

VD_GERICHTE ZD24.050238 vom 23. September 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-09-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.050238

FR: VD_GERICHTE ZD24.050238 du 23 septembre 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.050238 del 23 settembre 2025

Erwägungen

E. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (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-

- 17 - 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 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). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). e) 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

- 18 - 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). 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 asséculo-logique. 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). f) 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

- 19 - résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

E. 5

a) Il convient tout d'abord d'examiner la capacité de travail de la recourante, étant rappelé que les parties s'accordent sur le fait que son activité habituelle est adaptée à ses atteintes à la santé sur le plan somatique ; seul le volet psychiatrique est litigieux. b) Afin d'éclaircir les atteintes psychiques de la recourante et leur incidence sur la capacité de travail, l'intimé a mis en œuvre une première expertise auprès des Drs M. _____ et W. _____ du Q. _____ qui ont conclu, dans leur rapport d'expertise du 31 janvier 2022, que la recourante présentait une incapacité de travail totale depuis le diagnostic du cancer de l'endomètre en décembre 2019 mais qu'elle devrait pouvoir récupérer une capacité de travail à compter du 1er octobre 2021, au taux de 60 % dans toute activité de l'économie libre et de 75 % dans un environnement de travail particulièrement bienveillant. Comme l'a observé le SMR dans son avis du 15 mars 2022, ce rapport d'expertise est insuffisamment

étayé et a été établi plus de six mois après l'entretien d'expertise avec la recourante, sans que les experts n'aient actualisé les informations sur lesquelles ils avaient fondé leur appréciation et leur pronostic quant à la récupération d'une capacité de travail résiduelle. Un complément d'expertise a alors été requis par le SMR et les experts du Q. _____ ont établi, le 23 juin 2022, un rapport d'expertise complémentaire, après un nouvel entretien avec la recourante le 7 juin 2022. Or, pour les raisons exposées par le SMR dans son avis du 30 août 2022, ce complément d'expertise n'est pas probant et soulève de nouvelles interrogations. Les experts ont notamment posé des diagnostics différents à ceux qu'ils avaient retenus précédemment sans étayer suffisamment leur nouvelle appréciation. Dans leur complément d'expertise, ils ont estimé que les limitations de la recourante s'inscrivaient dans un contexte de réactivation des traumatismes vécus durant l'enfance et la vie adulte, tout en écartant le diagnostic de trouble de stress post-traumatique posé précédemment et sans fournir d'explications à ce sujet. Ils n'ont pas non plus expliqué pourquoi ils ne

- 20 - retenaient plus le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité, avec traits de personnalité de type dépendante et de type émotionnellement labile, qui avait été posé dans leur précédent rapport d'expertise. Ils ont conclu que la recourante présentait une incapacité de travail totale depuis novembre 2019 sans avoir procédé à un examen du retentissement de ses atteintes à la santé à l'aune des indicateurs de la jurisprudence. Au vu des contradictions et lacunes de l'expertise des Drs M. _____ et W. _____ du Q. _____, c'est à juste titre que l'intimé a ordonné une deuxième expertise qui a été réalisée par le Dr X. _____ le 8 juin 2023. c) Sur le plan formel, l'expertise du Dr X. _____ ne prête pas le flanc à la critique. L'expert a procédé à une étude circonstanciée du cas sur la base des rapports médicaux versés au dossier qu'il a résumés. Il a tenu compte des plaintes et déclarations de la recourante, a décrit son quotidien et établi une anamnèse détaillée sur les plans familial, personnel, socio-professionnel et médical. Dans le cadre de l'expertise, deux entretiens ont eu lieu avec la recourante et plusieurs évaluations ont été effectuées à l'aide d'outils psychométriques. Les conclusions de l'expertise sont par ailleurs claires et motivées. L'expert a expliqué que l'état psychique de la recourante avait commencé à se péjorer dès l'enfance, dans un contexte familial compliqué, marqué par la présence de parents inadéquats et dysfonctionnels. Le premier traumatisme de la recourante remontait à l'âge de dix ans environ, avec des abus sexuels de la part de sa sœur aînée, ce qui avait entraîné un premier épisode dépressif sans prise en charge spécialisée. Dans ce contexte lourd, la recourante avait commencé à se droguer à partir de l'adolescence et était tombée dans une polytoxicomanie. Elle relatait aussi avoir été victime, vers l'âge de 27 ans, d'une séquestration, au cours de laquelle elle avait été menacée avec une arme et avait subi plusieurs viols. Cet événement traumatique avait causé une rechute dépressive importante et la recourante s'était effondrée dans la consommation de toxiques à but anesthésique, tout en consommant également de la cocaïne pour avoir un bon rendement au travail. Un

- 21 - troisième épisode dépressif était survenu en 2002, dans les suites du traitement de l'hépatite C, la recourante relatant l'apparition d'hallucinations visuelles et délires de persécution durant cette période et avoir consulté à l'époque une psychiatre jusqu'en juin 2004 environ. Elle avait arrêté les toxiques dures à la suite d'un accident de ski survenu en mars 2003, mais elle consommait encore quotidiennement de l'alcool et du cannabis afin de se détendre. Au vu de la persistance d'une fragilité psychologique, elle avait débuté un suivi

psychiatrique auprès du Dr B. _____ autour de septembre 2018 dans le cadre de son état de stress post-traumatique. Elle ne décrivait toutefois pas de rechute dépressive caractérisée avant mars 2020. C'est à partir de ce moment qu'elle avait présenté une nette aggravation sur le plan psychique avec un ralentissement psychomoteur, une fatigue persistante, des angoisses, une tristesse quotidienne et des résurgences régulières de souvenirs traumatiques du passé. Elle relatait un état psychique globalement inchangé depuis mars 2020. L'expert a posé le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis mars 2020, en mentionnant les critères diagnostiques fondant son appréciation. Sans incidence sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé, de dépendance à plusieurs substances et d'état de stress post-traumatique depuis le début de l'âge adulte, en énumérant les critères diagnostiques présents chez la recourante. Il s'est déterminé sur l'évolution de ces atteintes à la santé, en observant à cet égard que la situation avait été globalement stationnaire depuis mars 2020. L'expert a ensuite procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes psychiques de la recourante au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables. Il a notamment observé une bonne cohérence en regard de l'anamnèse et des constatations cliniques, et les limitations fonctionnelles de la recourante se manifestaient de manière uniforme dans tous les domaines d'activité. L'expert s'est aussi déterminé sur le traitement suivi par la recourante et a préconisé notamment un suivi psychiatrique hebdomadaire, au lieu du suivi mensuel

- 22 - dont elle bénéficiait alors, avec changement du traitement antidépresseur et sevrage éthylique et au cannabis. Selon l'expert, la situation n'était pas stabilisée et l'évolution était difficilement déterminable, mais il était d'avis que la capacité de travail de la recourante pourrait être améliorée avec la mise en place des mesures thérapeutiques précitées. Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'expert a également examiné les ressources et limitations fonctionnelles de la recourante, en observant que les limitations psychiatriques se manifestaient sous la forme d'un ralentissement psychomoteur modéré, de troubles de la concentration modérés et d'un isolement social partiel. L'expert a aussi observé que la recourante conservait de bonnes ressources et gérait son quotidien, à l'exception de l'administratif complexe ; l'exécution des tâches lui prenait toutefois plus de temps en raison d'un ralentissement. Il y a lieu de constater que rien ne permet de s'écarter des conclusions claires et motivées du Dr X. _____, dont le rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui conférer pleine valeur probante. d) Au stade du recours, la recourante ne conteste pas vraiment qu'elle dispose d'une capacité de travail de 50% depuis la date de l'expertise du Dr X. _____, mais soutient que l'intimé aurait dû lui reconnaître une incapacité de travail totale pour la période de 2020 à 2022 au vu de l'avis de son psychiatre traitant qui devait primer sur celui de l'expert. L'expert X. _____ a expliqué de manière convaincante pourquoi il retenait une capacité de travail de 50 % depuis mars 2020 et les rapports du psychiatre traitant n'apportent pas d'éléments objectifs nouveaux susceptibles de mettre sérieusement en doute les conclusions de l'expert. Dans son rapport du 5 février 2024, le psychiatre traitant a d'ailleurs admis que son appréciation diagnostique était globalement similaire à celle du Dr X. _____ et que l'expertise de ce dernier était globalement cohérente. En substance, le Dr B. _____ a reproché à

- 23 - l'expert d'avoir minimisé l'incidence du trouble de stress post-traumatique et de la personnalité de la recourante sur sa capacité de travail, sans toutefois expliciter

suffisamment ce grief, le psychiatre traitant se limitant à émettre des considérations générales sur les expertises qui, selon lui, tendraient fréquemment à sous-estimer les répercussions des troubles de la personnalité des expertisés. A noter que les conclusions de l'expertise sur la capacité de travail rejoignent l'évaluation du psychiatre traitant dans la mesure où ce dernier évoquait, en avril 2021 déjà, la possibilité que la recourante récupère une capacité de travail proche de 50 % dans un cadre adapté en cas de stabilité de la thymie. S'agissant de l'activité adaptée, le psychiatre traitant a indiqué, dans son rapport du 5 février 2024, qu'il s'agissait d'une activité administrative, mais sans contact avec des personnes en difficultés, alors que l'activité habituelle de la recourante auprès du dernier employeur impliquait de tels contacts. Se déterminant sur ce point dans son avis du 11 avril 2024, le SMR a observé que la recourante était confrontée avec des dossiers de clients en difficultés, mais n'avait pas de contacts directs avec ceux-ci. Le questionnaire de l'employeur ne contient pas d'indication précise à ce sujet, mais mentionne que la recourante avait un travail de type administratif, respectivement de gestionnaire de dossier, avec la précision que la charge émotionnelle liée aux types de dossier était lourde. Le cahier des charges produit par l'employeur apporte plus de précisions puisqu'il indique que l'activité comprend des relations internes et externes avec les usagers notamment. Or, rien n'indique que la recourante n'avait pas de contacts avec les usagers conformément à son cahier des charges. Cela étant, l'expert X. _____ n'a pas fait état d'une limitation fonctionnelle en lien avec le contact avec des personnes en difficulté et le psychiatre traitant n'explique pas vraiment pourquoi la recourante ne pourrait pas continuer à exercer une telle activité à un taux réduit, comme elle l'a fait précédemment pendant près de quinze ans. Quoi qu'il en soit, la recourante conserve une capacité de travail dans une activité de gestionnaire administrative avec un revenu équivalent à celui qu'elle percevait auprès de son ancien employeur qu'elle pourrait mettre en valeur dans un service autre que L. _____ qui l'a licenciée.

- 24 - Précisons encore que l'aggravation de l'état de santé psychique évoquée par le psychiatre traitant dans ses rapports de février et août 2024, qui sont liées aux difficultés asséculogiques, ne permettent pas d'apprécier la situation différemment. 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 moins qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a). e) En définitive, il y a lieu de constater que la recourante présente une capacité de travail de 50 % depuis mars 2020 dans son activité habituelle.

E. 6

Il reste à examiner le taux d'invalidité de la recourante. Pour cela, il y a lieu d'examiner au préalable le statut de la prénommée (assurée exerçant une activité lucrative à temps complet ou à temps partiel), pour pouvoir ensuite déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité, les parties étant en désaccord sur ces points. a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1). aa) Pour un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas

atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de

- 25 - comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA). cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte

- 26 - d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c). Cette question doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2 ; ATF 141 V 15 consid. 3.1 et les références citées). b) En l'espèce, la recourante travaillait pour son dernier employeur depuis 2005, au taux de 75 % lorsqu'elle a déposé sa demande de prestations en juillet 2020. Dans le questionnaire relatif à la

détermination de son statut complété en août 2020, à la question de savoir quel serait son taux d'activité si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle a mentionné un taux de 75 % car elle n'arrivait pas au taux de 100 %. Elle a ajouté que sans atteinte à la santé, elle aurait exercé la même activité, par nécessité financière et intérêt dans le social, et qu'elle ne savait pas ce qu'elle aurait fait si elle n'avait pas travaillé à 100 %. Il apparaît ainsi qu'elle n'a pas répondu à la question de savoir quel taux d'activité elle aurait eu en bonne santé, mais qu'elle a renseigné sur le taux qu'elle occupait réellement compte tenu de son atteinte à la santé (« 75 % car je n'arrivais pas à 100 % »). On doit comprendre sa réponse en ce sens qu'elle aurait travaillé à 100 % si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. C'est également ce qui ressort des indications fournies le 9

- 27 - octobre 2023, lorsqu'elle a été interrogée sur les empêchements dans ses travaux habituels, la recourante ayant précisé alors qu'elle n'avait pas travaillé à temps partiel par choix personnel, mais parce qu'elle n'avait pas réussi à travailler à 100 % à cause de ses problèmes de santé tant psychiques que physiques. Il ressort d'ailleurs de sa première demande de prestations déposée en mai 2003 qu'elle avait été engagée auprès de ses deux derniers employeurs au taux de 100 %, ce qui tend à confirmer qu'elle a réduit son taux d'activité pour des motifs médicaux et qu'elle aurait continué à travailler à plein temps sans l'apparition des atteintes à la santé pour lesquelles elle a sollicité l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Dans ces circonstances, on ne saurait suivre l'intimé lorsqu'il interprète les propos de la recourante retranscrits dans le rapport d'évaluation ménagère dans le sens qu'elle n'aurait pas travaillé à 100 % en bonne santé, puisqu'elle a travaillé à 75 % afin de pouvoir rembourser ses dettes, alors qu'elle aurait voulu travailler moins. Le fait qu'elle a voulu travailler à 75 % pour rembourser ses dettes ne signifie pas qu'elle n'aurait pas travaillé à 100 % en bonne santé et il est cohérent, au vu de ses précédentes déclarations concernant son incapacité à travailler à plein temps en raison de son état de santé, qu'elle ait voulu travailler à un taux plus bas si cela avait été possible. A noter que la situation médicale de la recourante rend vraisemblable que le taux d'activité de 75 % a été dicté par des motifs médicaux et qu'elle aurait travaillé à 100 % sans atteintes à la santé. Même s'il n'y a pas lieu de rechercher quelle était la capacité de travail exigible de la recourante, mais bien plutôt de déterminer si elle exercerait une activité lucrative, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (cf. consid. 6 a) dd) supra), il peut être observé que les pièces médicales versées au dossier révèlent de nombreux antécédents médicaux, tant sur le plan psychologique dû à un lourd passé, que sur le plan physique en raison de diverses maladies et infections, qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de travail. La procédure instruite en 2003 sur la première demande de prestations de la recourante est antérieure à la prise d'emploi à 75 % et ne renseigne pas sur la situation médicale de la prénommée lorsqu'elle a été engagée auprès de son dernier employeur en 2005. L'instruction de la deuxième demande de prestations déposée en 2017

- 28 - donne relativement peu d'informations sur la situation médicale à l'époque. Le dossier comporte un rapport du 21 décembre 2017 du Dr B. _____, qui a certes attesté une pleine capacité de travail, tout en relevant cependant que la recourante - qui travaillait alors à 75 % - avait de la peine à travailler à 100 % et que l'exigibilité d'une activité à plein temps devait faire l'objet d'une confirmation par le médecin traitant au vu des effets secondaires du traitement de l'HIV. Le Dr B. _____ a par ailleurs mentionné à l'époque des limitations fonctionnelles peu compatibles avec une activité à plein temps liées au

traitement HIV qui était source de fatigue et de stress. Du reste, le médecin traitant a attesté par la suite plusieurs incapacités de travail temporaires et des échanges ont eu lieu à ce sujet entre la recourante et l'intimé en 2018, desquels il ressort que la recourante a compris que son degré d'invalidité n'était pas assez élevé pour une entrée en matière de l'OAI. Même si aucune incapacité de travail durable n'a été reconnue par l'intimé avant mars 2020, les pièces au dossier rendent vraisemblable que la recourante était entravée dans l'exercice de son activité professionnelle par ses atteintes à la santé. Dans le cadre de l'actuelle demande de prestations, le Dr B. _____ a confirmé que la recourante était limitée depuis longtemps dans sa capacité de travail, à un taux variant entre 60 et 75 %, en raison de son syndrome de stress post-traumatique et de sa dysthymie, précisant que le taux d'activité partiel de la recourante avait été dicté par son état de santé (cf. ses rapports médicaux des 29 septembre 2020 et 2 février 2021). Si le rapport d'expertise du Dr X. _____ constate que la recourante a pu travailler avec son trouble de la personnalité et sa dépendance à plusieurs substances, il y a lieu de relever qu'elle a travaillé à 75 % et non à 100 %, de sorte que ce constat de l'expert ne permet pas de conclure que les atteintes à la santé de la recourante étaient compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative à 100 %, respectivement d'exclure le choix d'un emploi à temps partiel pour des raisons de santé. A noter que le récapitulatif des absences produit par l'ancien employeur fait état de nombreux arrêts maladie survenus entre 2013 et 2020, ce qui corrobore les difficultés rencontrées par la recourante à exercer une activité professionnelle, même au taux partiel de

- 29 - 75 %. Pour le surplus, sur le plan contextuel, la recourante, qui n'a pas d'enfant, vit seule et doit par conséquent subvenir seule à ses besoins. Au vu des circonstances du cas d'espèce, il y a lieu d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante a choisi de travailler à 75 % en raison de ses atteintes à la santé et que, sans elles, elle aurait travaillé à 100 %. C'est donc un statut d'active à 100 % qui doit lui être reconnu. c) En présence d'un statut d'active à 100 %, il y a lieu d'appliquer la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité. Comme vu précédemment, la recourante présente une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, de sorte que son degré d'invalidité correspond à son taux d'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4). La recourante présente donc un degré d'invalidité de 50 %, qui ouvre le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité à compter du 1er mars 2021, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI).

E. 7

En définitive, le recours doit être admis et la décision du 7 octobre 2024 réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er mars 2021. La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 partie intimée, vu l'issue du litige. La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil

- 30 - (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'800 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 la partie intimée.

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