

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juillet 2022

Composition : M. NEU, président
M. Bonard et Mme Silva, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

J._____, à W._____, recourante, représentée par Me Olivier Carré,
avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

E n f a i t :

A. a) Au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de dessinatrice en bâtiment, J. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, a travaillé en tant que secrétaire médicale jusqu'au 31 octobre 2007.

Souffrant de divers troubles physiques et psychiques à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 4 janvier 2007, l'assurée a déposé, en date du 6 mars 2008, une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) s'est procuré le dossier constitué par l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur de l'assurée. Celui-contenait notamment un rapport d'expertise bi-disciplinaire du 5 octobre 2007 du Centre d'expertise N. _____ de D. _____ établi sous la signature des Drs L. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au terme de leur analyse, les experts ont estimé que, sur le plan somatique, l'assurée était en mesure de travailler à 100 % dans une activité de bureau alors qu'une telle capacité de travail sur le plan psychique devait être retrouvée dans les deux à cinq mois. Y figurait également un rapport d'expertise du 17 octobre 2008 du Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, concluant, du point de vue strictement psychiatrique, à une incapacité de travail maximum de 20 % dès le jour de l'expertise (19 septembre 2008) dans toute activité adaptée à l'atteinte physique de l'assurée.

Le Dr F. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), ayant estimé que l'assurée disposait dès le 15 janvier 2008 d'une capacité de travail de 80 % comme secrétaire médicale ou dans toute autre activité de niveau équivalent (rapport du 10 décembre 2008), l'office AI a informé l'intéressée qu'il

comptait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité pour la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2008 (projet de décision du 12 février 2009).

Ensuite des objections formulées par l'assurée à l'encontre de ce projet de décision (courrier du 5 mars 2009), l'office AI a confié au SMR la réalisation d'un examen clinique psychiatrique concluant, dès le mois de mai 2009, à une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de secrétaire médicale alors qu'elle était de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée (rapport du 13 mai 2009 de la Dre U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

Faisant sienne l'appréciation de sa consœur U._____, le Dr F._____ a indiqué qu'il convenait de traduire la capacité de travail retenue dans une activité adaptée « en termes de métiers par un spécialiste en réadaptation » (avis médical du 26 mai 2009).

Le 5 octobre 2009, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à une formation professionnelle à l'issue de laquelle elle a obtenu, le 31 mars 2010, un certificat d'études commerciales, suivi, le 8 octobre 2010, d'un diplôme de comptabilité. Par communication du 8 novembre 2010, l'office AI a pris en charge les coûts d'un stage pratique au sein d'une fiduciaire du 15 novembre 2010 au 30 avril 2011, mesure prolongée jusqu'au 30 novembre 2011 (communication du 26 mai 2011).

Le stage ayant pris fin le 3 octobre 2011 d'entente entre l'employeur et l'assurée en raison de l'incapacité de travail présentée par cette dernière depuis le 22 août précédent (courrier du 8 novembre 2011 de la société fiduciaire V._____ à l'office AI), l'office AI a pris en charge des frais d'orientation professionnelle sous la forme d'un stage d'aide-comptable à 50 % du 3 janvier au 2 février 2012 (communication du 12 décembre 2011), mesure ayant débouché sur l'engagement de l'intéressée aux mêmes taux et activité dès le 1^{er} mai 2012.

Par projet d'acceptation de rente du 20 novembre 2012 annulant et remplaçant le préavis du 12 février 2009, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2008 au 31 août 2009.

Le 20 décembre 2012, l'assurée a contesté présenter une capacité de travail entière dès le mois de septembre 2009, ce d'autant qu'elle s'était blessée à l'épaule droite au mois de juin 2012. L'office AI a fait verser au dossier celui constitué par l'assurance-accidents de l'employeur de l'assurée tout en recueillant les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants.

b) Représentée par Me Olivier Carré, avocat, l'assurée a indiqué avoir déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'une dépression consécutive à la perte de son emploi, de blessures à la cheville et à l'épaule, de la précarisation de sa situation financière et du chagrin causé par l'échec de son mariage (courrier du 29 novembre 2014).

Sur la base des renseignements médicaux recueillis, le Dr F._____ a recommandé un complément d'expertise psychiatrique (avis médical du 27 mars 2015) auquel la Dre U._____ a procédé en date du 27 juin 2016. Dans son rapport du 10 août 2016, elle a expliqué que, en regard de son examen clinique du 7 mai 2009, l'état de l'assurée s'était amélioré au niveau du diagnostic d'anxiété généralisée d'intensité moyenne, actuellement en rémission complète, du trouble mixte de la personnalité actuellement non décompensé et de la symptomatologie dépressive. Aussi a-t-elle estimé que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 80 % depuis la fin de l'année 2015.

Dans son avis médical du 13 septembre 2016, la Dre P._____, médecin auprès du SMR, s'est ralliée à cette évaluation, ce qui n'a pas manqué de susciter l'incompréhension de l'assurée qui a demandé à l'office AI de procéder à des investigations complémentaires sur le plan orthopédique (courrier du 20 décembre 2016).

La Dre P. _____ ayant estimé que le courrier du 20 décembre 2016 ne contenait aucun élément médical nouveau justifiant la mise en œuvre d'une expertise (avis médical du 27 janvier 2017), l'assurée a indiqué à l'office AI que, dès qu'elle présenterait une capacité de travail de 50 %, elle souhaiterait pouvoir bénéficier d'un bilan de compétences et retrouver un emploi dans le domaine du secrétariat technique (rapport initial du service de réadaptation du 1^{er} juin 2017). Les conditions du droit à des mesures professionnelles étant remplies, l'office AI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais pour un réentraînement au travail du 11 septembre 2017 au 9 mars 2018 au taux de 50 % (communication du 15 septembre 2017). En vue d'améliorer ses compétences en informatique et en comptabilité pour développer son employabilité et favoriser ses perspectives d'insertion professionnelle, l'office AI a prolongé la mesure en cours du 10 mars au 9 septembre 2018 au taux de 60 à 80 % (communication du 2 mars 2018). Afin de stabiliser sa capacité de travail (de 80 %) et son rendement en vue de lui permettre de s'inscrire à l'assurance-chômage et de rechercher des postes adaptés à son profil et à ses compétences, l'assurée a souhaité une ultime prolongation de la mesure, demande à laquelle l'office AI a accédé en lui reconnaissant une prolongation du réentraînement au travail du 10 septembre au 31 décembre 2018 (communication du 13 septembre 2018).

Dans un courrier du 27 mars 2019, l'assurée a indiqué à l'office AI que son état de santé s'était à nouveau détérioré, si bien qu'elle s'opposait à la mesure d'aide au placement que l'administration lui avait reconnue peu de temps auparavant (communication du 22 février 2019).

Par pli du 25 juin 2019, l'assurée a fait parvenir une déclaration signée par ses soins aux termes de laquelle elle déclarait renoncer à toute mesure d'aide au placement. Invoquant une dégradation de son état de santé physique et psychique, elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 9 juillet 2019, l'assurée a transmis à l'office AI un rapport établi le 4 juillet précédent par le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, dans lequel il signalait une décompensation du syndrome des jambes sans repos, une recrudescence des douleurs à la nuque ainsi que des douleurs à la main ayant nécessité une intervention chirurgicale le 3 juin 2019. A cela s'ajoutait une problématique psychique pour laquelle elle était suivie par le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

Après avoir recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants (rapport du 16 juillet 2019 de la Dre G._____, spécialiste en chirurgie de la main ; rapport du 22 juillet 2019 du Dr B._____; rapport du 20 août 2019 du Dr M._____; rapport du 27 août 2019 du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et en médecine du sommeil), l'office AI a sollicité l'avis du SMR lequel, sous la plume de la Dre P._____, a estimé qu'il n'existait pas d'éléments médicaux objectifs justifiant une modification de l'exigibilité retenue dans l'avis du 13 septembre 2016 (avis médical du 9 octobre 2019).

Par projet de décision du 18 octobre 2019 annulant et remplaçant celui du 21 [recte : 20] novembre 2012, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2008 au 31 août 2009 puis du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2016.

Représentée par son conseil, l'assurée a présenté, le 25 novembre 2019, des objections à ce projet de décision. Pour l'essentiel, elle s'est étonnée que, en dépit de la multiplicité de ses atteintes à la santé physique et psychique, l'office AI ait reconnu le droit à une rente entière d'invalidité durant deux périodes isolées entrecoupées de périodes pendant lesquelles elle aurait présenté une capacité de travail entière. Après avoir exposé en quoi cette appréciation lui paraissait critiquable aux plans médical et économique, elle a demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au cas où l'office AI ne lui reconnaîtrait pas le

droit à une rente entière d'invalidité ininterrompue depuis le printemps 2008, à tout le moins depuis le 1^{er} avril 2013.

Le 2 décembre 2019, l'office AI a annulé son prononcé du 18 octobre précédent et reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2008 au 31 août 2009 puis du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2016.

Par deux décisions séparées du 3 avril 2020, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente entière d'invalidité conformément à son prononcé du 2 décembre 2019.

B. **a)** Par acte du 19 mai 2020, J._____, toujours représentée par Me Carré, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre les décisions du 3 avril 2020 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à leur annulation en ce sens qu'elle est mise au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 août 2009 (pour la première période), respectivement au-delà du 31 mars 2016 (pour la seconde période), subsidiairement au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Reprenant les arguments avancés dans ses courriers des 27 mars et 25 juin 2019 ainsi qu'en procédure d'audition (courrier du 25 novembre 2019), l'assurée a allégué que son état de santé s'était massivement dégradé sur le plan somatique depuis fin 2017 (décompensation du syndrome des jambes sans repos) et sur le plan psychique depuis l'automne 2018 avec apparition d'un syndrome dépressif sévère (cf. rapport du 22 juillet 2019). En outre, elle a reproché à l'office AI de ne pas avoir procédé à des mesures d'instruction suffisante au regard de la diversité des troubles présentés parmi lesquelles elle relevait, outre ceux déjà évoqués, les suites de son atteinte à l'épaule, des problèmes de concentration et de mémoire, des troubles du sommeil, des atteintes aux poignets et à la colonne ainsi que des troubles psychiques. Exprimant de sérieux doutes quant à la validité des appréciations successives du SMR, elle a estimé qu'il existait suffisamment d'indices propres à justifier la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Au

demeurant, l'évaluation d'un simple stage ne saurait valoir exclusion de diagnostics invalidants surtout s'ils sont suivis d'une péjoration de l'état de santé d'une assurée durablement fragilisée.

b) Dans sa réponse du 19 août 2020, l'office AI a explicité l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps à la lumière des renseignements médicaux recueillis et des mesures professionnelles mises en œuvre par ses soins. D'après lui, l'instruction avait été menée à satisfaction et ne nécessitait aucun complément, si bien qu'il a conclu au rejet du recours.

c) En réplique du 16 novembre 2020, l'assurée a fait valoir que les données médicales pertinentes prises en considération étaient généralement anciennes et insuffisantes. S'agissant plus particulièrement du traitement des jambes sans repos, elle a produit deux documents dont elle entendait déduire que les traitements médicamenteux prescrits successivement contre cette affection s'accompagnaient de nombreux effets secondaires indésirables. Aussi estimait-elle que l'instruction devait être complétée au moyen d'une expertise pluridisciplinaire, externe, neutre et indépendante.

d) Dupliquant en date du 10 décembre 2020, l'office AI a rappelé qu'il n'existait pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Pour le surplus, dès lors que le SMR s'était prononcé à plusieurs reprises sur les pièces recueillies et avait estimé que le dossier médical était suffisamment instruit, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

e) Tout en admettant dans ses déterminations du 20 janvier 2021 qu'il n'existait pas de droit subjectif à une expertise, l'assurée a fait remarquer que les assureurs étaient toujours davantage soumis à des pressions économiques du pouvoir politique ce qui créait un déséquilibre procédural défavorable aux assurés. Dans le cas d'espèce, l'instance judiciaire pouvait contribuer à réduire cette inégalité en faisant droit à sa

requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, qu'elle a formellement réitérée.

C. Le 9 mars 2021, le magistrat instructeur a confié à l'Unité d'expertises Y._____ à Z._____ le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne) de J._____. Déposé le 14 décembre 2021, le rapport de synthèse (expertise consensuelle) se fondait sur un examen de médecine interne du 5 octobre 2021 (Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale), un examen rhumatologique du 27 octobre 2021 (Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie), un examen psychiatrique du 2 novembre 2021 (Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie) ainsi que des examens sur le sommeil réalisés les 8 et 9 novembre 2021 par la Dre S._____, spécialiste en médecine du sommeil. Les signataires du rapport de synthèse (Drs C._____ et K._____ et E._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin superviseur) en ont discuté les conclusions dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 7 décembre 2021. Sur la base de leur analyse, les experts ont posé les diagnostics suivants « *ayant ou non une incidence sur la capacité de travail* » :

- Cervico-lombalgies chroniques non spécifique ou communes :
M54.2, M54.5
- Omalgies bilatérales prédominantes à droite avec :
M79.6
 - Tendinopathie de la coiffe des rotateurs et réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée + ténodèse du LCB et acromioplastie par voie arthroscopique de l'épaule droite
le 13.08.2013
- Rhizarthrose bilatérale, symptomatique à gauche
M19.0
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger
F33.0
- Trouble somatoforme douloureux persistant
F45.4
- Accentuation de traits de personnalité de type histrionique, dépendant et anxieux
Z73.1

- Syndrome des jambes sans repos
G25.8
- Trouble respiratoire nocturne de type obstructif de degré modéré
G47.3

Au terme de leur analyse, les experts ont retenu que, que compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé, l'assurée présentait dès le mois de mai 2021 une capacité de travail de 80 % en toute activité, y compris celle de secrétaire médicale considérée comme adaptée. Cette capacité de travail faisait suite à une incapacité totale de travail pour motif psychiatrique entre fin 2018 et le mois de mai 2021. Concernant les périodes antérieures, les experts ont indiqué qu'ils n'avaient pas de raison de s'écarter des durées et des taux d'incapacité de travail ressortant des éléments médicaux à leur disposition.

Le 17 janvier 2022, l'office AI a transmis l'avis médical établi le 10 janvier précédent par la Dre P. _____ dans lequel elle se livrait à une brève analyse de l'expertise précitée pour conclure qu'elle n'y discernait pas de manquements sévères du point de vue médical.

Tout en faisant état, dans ses déterminations du 18 février 2022, de minimes réserves à l'endroit de l'expertise de l'Unité d'expertises Y. _____, l'assurée s'est déclarée prête à transiger sur le recours interjeté « *moyennant la reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité complète pour la période comprise entre les mois de janvier 2019 et mai 2021, par simplification (en sus des prestations qui avaient déjà été reconnues par le passé).* »

Par pli du 7 mars 2022, l'office AI a fait savoir que dans la mesure où la proposition formulée par l'assurée était conforme aux incapacités de travail retenues dans l'expertise du 14 décembre 2021, il ne voyait pas d'inconvénient à mettre un terme au litige en suivant les conclusions de cette expertise.

Le 25 mars 2022, l'assurée a pris acte de ce que l'office AI ne s'opposait pas à la reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité complète en sa faveur conformément à la proposition exprimée dans son courrier du 18 février 2022.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2016 et, pour la période antérieure, au-delà du 31 août 2009, respectivement à l'appréciation des atteintes à la santé déterminantes et de leurs répercussions sur la capacité de travail. Pour le reste, compte tenu de ses conclusions, elle ne remet pas en cause les prestations initialement reconnues et allouées pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 août 2009 ainsi que pour celle courant du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2016.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI]

[Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date des décisions litigieuses rendues le 3 avril 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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). 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 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) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

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 position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. 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).

6. a) Afin de déterminer avec précision la capacité de travail de la recourante en raison du suivi thérapeutique conséquent dont elle fait l'objet et des avis divergents versés au dossier tant s'agissant des diagnostics posés que des limitations fonctionnelles retenues, le magistrat instructeur a diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès de l'Unité d'expertises Y._____, à Z._____.

b) Dans leur rapport de synthèse du 14 décembre 2021 (appréciation générale interdisciplinaire - expertise consensuelle), les experts ont exposé ce qui suit :

« 4. Evaluation consensuelle

4.1 Evaluation médicale interdisciplinaire

L'anamnèse rhumatologique relève que Madame J._____ présente des cervico-brachialgies droites récidivantes depuis une chute à ski en 2000 sans lésion traumatique. En juin 2012 sont apparues des douleurs de l'épaule droite après un geste du membre supérieur droit effectué dans le vide. L'imagerie de l'épaule a mis en évidence une rupture quasi transfixiante du tendon sus-épineux et une lésion de type SLAP. Les douleurs ne cédant pas au traitement médical, une réparation du tendon sus-épineux avec ténodèse du LCB, synovectomie et acromioplastie par arthroscopie. Les suites sont marquées par la survenue d'une capsulopathie rétractile d'évolution progressivement favorable. En 2018, Madame J._____ rapporte des douleurs musculaires et articulaires diffuses qu'elle met sur le compte de la prescription de Sifrol puis de Prégabaline pour son syndrome de jambes sans repos. Cette symptomatologie a perduré jusqu'au printemps 2021. Enfin en juin 2019, l'expertisée a eu une décompression du nerf médian avec exérèse d'un kyste radial gauche. Un diagnostic de rhizarthrose bilatérale a par ailleurs été retenu par le chirurgien de la main.

Les plaintes actuelles concernant l'appareil locomoteur sont des cervicalgies, des douleurs des épaules, des genoux, des chevilles, de la région lombosacrée et des pouces. L'examen clinique est pauvre

sans limitation structurelle mais avec une palpation décrite comme douloureuse de manière diffuse. Il n'y a pas de documentation radiologique disponible.

Sur ces éléments, nous retenons les diagnostics de cervico-lombalgies chroniques et d'omalgies non spécifiques. La capsulopathie rétractile droite a complètement guéri. Il existe par ailleurs une rhizarthrose bilatérale symptomatique à gauche.

En 2008, l'expertisée a consulté le Dr H._____, au centre du sommeil pour des sensations désagréables au niveau des jambes survenant le soir et calmées par les mouvements. Un diagnostic de syndrome des jambes sans repos a été retenu et un traitement de Sifrol a été mis en route avec une certaine efficacité jusqu'en août 2018, où l'assurée décrit un échappement des symptômes. Elle a alors été prise en charge par le Dr X._____, au centre lausannois de médecine du sommeil, qui pose le diagnostic de syndrome des jambes sans repos sévère aggravé par un syndrome d'augmentation sous Sifrol. Cette médication a été progressivement remplacée par du Lyrica qui a été mal toléré. Du Brintellix puis du Bupropion ont été tentés sans efficacité. Cependant, en raison des douleurs diffuses, le Dr X._____ s'interroge sur une autre origine des douleurs. A l'automne 2020, une diminution du traitement par Lyrica est débutée et, en mai 2021, le traitement de Sifrol a été réaugmenté à 0.25 mg pour pouvoir stopper définitivement le Lyrica.

Actuellement, la situation somnologique est décrite comme plus apaisée. L'expertisée rapporte une symptomatologie très fluctuante au niveau des impatiences, qui sont parfois généralisées avec une gêne qui peut parfois survenir au cours de la journée. Les impatiences ne sont pas douloureuses. L'expertisée dit s'endormir relativement vite. Elle présente deux à quatre réveils nocturnes suite auxquels elle se rendort relativement bien. Un à deux de ses réveils peuvent être en lien avec des épisodes de nycturie. Certains sont également en lien avec des bouffées de chaleur. Concernant ces dernières, la patiente a mis en route un traitement par Climax, qui semble légèrement améliorer la situation. Par ailleurs, la patiente ne rapporte pas de ronchopathie ni de pauses respiratoires au cours de son sommeil, mais signale en revanche, une fatigue présente dès le matin au réveil avec la sensation d'un sommeil non réparateur. Le score de somnolence d'Epworth est normal à 7-8/24. L'enregistrement vidéo-polysomnographique montre encore quelques mouvements périodiques des jambes, mais à la limite inférieure de la norme avec un index à 13.7/h (norme < 15/h). La polysomnographie met également en évidence un trouble respiratoire nocturne de type obstructif et de degré modéré, composé principalement d'hypopnées, avec un IAH à 23/h et un IDO à 19.7/h. L'expertisée a bien réussi le test de maintien de l'éveil puisqu'il n'y a pas eu d'endormissement au cours des quatre tests de quarante minutes, même si la patiente rapporte une fatigue importante lors de ces différents tests.

Il est donc conclu à un syndrome des jambes sans repos clinique actuellement partiellement corrigé sous Sifrol 0.25 mg par jour et à un trouble respiratoire nocturne de type obstructif et de degré modéré.

Du point de vue psychiatrique, Madame J. _____ a consulté pour la première fois un psychiatre le Dr T. _____ en 1999 dont les diagnostics étaient un trouble de l'adaptation avec une personnalité dépendante. En 2007, suite à un épisode de burnout, l'expertisée est prise en charge par un nouveau psychiatre le Dr O. _____ qui pose le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne, d'anxiété généralisée et de trouble de la personnalité mixte. Le Dr Q. _____, expert psychiatre au Centre d'expertise N. _____ mandaté par l'APG, évoque quant à lui un épisode dépressif léger à moyen et un diagnostic d'anxiété généralisée. Lors de la réévaluation demandée par l'APG en avril 2008, l'expert note l'absence d'évolution de l'épisode dépressif en raison d'un trouble de la personnalité sous-jacent. Une troisième expertise pour juger de l'évolution est organisée par l'APG en septembre 2008 auprès du Dr T. _____. L'état dépressif est alors jugé sub-clinique. L'expert mentionne par ailleurs les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié et de personnalité histrionique. Les conclusions de cette expertise étant contestées par l'expertisée, un examen psychiatrique est organisé au SMR en mai 2009. Les diagnostics retenus sont ceux d'anxiété généralisée, de trouble mixte de la personnalité avec des traits émotionnellement labiles, anxieux et dépendants ainsi que celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission. Madame J. _____ reprend un suivi psychiatrique auprès du Dr I. _____ en 2014 pour un épisode dépressif moyen à sévère. Une réévaluation de l'état psychique est effectuée au SMR en juin 2017. L'épisode dépressif est considéré alors comme en rémission. Le trouble de la personnalité est estimé comme non décompensé. Par la suite, le Dr B. _____, psychiatre traitant, décrit une nouvelle décompensation dépressive à l'automne 2018 avec un épisode dépressif considéré comme sévère dans un contexte de trouble de la personnalité mixte.

Lors de notre expertise psychiatrique, les plaintes psychiques sont formulées de manière assez vague. Le moral est décrit comme fluctuant mais bien mieux depuis la rencontre avec son compagnon et l'arrêt de la prégabaline. Il persiste un manque de confiance en elle, une hyperréactivité émotionnelle, une intolérance au stress et des troubles du sommeil mais rapportés au syndrome des jambes sans repos. Des douleurs physiques sont également rapportées.

A l'issue de notre entretien, nous retenons tout d'abord le diagnostic de trouble dépressif récurrent en raison de l'anamnèse comportant plusieurs épisodes dépressifs, certains sévères, entrecoupés de périodes de rémission. Au vu du nombre d'items thymiques présents, nous considérons l'épisode actuel comme léger. Cet épisode a débuté fin 2018 où il est alors estimé sévère par le psychiatre traitant. Il a bien évolué pour n'être plus que léger comme constaté lors de notre expertise depuis probablement mai 2021.

Nous retenons également le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant en raison du syndrome douloureux ancien qui a diffusé au cours du temps sans altération somatique documentée sous-jacente, à l'origine d'une détresse psychologique avec consultations médicales multiples chez une expertisée rapportant de nombreux conflits psychosociaux (deuils, séparation, difficultés professionnelles).

Nous posons par ailleurs le diagnostic de traits de personnalité de type histrionique (tendance à la théâtralisation, réponses émotionnelles excessives) dépendante et anxieuse (manque de

confiance en soi, dépendance vis-à-vis des parents, décompensations aux deuils et après la séparation, conformation aux attentes de l'autre). Tout comme la Dre U._____, psychiatre SMR, nous notons l'absence d'impact des traits caractériels de l'expertisée sur son fonctionnement socio-professionnel, et pour cette raison nous écartons le diagnostic de trouble de la personnalité.

Nous ne retenons pas non plus le diagnostic d'anxiété généralisée évoqué dans des rapports psychiatriques, considérant que l'anxiété fait partie intégrante du trouble dépressif et du trouble somatoforme.

[Suit l'énoncé des diagnostics tels que formulés dans la partie « En fait » ci-dessus, paragraphe C]

4.3 Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles rhumatologiques retenues sont : pas d'utilisation continue des pouces ni de travaux où le mouvement pouce-index prédomine, pas de position statique prolongée. L'activité d'opératrice dans l'horlogerie, qui nécessite de la dextérité et des mouvements répétitifs des doigts n'est plus considérée comme adaptée à l'état de santé de l'assurée. En revanche, les activités d'aide comptable et de secrétaire médicale restent adaptées.

L'enregistrement du sommeil effectué autorise la conduite automobile.

Du point de vue psychiatrique, il avait été retenu après les évaluations psychiques antérieures, une fragilité psychologique avec diminution de la résistance au stress. Ces limitations sont toujours valides. Après réalisation d'un mini-CIF APP, il est retenu les limitations suivantes : difficulté à s'affirmer, difficulté à gérer les conflits ou les aléas relationnels, hyperréactivité au stress, surtout dans la sphère relationnelle.

4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Les traits de personnalité de l'expertisée peuvent entraîner des difficultés relationnelles dans le cadre professionnel. Il faudrait ainsi tenir compte d'une certaine fragilité psychologique. Dans un environnement bienveillant et sécurisant, Madame J._____ est en mesure de fonctionner au meilleur de ses capacités.

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Actuellement, le trouble dépressif ayant évolué favorablement, les ressources personnelles sont jugées satisfaisantes.

Les ressources extérieures sont décrites comme assez maigres, Madame J._____ ne mentionnant qu'une amie en plus de son compagnon actuel.

4.6 Contrôle de cohérence

Les plaintes somatiques non entièrement expliquées par une étiologie organique ont fait retenir le diagnostic de trouble somatoforme.

Nous relevons que Madame J._____ a sollicité spontanément une prise en charge psychiatrique à chaque rechute de son trouble dépressif.

De manière cohérente avec l'évolution psychique favorable actuelle, l'expertisée présente peu de limitation dans l'ensemble des domaines de la vie.

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail est de 80 %.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail est de 80 %.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout ?)

Du point de vue de l'appareil locomoteur, une incapacité de travail a été reconnue à l'expertisée pour la problématique à l'épaule droite à 100 % du 13.08.2012 jusqu'au 10.10.2012, puis du 06.03.2013 au 24.04.2014, à 50 % du 25.04.2014 au 30.06.2014. Nous n'avons pas de raison médicale pour nous écarter de ces conclusions puisque la reprise a été attestée par le chirurgien orthopédique traitant. La chirurgie du tunnel carpien et l'exérèse du kyste radial en 2019 n'ont nécessité que quelques semaines d'incapacité de travail totale. Les diagnostics rhumatologiques retenus dans cette expertise ne sont pas jugés incapacitants. Nous relevons qu'au cours de l'expertise effectuée au Centre d'expertise N._____ en 2007, l'activité de dactylographie n'avait pas été considérée comme totalement adaptée à l'état de santé de l'assurée en raison de troubles musculo-squelettiques. Cette appréciation nous semble discutable, les douleurs de l'appareil locomoteur s'inscrivant dans un tableau douloureux diffus. Par ailleurs, interrogée sur la reprise d'une activité professionnelle, Madame J._____ dit ne se projeter éventuellement que dans l'activité de secrétariat. Ainsi, pour notre part, nous considérons que l'activité de secrétaire médicale reste adaptée et possible.

Concernant le syndrome des jambes sans repos, une aggravation des douleurs des membres inférieurs est rapportée par l'expertisée fin 2018 mais dont l'origine est probablement mixte dans un contexte de rechute dépressive, d'un syndrome douloureux somatoforme et d'une posologie du Sifrol trop élevée. Il est ainsi difficile d'établir les répercussions du seul syndrome des jambes sans repos sur la capacité de travail à cette période. Cependant, on note qu'une amélioration de cette symptomatologie est décrite par Madame J._____ à partir de mai 2021 de manière parallèle à l'évolution psychologique. En prenant en compte actuellement la persistance de mouvements périodiques des jambes durant la nuit, l'efficacité partielle du sommeil mais l'absence de somnolence diurne, il est retenu pour la pathologie du sommeil, une diminution de la capacité de travail à hauteur de 20 % dans toute activité.

Sur le plan psychiatrique, en raison d'un épisode dépressif sévère, la capacité de travail de Madame J. _____ a été considérée comme nulle du 04.01.2007 au 18.09.2008, à 80 % du 19 au 30.09.2008, à nouveau nulle du 01.10.2008 au 07.05.2009, puis à 80 % dans toute activité adaptée. A la lecture de la documentation à disposition concernant ces événements d'il y a plus de 10 ans maintenant, nous ne voyons pas de raison médicale pour nous distancer de cette appréciation. L'évolution a été par la suite favorable, avec un trouble dépressif en rémission complète. Madame J. _____ a pu alors entreprendre une formation d'aide comptable avec succès. Une nouvelle rechute dépressive est survenue le 18.03.2014. Le Dr I. _____ psychiatre traitant, indiquait à l'AI, en février 2015 une possible reprise à 50 % à court terme. La prise en charge psychiatrique s'est interrompue fin 2015. Après examen psychiatrique au SMR, il a donc été retenu une incapacité de travail totale du 18.03.2014 à fin 2015. Là encore sur la documentation disponible ces conclusions nous semblent justifiées. Pour ce qui concerne la période suivante, en l'absence de documentation psychiatrique, et au vu du temps écoulé, il est difficile de se prononcer mais nous notons que l'assurée ne mentionne pour sa part une dégradation de son état psychique qu'à partir de fin 2018, et qu'elle a repris contact avec un psychiatre, le Dr B. _____ en juin 2018. Nous considérons alors que l'état dépressif de l'expertisée a été en rémission à partir de fin 2015 permettant d'ailleurs la conduite de mesures professionnelles jusqu'à fin 2018. Fin 2018, Madame J. _____ a présenté un nouvel épisode dépressif sévère jusqu'en mai 2021 où l'évolution a été favorable. Durant cette période, nous considérons que l'expertisée a été en incapacité de travail totale. Depuis mai 2021, l'épisode dépressif léger, le trouble somatoforme et les traits de caractère ne sont plus à l'origine que d'une fragilité psychologique avec résistance diminuée au stress. Nous considérons alors que l'assurée a retrouvé sa capacité de travail antérieure de 80 %. Concernant la demande de curatelle de gestion mise en place par l'ex-mari après la mauvaise gestion de l'héritage maternel par l'expertisée, cet épisode ne nous paraît pas témoigner d'une décompensation psychiatrique ou d'une incapacité réelle de Madame J. _____ à gérer son argent ou l'argent des autres (activité d'aide comptable) au vu du contexte particulier de ces erreurs de jugement et par ailleurs de la capacité de l'expertisée de faire récuser son curateur par la suite.

Après discussion consensuelle, en considérant l'ensemble des atteintes à la santé, la capacité de travail de l'expertisée est estimée à 80 % depuis mai 2021 dans toute activité adaptée.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Les experts n'ont pas de proposition thérapeutique. »

c) En l'espèce, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, qui constitue l'examen à la fois le plus détaillé, le plus complet et le plus récent de la situation médicale de la recourante. Le rapport d'expertise du 14 décembre 2021 et ses annexes contiennent une

anamnèse complète selon les éléments du dossier et selon l'expertisée, y compris les plaintes et données subjectives tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique ; ils résument les principales pièces médicales et administratives au dossier et comprennent également une polysomnographie suivie d'un test de maintien de l'éveil ; ils relatent les examens cliniques rhumatologique et de médecine interne ainsi que le status psychiatrique. L'expertise se fonde ainsi sur des examens complets, prend dûment en considération les plaintes de la personne examinée et a été établie en pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, les experts ont décrit la vie quotidienne de l'intéressée, exposé la prise en charge et les mesures thérapeutiques prescrites, évalué la cohérence et la plausibilité de même qu'ils ont examiné les capacités, ressources et difficultés de la recourante. L'expertise contient une appréciation et une discussion du cas très détaillées sur le plan somatique et sur le plan psychiatrique, décrivant clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et les conclusions des experts - qui expliquent de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles ils se rallient ou s'écartent le cas échéant des conclusions des autres experts ou spécialistes qui se sont précédemment exprimés sur les atteintes à la santé de la recourante et sur les répercussions de ces atteintes sur sa capacité de travail - sont bien motivées. L'expertise judiciaire remplit ainsi tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée, comme l'a admis l'office intimé à la suite de l'analyse du rapport d'expertise effectuée par la Dre P. _____ du SMR (cf. avis médical du 10 janvier 2022), et il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions des experts, ce dont les parties ne disconviennent pas.

d) A cet égard, l'on observe que ces conclusions permettent de confirmer l'appréciation de l'office intimé s'agissant des deux périodes d'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, telles que fixées par les décisions attaquées du 3 avril 2020 (du 1^{er} janvier 2008 au 31 août 2009 et du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2016). Les parties en conviennent et même si l'on peut s'interroger sur le mode de calcul du *dies a quo* tel qu'arrêté au 1^{er} avril 2013 (fondé sur un calcul d'invalidité

moyenne ; cf. fiche d'examen du droit à la rente du 18 octobre 2019), il y a lieu de prendre acte de l'accord des parties sur ce point.

e) Cela étant, les conclusions de l'expertise ouvrent une troisième période d'incapacité de travail entière de fin 2018 à fin mai 2021, avec un retour à une capacité de travail de 80 % dès cette date, ce qui conduit à l'examen du degré d'invalidité de la recourante.

7. a) Dans la mesure où les experts ont précisé que les activités habituelles de secrétaire médicale ou d'aide-comptable sont demeurées réputées adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante, sa capacité de travail se confond avec sa capacité de gain.

b) Dans ses déterminations 25 mars 2022, la recourante semble conclure à l'octroi d'une rente complète d'invalidité « *pour la période comprise entre les mois de janvier 2019 à mai 2021 inclus (en sus des prestations qui avaient déjà été reconnues selon la décision du 3 avril 2020)* ».

c) Telle que formulée, cette conclusion correspond plutôt à la période d'incapacité de travail retenue par les experts, laquelle doit être adaptée, s'agissant du droit à une rente, en fonction des délais légaux de trois mois tenant à la péjoration, respectivement à l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail (art. 88a RAI et considérant 3c ci-dessus). Ainsi, il convient de reconnaître le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2019 au 31 août 2021, les décisions litigieuses étant réformées en ce sens.

8. En définitive, le recours doit être admis, les décisions attaquées rendues le 3 avril 2020 étant réformées en ce sens qu'en sus du droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour les périodes du 1^{er} janvier 2008 au 31 août 2009 puis du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2016, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 août 2021.

9. **a)** 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 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. Les décisions rendues le 3 avril 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées, en ce sens qu'en sus du droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour les périodes du 1^{er} janvier 2008 au 31 août 2009 puis du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2016, J._____ a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 août 2021.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à J._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Olivier Carré, avocat (pour J. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :