

VD_GERICHTE ZD24.032778 vom 22. Juli 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-07-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.032778

FR: VD_GERICHTE ZD24.032778 du 22 juillet 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.032778 del 22 luglio 2025

Erwägungen

E. 11

avril 2023. La naissance du droit éventuel à une rente ne peut intervenir que six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit, en l'espèce, le 1er octobre 2023, si bien qu'on appliquera le droit en vigueur dès le 1er janvier 2022. 3. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

- 12 - c) 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 intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1er janvier 2022), 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 la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b). d) 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). 4. 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

- 13 - 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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 comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause

- 14 - leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un

assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2). e) 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). Il convient 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).

- 15 - Une fois le diagnostic posé, le caractère invalidant des 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). 5. L'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par la recourante le 11 avril 2023, qu'il a instruite en demandant des rapports au Dr K. _____ et en soumettant la recourante à un examen clinique psychiatrique auprès du SMR. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision du 4 juin 2020, entrée en force et reposant sur un examen complet du droit aux prestations, et la décision litigieuse du 14 juin 2024, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. a) La recourante a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 17 octobre 2014, à la suite de problèmes psychiques. Pour l'essentiel, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du B. _____ SA du 4 octobre 2019 et son complément du 22 janvier 2020 pour motiver sa décision du 4 juin 2020. En résumé, les experts ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité mixte (F61.0), avec des traits anxieux, dépendante et histrionique, existants depuis l'adolescence et de douleur diffuse sans support anatomique et n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle. Ils ont estimé que la recourante avait présenté une incapacité totale de travail entre le mois de mai 2014 et ce jusqu'au 1er janvier 2016, date à partir de laquelle elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dans toute activité. b) La deuxième demande déposée par la recourante est motivée par les nouveaux diagnostics posés par le Dr K. _____, présents depuis à tout le moins le mois de juin 2020, à savoir une schizophrénie paranoïde (F20) et des troubles dépressifs récurrents avec symptômes

- 16 - psychotiques (F33) (cf. rapport médical du Dr K. _____ du 7 juin 2023). Par ailleurs, la recourante conteste la valeur probante du rapport d'examen clinique établi par le SMR le 26 février 2024, en particulier s'agissant des diagnostics posés et de leurs conséquences sur sa capacité de travail. Pour sa part, l'intimé estime que le rapport du SMR en question remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. c) Selon le rapport d'examen clinique du 26 février 2024, le Dr T. _____ a retenu les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'autres troubles psychotiques non organiques (F28), de troubles mixtes de la personnalité avec traits

anxieux et dépendants principalement (F61.0) et d'anxiété généralisée (F41.1). Il a écarté le diagnostic de schizophrénie. A cet égard, il a indiqué que les phénomènes hallucinatoires ne se produisaient qu'en situation hypnagogique, selon l'anamnèse de la recourante, à savoir la nuit aux réveils. Il n'y avait pas d'hallucinations auditives et il n'y en avait jamais eues. Les hallucinations cénesthésiques décrites étaient plutôt un vécu de sensation de présences à côté d'elle et ne mettaient pas en jeu des sensations corporelles qui, stricto sensu, correspondaient à des hallucinations cénesthésiques. Les hallucinations auditives étaient uniquement des bruits entendus aux réveils, qui pouvaient durer de quelques minutes jusqu'à l'endormissement (endormissement qui ne dépassait pas une demi-heure) et il n'y avait pas d'hallucinations verbales. Ces phénomènes existaient même avant le début de l'âge adulte. Il n'était retrouvé aucun autre phénomène de type psychotique. En situation d'interactions sociales, en particulier avec des personnes que la recourante ne connaissait pas ou, même si elle les côtoyait régulièrement dans le voisinage, elle ne pouvait connaître les pensées et les jugements mais elle pouvait se sentir rapidement méfiante, avec un sentiment de préjudice de la part de l'interlocuteur. Ce phénomène était général et existait depuis l'adolescence, voire selon la recourante, depuis l'enfance. Était également atypique le fait que ce sentiment de préjudice ou méfiance

- 17 - s'accompagnait d'un vécu plus « dépressif » de catastrophe imminente, permanent depuis l'adolescence de la recourante. Cela s'intégrait également dans un vécu très pessimiste depuis l'adolescence. Il n'était repéré à l'examen aucun autre symptôme de type psychotique et les rapports psychiatriques ne faisaient pas mention d'autres symptômes. Ainsi, le Dr T. _____ a rejeté le caractère typique des hallucinations, tel que retenu par le psychiatre traitant, au vu des caractéristiques purement hypnagogiques des phénomènes. Quant aux phénomènes diurnes, ils existaient uniquement en situation d'interactions sociales ou lorsque la recourante quittait le domicile et ils s'intégraient avec une thématique de catastrophe, qui n'était pas non plus typique. Il n'y avait aucun phénomène d'ordre interprétatif. Par ailleurs et ce qui renforçait le caractère atypique des phénomènes, était le manque d'adhésion à ces symptômes, puisque même si la recourante ne remettait pas en cause leur existence, elle critiquait le caractère normal et considérait qu'ils étaient pathologiques. De ce fait, au vu de la forte atypicité des symptômes, le diagnostic de schizophrénie paranoïde devait être écarté et celui d'autres troubles psychotiques non organiques (F28) devait être retenu. Le Dr T. _____ a rejeté le diagnostic de trouble schizotypique. En effet, il n'y avait pas de croyances ou d'idées bizarres magiques qui influençaient le comportement de la recourante. Le contact était normal et pas pauvre. La tendance au retrait social était ancienne et finalement modérée, au vu de sa vie quotidienne, avec une assurée qui, depuis longtemps, avait restreint le réseau social à un réseau familial, qui maintenait les quelques centres d'intérêt préexistants et qui était globalement autonome dans les activités instrumentales de la vie quotidienne. Il n'y avait pas d'affect inapproprié ou restreint. Il n'y avait pas d'épisode transitoire quasi psychotique autre que ceux décrits. La pensée n'était pas vague et circonstanciée. Au total, il n'existait que deux symptômes sur les huit composant le trouble schizotypique. La Classification internationale des maladies (CIM) imposait au moins quatre symptômes, éventuellement trois, pour parler de trouble schizotypique, ce qui a amené le Dr T. _____ à rejeter ce diagnostic.

- 18 - Le Dr T. _____ a également écarté le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. En effet, à l'examen, il n'était repéré aucun des trois critères majeurs de dépression, à savoir humeur triste, diminution de l'activité ou du plaisir ou

restriction du style de vie et fatigabilité. A l'anamnèse, la recourante ne décrivait qu'une fatigue, plus ou moins permanente, qui n'était pas repérée lors des deux heures d'examen. Elle ne décrivait de tristesse que de manière cyclique et labile, accompagnant parfois les épisodes anxieux. La recourante, qui avait toujours eu peu de centres d'intérêt, les maintenait dans le temps et il n'y avait donc aucune diminution de l'activité ou du plaisir pour des activités qui en procuraient auparavant. Par ailleurs, la recourante ne verbalisait pas d'idées de dévalorisation ou de culpabilité. Elle n'exprimait pas une vision pessimiste de l'avenir, si ce n'était sur l'état de santé de son père et de sa sœur cadette. La recourante niait avoir eu une mésestime de soi, même étant jeune et en avoir actuellement. Il n'y avait pas de diminution de l'appétit chez une assurée qui grossissait régulièrement. Elle ne présentait pas actuellement de troubles du sommeil, puisque les ré-endormissements, même après les épisodes hypnagogiques, se faisaient au maximum en une demi-heure. L'endormissement, le soir, se faisait entre une demi-heure et une heure. L'assurée n'exprimait aucune idée suicidaire et, hormis l'épisode qui avait motivé une hospitalisation, il n'y avait jamais eu d'autres actes suicidaires. En accord avec l'expertise de 2019, il fallait écarter le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, la situation n'étant pas différente sur le plan thymique depuis lors et le psychiatre traitant n'invoquant pas de symptômes nouveaux, qui n'avaient pas déjà été écartés par l'expertise. En revanche, le Dr T. _____ a retenu le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1), en raison des épisodes neurovégétatifs fréquents décrits par la recourante (chaleur dans les épaules ou constriction thoracique, avec sensation de mourir). Il a également retenu le diagnostic de trouble mixte de personnalité avec traits dépendants et anxieux (F61.0), en accord avec l'expertise de 2019.

- 19 - S'agissant de l'effet des diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, le Dr T. _____ a indiqué que l'analyse des indicateurs standards montrait que le diagnostic d'autres troubles psychotiques et non organiques, qui était présent depuis au moins l'adolescence, n'avait jamais empêché la recourante de travailler à 100 %, que ce soit comme agente d'entretien ou comme contrôleur qualité. Les symptômes pouvaient être plus intenses et fréquents surtout en périodes d'anxiété et de stress, liés à des événements de vie négatifs mais ils n'entraînaient pas de décompensation. Par ailleurs, la recourante était autonome. Le diagnostic d'anxiété généralisée impliquait des phénomènes neurovégétatifs épisodiques, de manière récurrente depuis des années, qui n'étaient pas incapacitants du fait de leur faible durée, surtout lorsqu'ils se produisaient à certains horaires, comme l'endormissement. Ils pouvaient entraîner une incapacité partielle lorsqu'ils étaient journaliers, voire pluri-journaliers, comme ça avait été le cas entre mai et septembre 2023, lorsque la recourante avait appris les problèmes de santé de sa famille. Ce diagnostic qui existait depuis des années, y compris lorsque la recourante avait pu travailler à 100 %, n'entraînait que des incapacités partielles non durables, inférieures à six mois. Enfin, le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants et anxieux, qui n'était pas en décompensation lors de l'expertise, ne l'était toujours pas au jour de l'examen. Il n'était donc pas incapacitant et ne l'avait jamais été. Le Dr T. _____ a ainsi estimé que la capacité de travail de la recourante dans toute activité était de 100%, depuis la dernière décision de l'OAI de 2020. d) A la demande de la recourante, le Dr K. _____ a pris position, dans un courrier du 20 avril 2024, sur le rapport du SMR du 26 février 2024. En résumé, le médecin précité a relevé que le Dr T. _____ n'avait ni discuté, ni étudié de façon argumentée les conséquences de la prise des neuroleptiques sur la clinique objective de la recourante. Il a souligné que les diagnostics posés par le Dr T. _____ n'étaient pas en adéquation avec les signes cliniques qu'il avait observés, en particulier

- 20 - parce que ceux-ci étaient partiellement contrôlés par la prise de la médication. A cet égard, le Dr K. _____ a relevé que la recourante avait arrêté la prise de l'Abilify (neuroleptique) et du Trittico (anxiolytique et antidépresseur), en raison d'une grossesse présumée en décembre 2024. L'arrêt de ces médicaments avait eu pour conséquence une aggravation nette des symptômes, en particulier la réapparition des bruits nocturnes et de l'angoisse. En raison de l'intensité très importante des symptômes, la recourante, qui souhaitait avoir un autre enfant, avait renoncé à ce projet pour permettre la reprise de sa médication. Cette reprise avait eu un effet rapide et significatif sur les symptômes. Par ailleurs, le Dr K. _____ a rappelé qu'aucun autre médicament ou psychothérapies testés par la recourante n'avait permis une amélioration ou une stabilisation, contrairement à l'Abilify. S'agissant des bruits entendus par la recourante, le Dr K. _____ a souligné qu'il ne s'agissait en aucun cas de bruits hypnagogiques. Il s'agissait de bruits qui la réveillaient et une fois éveillée, elle éprouvait des sensations tactiles de type attouchement sexuel, de façon constante, toutes les nuits, accompagnées d'angoisse et du sentiment envahissant d'être vue par une présence diabolique la nuit. L'intensité des symptômes se chiffraient à 8 sur 10. Le Dr K. _____ a, en outre, relevé que la constance quotidienne, des années durant, sans aucune variation ni modification de la perception d'attouchements sexuels, de présence angoissante paranormale, rendait inadéquate la notion d'étiologie hypnagogique, dont les pseudo-hallucinations, par nature ou définition, ne pouvaient pas être si nettes, si stables, si précises d'une nuit à l'autre quelles que soient les conditions de repos, de fatigue etc. En outre, il fallait également tenir compte du fait que ces symptômes s'inscrivaient dans un vécu globalement persécutif d'autrui, argument plaidant aussi contre la qualification de phénomène hypnagogique. S'agissant du diagnostic de schizophrénie paranoïde, le Dr K. _____ a rappelé que, dans ce cadre, les idées délirantes devaient être au premier plan de la symptomatologie, les perturbations de l'affect, de la volonté et du langage ainsi que les symptômes catatoniques devaient être relativement discrets. Les idées délirantes pouvaient être de n'importe

- 21 - quel type mais les idées de persécutions ou d'influence étaient parmi les plus caractéristiques. La recourante présentait des autres idées délirantes inadéquates à la culture (comme, dans son cas, le fait de croire qu'avoir un garçon était dangereux), des hallucinations persistantes et une modification globale persistante du comportement à type de retrait social. Selon le Dr K. _____, les signes cliniques ne répondaient pas au diagnostic d'autres troubles psychotiques non organiques tel que posé par le Dr T. _____. En effet, si les perceptions nocturnes n'étaient qu'hypnagogiques, comme le prétendait le Dr T. _____, celui-ci aurait dû expliquer en quoi consistait la psychose, nécessaire pour répondre au diagnostic d'autres troubles psychotiques. En revanche, si les perceptions n'étaient pas hypnagogiques, le diagnostic susmentionné était trop indéterminé, en particulier en présence d'autres mécanismes délirants et inadéquats. Le Dr K. _____ a, par ailleurs, exposé, de manière détaillée, les motifs expliquant l'évolution de son diagnostic depuis le début de sa prise en charge en 2014. Il a encore indiqué que les diagnostics d'anxiété généralisée, de personnalité dépendante, anxieuse ou borderline ne tenaient pas suffisamment compte des éléments cliniques qu'il avait observés et celui de trouble de l'adaptation aurait dû, au moins partiellement, être amendé par les différentes et multiples psychothérapies suivies par la recourante. S'agissant du diagnostic de personnalité anxieuse, il a souligné que toute psychose comportait de l'anxiété et de l'angoisse. La recourante avait un besoin très fort de savoir que la qualité de son geste professionnel ou privé était parfaite et si l'un de ses supérieurs ou de ses collègues la

critiquait, son niveau de stress augmentait au point que, n'arrivant plus à gérer, elle quittait l'atelier. Cela allait au-delà du simple besoin de reconnaissance, dont une personnalité anxieuse avait besoin. Enfin, sur la question de la capacité de travail, le Dr K. _____ a indiqué que, même sous traitement, la recourante devait faire de gros efforts pour contenir son trouble anxieux et que, dès que le niveau de

- 22 - stress augmentait, elle se trouvait à la limite de la décompensation devant s'isoler et quitter son atelier ou son stage. Une augmentation du dosage de la médication n'était toutefois pas envisageable en raison de l'augmentation des effets secondaires et du risque sur la santé (risque métabolique, risque de sédation métabolique, cognitive et comportementale). Si l'état de la recourante était actuellement stable, c'était grâce à la médication mais aussi par une exposition au stress minimale. Une exposition supérieure au stress mettrait en péril cette stabilité. La capacité de travail était donc nulle dans toute activité. e) Tant l'avis du Dr T. _____ du SMR que celui du Dr K. _____ sont motivés de manière détaillée et convaincante, en particulier sur les motifs pour lesquels chacun de ces médecins retient un diagnostic plutôt qu'un autre. Dans la mesure où ils ne s'accordent pas sur ces points, il apparaît difficile, déjà pour ce motif, de départager ces avis, sans connaissances médicales approfondies. En outre, il semble que les deux médecins se soient fondés, s'agissant des phénomènes hallucinatoires (bruit, effleurement, présence) dont souffre la recourante, sur un état de fait différent, à savoir pour le premier nommé, ceux-ci intervenaient lors de l'état de conscience intermédiaire entre celui de la veille et du sommeil (état hypnagogique) et pour le second alors que la recourante était bien éveillée. De plus, alors que le Dr K. _____ rapporte que la recourante éprouve, outre des sensations de présence, des sensations tactiles de type attouchements sexuels, le Dr T. _____ ne parle que des sensations de présence et écarte ainsi les hallucinations cénesthésiques. Dans la mesure où ces éléments apparaissent déterminants pour la qualification du diagnostic, il conviendra d'éclaircir ces points. Par ailleurs, le Dr T. _____ fait état, dans son examen du diagnostic de schizophrénie, d'un vécu « dépressif » de catastrophe imminente et d'un vécu très pessimiste depuis l'adolescence de la recourante. Toutefois, dans le cadre de son examen du diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, il indique que la recourante n'exprimait pas une vision pessimiste de l'avenir, ce qui apparaît contradictoire. Enfin, bien qu'il ait eu connaissance du traitement médicamenteux de la recourante, le Dr T. _____ ne semble pas en tenir

- 23 - compte dans son appréciation, en particulier quant à l'effet de celui-ci pour contenir la gravité des phénomènes hallucinatoires et l'aggravation de ceux-ci lors de l'arrêt du traitement. Il ne se prononce pas davantage sur la pertinence de ce traitement, plus particulièrement sur les conséquences en matière de diagnostic de l'effet bénéfique du traitement rapporté par le Dr K. _____. Quant aux effets des atteintes à la santé dont souffre la recourante, là encore les deux médecins ne sont pas d'accord. Chacun des médecins ayant motivé son appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, se fondant sur leurs diagnostics respectifs, il y a lieu, là également, de constater qu'il n'est pas possible de départager ces avis, sans des connaissances médicales approfondies. f) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il convient d'admettre qu'au terme de l'examen des rapports médicaux produits par la recourante, des doutes subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le SMR. Il était donc nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique afin de lever ces doutes. En l'occurrence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 44

LPGA), pour qu'il mette en œuvre une telle expertise, au besoin après avoir complété le dossier de la recourante. 6. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'y donner suite. 7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 14 juin 2024 par l'intimé annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal - 24 - cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe. c) Vu le sort de ses conclusions, la recourante 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 2500 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 intégralement à la charge de l'intimé.

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