanche et probablement TFL, avec anamnèse de syndrome de la bandelette ilio-tibiale proximale droite, en sus des lombalgies chroniques. Le médecin précité explique toutefois que ces douleurs à la hanche droite sont d'origine essentiellement musculaire, liées

- 31 - probablement notamment à un déconditionnement avec manque de souplesse musculaire. Il a prescrit de la physiothérapie et l'application locale de Traumalix forte Emgel. En l'absence d'une pathologie coxo-fémorale ou sacro-iliaque, une aggravation de l'état de santé physique n'est pas non plus rendue vraisemblable. On relèvera encore que ces atteintes ne sont pas mentionnées dans le rapport postérieur du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2021, probablement car les douleurs se sont résorbées grâce au traitement préconisé par le Dr D.\_\_\_\_\_. La recourante a également produit, à l'appui de son recours, un rapport établi le 12 juillet 2022, par lequel le Dr X.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de probable atteinte musculotendineuse au niveau péritrochantérien à droite, excluant une radiculopathie au niveau L4-L5. Aucune intervention chirurgicale n'était

nécessaire, mais le médecin préconisait de la physiothérapie et éventuellement une infiltration au niveau de la bourse trochantérienne, que la patiente refusait en l'état. Un tel diagnostic hypothétique et non étayé, ne relevant de surcroît pas d'une pathologie, sans indication de nouvelles limitations fonctionnelles ayant une incidence sur la capacité de travail, ne permet toutefois pas de rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé physique. c) Au vu de ce qui précède, il sied de retenir que l'état de santé physique de la recourante ne s'est pas aggravé depuis la dernière décision rendue par l'OAI le 24 septembre 2015, et que l'activité habituelle de cette dernière est adaptée à ses limitations fonctionnelles liées aux lombalgies chroniques. C'est donc à juste titre que l'intimé a uniquement tenu compte de l'invalidité liée à l'état psychique de l'assurée dans sa décision du 30 janvier 2023. 10. Dès lors que la recourante présente une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (méthode de la comparaison en pour-cent ; cf. consid. 4a supra), soit en l'espèce 0 % dès le 1er juillet 2021, ce qui met fin à son droit à la rente au 30 septembre 2021, trois mois après cette amélioration (art. 88a al. 1 RAI).

- 32 - 11. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. 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 la recourante, vu le sort de ses conclusions. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 7 mars 2023 lui octroyant l'assistance judiciaire, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 118 al. 1 let. b et 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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