

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 août 2021

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
MM. Métral, juge, et Küng, assesseur  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, Me  
Florence Bourqui, avocate, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1959, divorcée et mère de deux enfants adultes, a achevé une formation d'infirmière en 1980. Elle a exercé cette activité à temps complet, puis partiel, jusqu'en 2003. Elle a depuis lors débuté une activité indépendante de masseuse à domicile, ainsi que dès 2009, au sein du Centre G.\_\_\_\_\_.

A l'instigation de la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée s'est annoncée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par formulaire de détection précoce complété le 4 juillet 2012. Elle précisait souffrir d'un épuisement global, physique et psychique, et d'un état dépressif sévère dans le contexte d'une surcharge professionnelle. L'incapacité de travail était totale depuis le 20 juin 2012.

Invitée par l'OAI à déposer une demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité, l'assurée s'est exécutée le 16 août 2012.

Par rapport à l'OAI du 6 novembre 2012, la Dre C.\_\_\_\_\_ a mentionné le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif sévère, accompagné d'un épuisement global, d'un abaissement important de l'humeur et d'une perte complète de l'énergie, en lien avec un surinvestissement professionnel et un dépassement des limites de sa patiente. Celle-ci était incapable d'exercer son activité et de s'occuper d'elle-même. Un traitement antidépresseur et somnifère avait été instauré, ce qui avait permis une stabilisation de l'humeur, en dépit de la persistance d'une fatigue et d'une fatigabilité importantes. L'incapacité de travail totale, débutée le 20 juin 2012, perdurait.

Dans un rapport subséquent du 7 mars 2013, la Dre C.\_\_\_\_\_ a relaté que l'épisode dépressif initial d'intensité sévère revêtait désormais une intensité légère. Il s'accompagnait d'une trouble de la personnalité, sans précision. L'incapacité de travail dans le domaine des

soins ou dans un cadre infirmier demeurait de 100 %, en raison de la proximité relationnelle, laquelle engendrait un fort risque de surcharge et de décompensation. L'assurée pouvait toutefois mobiliser une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Après avoir diligenté un coaching professionnel, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice de mesures de réinsertion, suivies d'une mesure de reclassement professionnel en qualité de généraliste en vente et marketing (cf. communications de l'OAI des 18 octobre 2012, 6, 28 mai, 19 août et 25 septembre 2013). Cette formation a été interrompue en raison de la survenance d'une anxiété massive et d'une fragilité importante face au stress, confirmées par la Dre C. \_\_\_\_\_ le 10 mars 2014.

L'OAI a mis en œuvre de nouvelles mesures de réinsertion, une mesure d'orientation professionnelle et un nouveau reclassement professionnel sous forme de stage dans le domaine de la vente (cf. communications de l'OAI des 3 avril, 11 juillet, 9 septembre 2014, 20 février et 8 juillet 2015).

Par rapport du 10 septembre 2015, constatant que l'assurée avait retrouvé une activité de vendeuse à 20 %, mais qu'elle poursuivait des recherches en vue de déployer cette activité à 50 %, le Service de réinsertion de l'OAI a mis un terme aux mesures professionnelles, sous réserve de l'octroi d'une aide au placement. Il a déterminé un degré d'invalidité de 58,49 % par comparaison des revenus et a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité, à compter du 1<sup>er</sup> février 2014, selon décisions des 21 mars et 14 avril 2016.

**B.** B. \_\_\_\_\_, avec l'assistance de la Dre C. \_\_\_\_\_, a sollicité une révision de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité par correspondance de cette praticienne du 25 octobre 2017. Celle-ci attestait d'une incapacité totale de travail dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017. Elle expliquait que le contexte de l'activité assumée par l'assurée dans le domaine de la vente, soit un emploi de dégustatrice, s'avérait trop stressant (centre

commercial fermé, ainsi qu'obligation de solliciter et d'intéresser des clients de passage). Sa patiente avait présenté des crises d'angoisse avec d'importantes somatisations, puis des symptômes dépressifs. Un traitement antidépresseur, anxiolytique et somnifère, avait dû être introduit. La situation n'était pas stabilisée, quand bien même l'assurée effectuait des recherches d'emploi auprès de crèches ou de garderies, ainsi qu'en vue de toute activité en lien avec des enfants.

Sur questions de l'OAI, la Dre C.\_\_\_\_\_ a signalé, le 4 avril 2018, que la symptomatologie anxieuse et dépressive demeurait présente au quotidien. L'anxiété était intense, tandis que les symptômes dépressifs étaient fluctuants. L'assurée effectuait des remplacements dans des garderies durant des demi-journées ou des journées complètes, à des taux variables. Cependant, faute de résistance et d'endurance pour assumer un taux d'activité de 50 % sur le long terme, la capacité de travail apparaissait réduite à 30 %, en raison de la fatigue, ainsi que de l'épuisement physique et psychologique.

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a estimé, le 19 février 2019, ne disposer d'aucun élément prouvant une aggravation de l'état de santé de l'assurée. La capacité de travail demeurait, à son sens, inchangée.

Par projet de décision du 25 février 2019, l'OAI a dès lors informé l'assurée de ses intentions de refuser une augmentation de la demi-rente d'invalidité précédemment allouée. Il considérait que les fluctuations de l'état de santé ne revêtaient pas un caractère durable et que la capacité de travail était toujours de 50 % dans une activité adaptée. Il a entériné ledit projet dans une décision du 8 avril 2019.

La Dre C.\_\_\_\_\_ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 8 mai 2019. Elle a retenu les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de trouble panique avec fortes somatisations, actuellement décompensé, et de trouble mixte de la personnalité à traits dépendants et anxieux. L'incapacité de travail était

totale depuis janvier 2019, tandis que l'assurée avait fait l'objet d'une hospitalisation au sein de la Clinique F. \_\_\_\_\_ du 16 avril au 6 mai 2019. Elle avait épuisé ses ressources en se suradaptant pour maintenir une activité de remplacement en garderie au taux de 50 %. Le pronostic était défavorable au vu de l'évolution des deux dernières années.

L'OAI a indiqué à l'assurée, par pli du 15 mai 2019, « suspendre momentanément » sa décision du 8 avril 2019 et poursuivre l'instruction médicale de son dossier.

Il s'est procuré le rapport de séjour de la Clinique F. \_\_\_\_\_ du 24 mai 2019, dans lequel étaient mentionnés les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, associé à un trouble anxieux généralisé, un trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants et anxieux, des douleurs chroniques du haut du corps et une toux chronique sur probable reflux gastro-œsophagien. La continuation de la prise en charge psychiatrique, ainsi que des consultations pour la gestion des douleurs, étaient préconisées.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a diligenté une expertise psychiatrique de l'assurée, dont le mandat a été confié au Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. communication de l'OAI du 1<sup>er</sup> novembre 2019).

L'expert a communiqué son rapport le 6 janvier 2020, retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique, puis léger depuis 2017, de trouble panique avec des attaques de panique hebdomadaires depuis 2017, de facteurs psychologiques ou comportements associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs, sans indice de gravité jurisprudentiels remplis actuellement, et de trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante. Ces diagnostics n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail, que l'expert considérait comme entière depuis 2017. L'assurée conservait des ressources substantielles au vu de la description de sa journée-type et ne présentait pas de limitations fonctionnelles significatives. L'aggravation

attestée par la psychiatre traitante vers un trouble dépressif moyen n'était, selon l'expert, pas confirmée, hormis durant l'hospitalisation au sein de la Clinique F.\_\_\_\_\_. Le pronostic médical était bon, à l'inverse du pronostic d'une reprise professionnelle, en présence d'une assurée démotivée par ses douleurs et son âge. Un suivi psychothérapeutique hebdomadaire et un traitement antidépresseur, avec monitoring sanguin, étaient préconisés.

Par avis du 21 janvier 2020, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert. Il a considéré qu'aucune aggravation de l'état de santé ne pouvait être prise en compte, au contraire d'une amélioration dès 2017, laquelle permettait de retenir une capacité de travail totale sur le plan médico-théorique.

L'OAI a établi un projet de décision le 24 février 2020, lequel annulait et remplaçait celui du 25 février 2019. Il a signalé envisager de supprimer la demi-rente d'invalidité servie à l'assurée, sur la base des résultats de l'instruction médicale de son dossier.

Par correspondances de son médecin généraliste traitant, la Dre H.\_\_\_\_\_, du 16 avril 2020 et de la Dre C.\_\_\_\_\_ du 25 mai 2020, l'assurée a contesté le projet précité. Par complément du 27 mai 2020, elle a fait valoir ses doutes quant à la valeur probante du rapport d'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_, estimant pour l'essentiel que ce dernier avait banalisé ses symptômes et orienté ses questions. La Dre H.\_\_\_\_\_ indiquait, pour sa part, que sa patiente souffrait d'un syndrome dépressif moyen, en sus d'un trouble somatoforme sévère, difficile à traiter. Quant à la Dre C.\_\_\_\_\_, elle a maintenu les diagnostics précédemment relatés, à l'exception du trouble de la personnalité, désormais qualifiée de « type borderline et dépendante sur une structure psychotique non stabilisée ». Elle a au surplus procédé à une critique de l'évaluation de l'expert s'agissant de la sévérité de l'état dépressif, du trouble anxieux et de la personnalité de l'assurée. Elle considérait que le Dr D.\_\_\_\_\_ avait insuffisamment tenu compte des éléments anamnestiques. Elle persistait

à conclure à une incapacité totale de travail pour des raisons psychiatriques.

Dans un avis du 11 août 2020, le SMR a estimé que les divergences entre l'expert et la psychiatre traitante avaient trait au degré de sévérité des troubles. L'avis de celle-ci constituait une appréciation différente d'un même état de fait. L'expert devait en l'occurrence être suivi.

Fondé sur ces éléments, l'OAI a rendu sa décision le 3 novembre 2020, prononçant la suppression de la demi-rente d'invalidité allouée à l'assurée.

**C.** B.\_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 2 décembre 2020. Elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI, soulignant l'importante dichotomie entre les conclusions de l'expert et les observations de sa psychiatre traitante.

L'OAI a répondu au recours le 3 février 2021 et proposé son rejet, en l'absence de nouveaux éléments médicaux produits par l'assurée.

Celle-ci, désormais représentée par Me Florence Bourqui, avocate au sein de Inclusion Handicap, a répliqué le 26 février 2021 et persisté dans ses conclusions. Elle s'est derechef prévalu des rapports de sa psychiatre traitante et a estimé que le rapport d'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ était dénué d'objectivité, de rigueur et donc de toute valeur probante. En particulier, elle a relevé que l'expert n'avait aucunement motivé la survenance d'une amélioration de son état de santé dès 2017. Par ailleurs, il n'avait pas analysé l'impact des douleurs et de l'épuisement sur la capacité de travail, conformément aux critères jurisprudentiels en la matière. Il avait en outre considéré que seule une question de motivation entravait la reprise durable d'activité de l'assurée, alors que celle-ci avait pourtant démontré avoir fait son possible pour se maintenir en emploi.

Par duplique du 22 mars 2021, l'OAI a confirmé ses conclusions en vue du rejet du recours, mettant notamment en exergue l'avis du SMR du 11 août 2020 et la jurisprudence fédérale relative au rôle de l'expert dans l'évaluation de la capacité de travail.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 2 décembre 2020 contre la décision de l'intimé du 3 novembre 2020 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à une demi-rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail.

**3.** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**4. a)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

**b)** A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**c)** En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

**5. a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les

médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2).

**b)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a).

**c)** Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité de la situation (ATF 117 V 261 consid. 3b). Consacré à l'art. 61 let. c LPGA, le principe inquisitoire impose au juge de constater les faits d'office,

avec la collaboration des parties, et d'administrer les preuves nécessaires (ATF 125 V 193 consid. 2). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références).

**6. a)** Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, 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).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

**aa)** Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance

à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

**bb)** La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**7. a)** En l'espèce, il s'agit de déterminer si l'état de santé psychique de la recourante a connu une modification substantielle, qui autoriserait l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 100 %, depuis les précédentes décisions au fond, soit celles des 21 mars et 14 avril 2016.

**b)** A cette époque, l'intimé s'était exclusivement fondé sur les rapports de la Dre C.\_\_\_\_\_ et sur les résultats des mesures d'ordre professionnel pour retenir que la recourante était dotée d'une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée. Il considérait que la recourante était atteinte dans sa santé psychique, en raison de problèmes dépressifs et anxieux, depuis juin 2012. Ces troubles entraînaient, au titre de limitations fonctionnelles, une intolérance au stress et des difficultés à exercer dans le domaine des soins à la personne, une fatigue et une fatigabilité (cf. avis du SMR du 20 mars 2013 et rapport du Service de réinsertion de l'intimé du 10 septembre 2015).

**c)** La Dre C.\_\_\_\_\_ décrivait sa patiente, notamment en ces termes, dans son rapport du 6 novembre 2012 :

« [...] L'assurée m'apparaît comme une personne anxieuse, consciencieuse, très investie dans ce qu'elle pratique, désireuse d'accomplir ses tâches au mieux, avec une tendance à donner beaucoup d'elle-même dans son activité professionnelle et à éprouver visiblement des difficultés à mettre des limites et à se protéger correctement. [...] »

Cette praticienne précisait ce qui suit le 7 mars 2013 :

« [...]J'estime actuellement sa capacité de travail sollicitable dans une activité adaptée à un maximum de 50 % En effet, malgré la bonne évolution sur le plan de l'humeur, Mme B.\_\_\_\_\_ reste à mon sens une personnalité sensible, vulnérable face à ses émotions et avec une résistance modérée face au stress et à la surcharge dans une activité. Par le passé, elle a déjà à plusieurs reprises démontré sa vulnérabilité à la surcharge, dans des activités différentes. Je maintiendrai donc la constatation d'une incapacité de travail de 50 % et d'une capacité sollicitable de 50 % dans une activité adaptée. [...]

Comme je l'ai décrit en détail dans mon rapport précédent, il m'apparaît clair que compte tenu de sa personnalité très sensible à autrui, très empathique, parfois « poreuse », il me semble déconseillé pour Mme B.\_\_\_\_\_ de poursuivre une activité dans le domaine des soins à autrui, activité qui amène trop de proximité

relationnelle dont elle parvient difficilement à se protéger avec un fort risque de surcharge et de décompensation. [...] »

Sur le plan diagnostique, elle avait évoqué un épisode dépressif sévère, puis léger, dans le contexte d'un trouble de la personnalité, sans précision (cf. rapports des 6 novembre 2012 et 7 mars 2013 précités). Était ultérieurement relatée une anxiété, accompagnée d'angoisses et de crises de panique (cf. rapport de la Dre C. \_\_\_\_\_ du 10 mars 2014).

**8. a)** A la date de la décision querellée, on dispose désormais des rapports de la Dre C. \_\_\_\_\_ et de la Clinique F. \_\_\_\_\_, ainsi que du rapport d'expertise établi par le Dr D. \_\_\_\_\_.

**b)** Le 25 octobre 2017, la Dre C. \_\_\_\_\_ a fait part d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, attestant une incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017, en raison de la survenance d'angoisses « de plus en plus marquées avec des somatisations importantes », puis de « symptômes dépressifs associés à un épuisement progressif ». Elle a indiqué, le 4 avril 2018, que sa patiente souffrait toujours d'une symptomatologie anxieuse et dépressive « présente au quotidien ». La recourante demeurait inscrite auprès des organes de l'assurance-chômage avec une disponibilité de 50 %, quand bien même la Dre C. \_\_\_\_\_ estimait que sa capacité de travail n'excédait pas 30 %. Dans son rapport du 14 mai 2019, cette praticienne a, une nouvelle fois, conclu à une incapacité de travail totale dès janvier 2019, évoquant l'hospitalisation de la recourante. Celle-ci était affectée des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de trouble panique, avec de fortes somatisations, et de trouble mixte de la personnalité à traits dépendants et anxieux. La Dre C. \_\_\_\_\_ a par ailleurs notamment mis en exergue ce qui suit :

« [...] Mme B. \_\_\_\_\_ présente un trouble panique d'intensité forte avec des angoisses quotidiennes, à prédominance matinale, avec une augmentation de la survenue d'attaques de panique. Hyperventilation, tachycardie, douleurs thoraciques intenses, souffle coupé, oppression, douleurs dans la mâchoire, douleurs dans la bouche, maux de tête. Les douleurs corporelles associées aux angoisses ont pris de plus en plus de place, rendant le quotidien de

Mme B. \_\_\_\_\_ difficilement gérable. La patiente redoute une pathologie physique et elle multiplie des demandes d'examens et de contrôles auprès de sa généraliste, la Dresse H. \_\_\_\_\_ : radiographies, scanner cérébral, examen neurologique, examen ORL. Les différents examens somatiques pratiqués s'avèrent sans particularités, mais ces résultats ne calment malheureusement pas les fortes angoisses de Mme B. \_\_\_\_\_ d'avoir un diagnostic somatique qui n'a pas encore été mis en évidence. La patiente présente une peur panique centrée sur les douleurs physiques avec la présence de fortes angoisses de mort. L'humeur est nettement abaissée, avec des ruminations, des idées noires, une péjoration importante du sommeil et une hypervigilance anxieuse majeure.

[...]

Mme B. \_\_\_\_\_ a régulièrement tenté de se suradapter en puisant dans ses ressources de résistance et d'endurance pour maintenir une capacité de travail malgré sa fragilité. Ses angoisses majeures face à la solitude et à l'inactivité l'amènent malheureusement trop souvent à se forcer sur l'activité au lieu de s'autoriser à se reposer et elle dépasse donc régulièrement ses limites corporelles et d'endurance, avec actuellement un état majeur d'épuisement physique et psychologique. [...] »

Le 25 mai 2020, procédant à la critique du rapport d'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ du 6 janvier 2020, la Dre C. \_\_\_\_\_ a maintenu que la capacité de travail de la recourante était nulle. Sur le plan diagnostique, elle a persisté à mentionner un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec syndrome somatique, et un trouble panique décompensé. S'agissant de la personnalité de la recourante, elle a désormais mentionné un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline et dépendante, sur une structure psychotique non stabilisée.

**c)** Les symptômes rapportés par la Dre C. \_\_\_\_\_ ont été, pour l'essentiel, corroborés au sein de la Clinique F. \_\_\_\_\_. Le rapport de sortie, établi le 24 mai 2019, relate en effet les éléments suivants :

« [...] Sur le plan psychologique, Madame B. \_\_\_\_\_ présentait une symptomatologie anxiodépressive au premier plan, avec une thymie abaissée, un sentiment d'épuisement, un trouble du sommeil, une diminution de l'appétit associés à une symptomatologie somatoforme, avec de l'inconfort, des douleurs et des crispations dans le haut du corps. Les douleurs mentionnées ont été évaluées entre 3-7/10 sur l'échelle EVA. La patiente décrivait également une sensation de gorge nouée au réveil, avec transpiration. Elle cherchait en permanence une position pour être plus confortable, restant au final souvent dans la position debout. La symptomatologie mentionnée a déjà été investiguée par le médecin traitant de la patiente avec plusieurs examens dont une IRM réalisée récemment, sans qu'une cause somatique des manifestations de la patiente soit trouvée.

[...]

Progressivement, nous avons pu observer une lente et légère amélioration de la symptomatologie anxiodépressive chez la patiente, elle se montre plus apaisée à la fin de son séjour et prend conscience des liens entre son vécu psychique et physique. A sa sortie, elle souhaite continuer les activités d'acupuncture et d'art-thérapie après son retour à domicile. [...] »

Quant aux diagnostics, la Clinique F. \_\_\_\_\_ n'a que partiellement confirmé ceux évoqués par la Dre C. \_\_\_\_\_, retenant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un trouble anxieux généralisé et un trouble mixte de la personnalité avec des traits dépendants et anxieux. Les spécialistes concernés ne se sont, au surplus, pas prononcé quant à la capacité de travail de la recourante.

**d)** Le rapport d'expertise, rédigé le 6 janvier 2020 par le Dr D. \_\_\_\_\_, a pris en compte des diagnostics similaires, d'intensité moindre, à savoir un trouble dépressif récurrent, de degré moyen, puis léger dès 2017, ainsi notamment qu'un trouble panique et un trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante. L'expert a libellé son appréciation du cas en ces termes :

« [...] Nous n'avons retenu aucune incohérence chez une assurée authentique, qui n'exagère pas la journée type ou les activités encore possibles, la seule incohérence étant une demande AI, dans l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques objectivables chez une assurée qui gère seule son quotidien sans difficultés psychologiques. Des avantages asséculogiques sont clairement exprimés, l'assurée estimant ne pas pouvoir retrouver une activité adaptée à ses douleurs, à son âge, après une longue pause professionnelle, dans un contexte de déconditionnement

Nous ne retenons pas des discordances entre le diagnostic de troubles dépressifs récurrents moyens depuis 2017 au présent et le trouble de la personnalité émotionnellement labile décrits dans le dossier asséculogique parfois par la psychiatre traitante et dans le rapport d'hospitalisation [...], qui restent compatibles avec la description de la journée type actuelle et dans le passé depuis 2017. Par contre, il existe une nette discordance entre des troubles dépressifs sévères (existants depuis 2019) avec une capacité de travail diminuée, voire nulle selon la psychiatre traitante et les activités possibles durant une journée type chez une assurée qui gère seule son quotidien, le ménage, les courses, l'administratif, qui conduit la voiture, qui passe des moments positifs avec ses enfants, petits-enfants, avec des amis, malgré un isolement social partiel mais pas total, qui tricote, regarde la télévision, se promène et qui a pu s'inscrire au chômage et chercher un emploi à 50 % selon l'anamnèse.

De plus, la psychiatre traitante n'a pas attesté d'une capacité de travail à 50 % (mais tout au plus 30 %), alors que l'assurée a pu travailler à 50 % dans l'économie libre, mais elle a pu aussi travailler à 50 % sans limitations objectivables durant les stages de réadaptation. Mentionnons que l'assurée aurait choisi à plusieurs moments de sa vie à travailler à 50 % ou 60 % selon l'anamnèse, sans troubles psychiques ou somatiques avérés dans le passé.

Le fait que le rapport de la Clinique F. \_\_\_\_\_ ne confirme pas non plus le trouble dépressif sévère avancé par la psychiatre traitante et que le même rapport décrit une amélioration en fin d'hospitalisation, plaide aussi indirectement pour un trouble dépressif léger actuellement. L'arrêt de l'escitalopram, le fait qu'un autre traitement antidépresseur n'aurait pas été proposé à la place de l'escitalopram, la diminution du suivi hebdomadaire qui serait devenu actuellement une fois toutes les trois semaines, ne permet pas de confirmer une aggravation dépressive sévère, telle que décrite par la psychiatre traitante.

Au moment de la prise de sang l'assurée explique avoir arrêté l'escitalopram et que nous ne pouvons pas doser le Valdoxan vu « sa courte demi-vie », fait qu'elle connaît en étant infirmière. Ceci nous permet de douter de la prise du traitement antidépresseur de Valdoxan, vu le fait qu'elle ne bénéficierait pas des prises de sang régulières pour doser les transaminases selon l'anamnèse (comme c'est demandé en cas de prise de Valdoxan) qui sont par ailleurs très discrètement augmentés. En cas de trouble dépressif sévère, on devrait augmenter les doses d'antidépresseurs ou les changer, plutôt qu'arrêter un traitement antidépresseur et ne pas suivre les recommandations de sécurité du Valdoxan. De plus, en supposant que la prise de Valdoxan est correcte, vu l'aggravation dépressive sévère prétendue sous Valdoxan, on devrait changer cette molécule, ce d'autant plus que les enzymes hépatiques ont tendance à augmenter. Par contre, en cas de trouble dépressif léger et de faible motivation de l'assurée à prendre un traitement antidépresseur, on peut envisager l'arrêt du traitement antidépresseur.

L'ensemble des éléments susmentionnés et surtout les activités possibles durant une journée type ne permet pas de confirmer une aggravation durable vers un trouble dépressif moyen et plaide clairement pour un trouble dépressif moyen au moment de l'hospitalisation [...], devenu léger par la suite.

[...]

Les ressources actuelles sont bonnes et les limitations fonctionnelles objectivables ne sont pas significatives depuis 2017 au présent. La coopération de l'assurée a été bonne pour le suivi psychiatrique et la compliance aux traitements proposés probablement partielle.

[...]

La capacité de travail a été de 100 % sans diminution du rendement depuis 2017 au présent, tenant compte de la jurisprudence de novembre 2017.[...] »

**9. a)** In casu, on peut d'emblée constater les difficultés à dégager une vision précise de l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis les décisions de l'intimé des 21 mars et 14 avril 2016. En effet, les appréciations médicales versées au dossier de l'intimé

divergent sensiblement, tant du point de vue diagnostique que s'agissant de la capacité de travail résiduelle de la recourante.

**b)** Dans ce contexte, le rapport d'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ paraît certes avoir été établi conformément aux réquisits jurisprudentiels rappelés supra sous consid. 6. Cela étant, on relève qu'en dépit d'exams fouillés de la recourante (dont de nombreux tests), l'expert ne se prononce pas en détail sur les fluctuations de l'état de santé attestées par la Dre C. \_\_\_\_\_, depuis avril 2016, singulièrement octobre 2017. En particulier, il se limite pour l'essentiel à s'exprimer au regard d'une « jurisprudence de novembre 2017 » sans vraiment communiquer une analyse médicale qui justifierait de retenir une amélioration factuelle dès cette date. Au demeurant, l'expert ne se focalise que sur quelques éléments (description de l'activité quotidienne à domicile et éventuel doute sur la prise de l'antidépresseur) pour considérer que la recourante serait désormais dotée d'une capacité de travail entière. L'expert n'expose pas en quoi ces éléments suffiraient à écarter tout impact des symptômes décrits par la Dre C. \_\_\_\_\_ en termes de capacité de travail et dans quelle mesure ces symptômes se seraient effectivement amendés. Rattachée à une « nouvelle jurisprudence dès 2017 », ainsi qu'au descriptif de l'activité de la recourante, l'appréciation de l'expert, dénuée de fondement médical étayé, ne convainc pas. Fait également défaut dans le rapport d'expertise une description clinique précise de l'évolution ou des fluctuations de l'état de santé de la recourante depuis avril 2016.

**c)** En outre, ainsi que le relève la recourante, le Dr D. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur l'impact des douleurs alléguées dans un contexte professionnel, mais se fonde exclusivement sur le quotidien actuel de la recourante, hors de toute activité lucrative. On ajoutera que la plausibilité des symptômes rapportés par la Dre C. \_\_\_\_\_ n'est pas discutée. De même, les diagnostics avancés par cette praticienne, singulièrement leur degré de sévérité in casu, ne sont pas spécifiquement analysés, ni réfutés. On ajoutera que le rapport en question contient de nombreuses redondances, lesquelles apparaissent contredites par les autres pièces du dossier (notamment quant à l'absence

de difficultés à gérer le quotidien et quant à une éventuelle motivation défaillante de la recourante à une reprise d'activité professionnelle).

**d)** En définitive, le Dr D.\_\_\_\_\_ donne l'impression d'avoir procédé de manière purement schématique à l'examen des critères jurisprudentiels, en faisant abstraction des descriptifs étayés communiqués par la Dre C.\_\_\_\_\_. Dès lors, il n'est pas possible, en l'état, d'accorder pleine valeur probante aux conclusions du Dr D.\_\_\_\_\_, lequel n'a au demeurant pas eu l'occasion de se prononcer sur les critiques formulées le 25 mai 2020 par la Dre C.\_\_\_\_\_. On ne saurait, en tout cas, retenir une amélioration avérée de l'état de santé de la recourante depuis les décisions rendues en 2016 sur la base du rapport d'expertise.

**10.** Il n'est pas davantage possible de suivre les évaluations communiquées par la Dre C.\_\_\_\_\_, partiellement fondées sur les seules déclarations de la recourante, pour admettre une péjoration de l'état de santé. Cette psychiatre a en effet relaté, à compter de la demande de prestations initiale de la recourante, une situation extrêmement fluctuante, passablement conditionnée par les types d'activités exercées par sa patiente. Au demeurant, on observe que les rapports de la Dre C.\_\_\_\_\_ souffrent d'imprécisions importantes, en particulier s'agissant de la détermination d'un éventuel trouble de la personnalité, alors que la sévérité du trouble dépressif, alléguée dès octobre 2017, puis dès janvier 2019, n'a pas été confirmée au sein de la Clinique F.\_\_\_\_\_.

**11.** En définitive, force est de constater que, dans le cas particulier, un tableau clinique objectif et précis, exposant en détail l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante depuis les décisions de 2016 jusqu'à la décision querellée, fait défaut. De même, manque en l'occurrence, une étude circonstanciée des diagnostics pertinents et de leur degré de gravité, ainsi que de l'impact des douleurs sur les ressources de la recourante.

**12. a)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**c)** En l'espèce, la Cour de céans s'estime insuffisamment renseignée sur l'évolution médicale de la situation depuis les décisions de l'intimé de mars et avril 2016, sur les diagnostics devant être précisément retenus et leur degré de sévérité, ainsi que sur les ressources à disposition

de la recourante pour mettre à profit une éventuelle capacité de travail. Manquent également au dossier de l'intimé les pièces qui permettent de retracer précisément les périodes d'activité de la recourante à compter d'avril 2016, singulièrement les contrats de travail et les gains réalisés.

Compte tenu de ce qui précède, il s'impose de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il appartiendra, après actualisation de son dossier médical et économique, de procéder à un complément d'expertise ou à une nouvelle expertise psychiatrique destinée à se prononcer sur l'évolution de la situation depuis avril 2016.

**11. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé dans le sens des considérants.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**c)** La recourante, assistée d'un mandataire professionnel et obtenant gain de cause, peut prétendre des dépens, arrêtés à 1'500 fr., et mis à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 3 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
  
- 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 la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Inclusion Handicap, Me Florence Bourqui, à Lausanne (pour B.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :