

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 avril 2024

Composition : M. WIEDLER, président
MM. Neu et Parrone, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 6, 7, 8 et 16 LPGA

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 196[...], sans formation professionnelle certifiée, a travaillé dès le 1^{er} janvier 2017 comme auxiliaire de santé pour la Fondation B._____ jusqu'au 22 mai 2017, date à compter de laquelle elle a présenté une incapacité totale de travail, en raison d'un burn-out.

Le 27 octobre 2017, U._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Entre autres mesures d'instruction, l'OAI s'est procuré une copie du dossier constitué par A._____ SA, assureur perte de gain en cas de maladie (APG) de la Fondation B._____. Y figurait notamment un rapport du 20 mars 2018 du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui retenait le diagnostic de trouble de l'adaptation, symptomatologie mixte, anxieuse et dépressive et attestait d'une incapacité de travail à 100 % dès le 22 mai 2017 dans un contexte de burn-out. Ce psychiatre observait que l'assurée avait de bonnes compétences professionnelles et qu'un changement de lieu de travail était nécessaire. Il était d'avis que l'intéressée était apte à travailler dans une activité similaire.

L'assurée a été licenciée pour le 31 mai 2018.

Était aussi intégré au dossier d'A._____ SA un rapport du 18 juin 2018 du Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a fait savoir que sa patiente présentait des troubles anxieux, se traduisant par des crises de panique et d'autres symptômes somatiques tels que des migraines. Il a estimé qu'elle pourrait sûrement envisager de reprendre une activité à un taux de 100 % par la suite dans un contexte simple, sans pression, utilisant ses qualités sociales et humaines.

Se trouvait aussi dans le dossier APG, une expertise du 25 juin 2018 de la Dre E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a notamment posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, en rémission (F43.21) et de burn-out en rémission (Z73.0). La Dre E._____ a reconnu une incapacité de travail à 100 % à la suite du burn-out du 9 mai 2017 au 7 juin 2018. Dès le 8 juin 2018, elle a conclu à une capacité de travail entière dans toute activité en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. La Dre E._____ a constaté que l'assurée bénéficiait de bonnes ressources personnelles. Ainsi, en présence de ressources mobilisables, d'une volonté et d'une motivation de se réinsérer, le pronostic était tout à fait favorable.

Dans un rapport du 7 juillet 2018, le Dr C._____ a posé le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, en rémission (F43.21). Il a estimé qu'à l'issue d'une incapacité de travail à 100 % du 9 mai 2017 au 7 juin 2018, sa patiente présentait une capacité de travail de 100 % dans toutes activités dès le 8 juin 2018.

Il ressort d'une note d'entretien téléphonique du 10 juillet 2018 de l'OAI avec son assurée qu'elle s'était inscrite au chômage et pensait commencer rapidement dans une clinique où elle avait pu se présenter.

Dans un rapport du 13 juillet 2018, le Dr D._____ a indiqué à l'OAI que l'assurée avait demandé le transfert de son dossier médical et qu'elle n'était plus compliant au plan de thérapie ni à son traitement.

Par décision du 24 juillet 2018, le Service de l'emploi a déclaré l'assurée inapte au placement à compter du 9 juillet 2018.

Dans un rapport du 10 août 2018 à A._____ SA, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 26 juin 2018 avec la mise en place d'un traitement médical et d'une psychothérapie hebdomadaire. Il a estimé que sa patiente pourrait, dans les mois à venir, reprendre une activité professionnelle hors du cadre d'un [...] dans lequel le risque de rechute était important.

L'OAI a interrogé le Dr F._____, lequel a fait savoir à l'OAI, dans un rapport du 31 août 2018, qu'il retenait le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) depuis le 7 août 2018. Il a attesté d'une incapacité de travail à 100 % du 1^{er} juillet au 30 septembre 2018. Sans rechute, il a indiqué que sa patiente devrait pouvoir reprendre une activité selon ses capacités. Ce médecin a énoncé les limitations fonctionnelles suivantes : force physique, stress lié aux situations des résidents, risque de rechute et danger de récurrence dépressive ; difficultés dans la gestion des émotions ; difficultés liées aux tâches administratives ; difficultés dans les déplacements ; difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne ; difficultés d'organisation du temps ; hypersensibilité au stress ; orientation dans le temps, l'espace ou par rapport à soi-même limitée ; concentration/attention limitées ; problèmes mnésiques ; organisation/planification limitées ; adaptation au changement limitée.

Le 1^{er} juillet 2019, l'assurée a commencé une activité de vendeuse en parfumerie.

Dans un rapport du 1^{er} octobre 2019, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) à l'origine d'incapacités de travail de 100 % du 1^{er} juillet 2018 au 31 janvier 2019, de 80 % du 1^{er} février au 12 octobre 2019 et de 50 % du 14 octobre au 30 novembre 2019. Il a énoncé les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés à gérer le stress et les émotions, produisant des états de confusion ; désorientation ; pertes de contrôle ; difficultés de

concentration ; perte de mémoire. Il a fait état d'une bonne compliance et d'une évolution favorable laissant envisager une reprise à un taux d'activité de 100 % d'ici quelques mois, à condition qu'elle retrouve une situation financière plus stable, générant moins d'anxiété.

A la demande de la Dre Y. _____ du Service médical régional de l'AI (SMR), le Dr G. _____ a fait état, dans un rapport du 16 décembre 2019, d'un épisode dépressif léger (F32.0) et d'une capacité de travail de 70 % dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (difficultés à gérer le stress ainsi que fatigabilité et trouble du sommeil ; difficultés de concentration et d'attention provoquant encore des pics de stress et amenant des crises d'anxiété et d'angoisse qui risquent de la mettre mal en présence de clients).

Dans un rapport SMR du 16 janvier 2020, la Dre Y. _____ a retenu un épisode dépressif sévère évoluant vers une symptomatologie légère (F32.0) et reconnu une incapacité de travail à 100 % du 22 mai 2017 au 31 janvier 2019, à 80 % du 1^{er} février au 13 octobre 2019, à 50 % du 14 octobre au 30 novembre 2019 et à 30 % dès le mois de décembre 2019, l'assurée bénéficiant d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (difficultés à gérer le stress, fatigabilité, trouble du sommeil, difficultés de concentration et d'attention) dès le mois de décembre 2019.

Dans un rapport du 28 avril 2020, le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, a posé le diagnostic de rhizarthrose de stade II selon Dell aux deux mains et énoncé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de tâches répétitives et soutenues, les activités simples restant possibles.

Le 21 juillet 2020, la Dre Y. _____ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique.

Dans un rapport du 1^{er} septembre 2020, le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, a estimé que le tableau clinique actuel n'était toujours pas franchement évocateur d'un rhumatisme inflammatoire, hormis les douleurs généralisées aux mains et aux pieds, mais sans signe inflammatoire clinique ni biologique. Il a exclu une polyarthrite rhumatoïde, les marqueurs rhumatologiques étant négatifs et évoqué un syndrome fibromyalgique au vu des douleurs insertionnelles multiples chez une patiente dépressive et anxieuse. Le Dr J._____ a mentionné un possible trouble somatoforme. Au final, ce spécialiste a retenu des troubles dégénératifs localisés au niveau de la trapézo-métacarpienne des deux pouces, prédominant à gauche.

Dans un rapport du 15 septembre 2020 à l'OAI, le Dr G._____ a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.5) depuis printemps 2019 et de trouble anxieux mixte (F41.3) depuis l'hiver 2018/2019. Pour le psychiatre traitant, l'assurée n'était plus en mesure de travailler.

Dans un rapport du 29 novembre 2020, la Dre K._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de rhumatisme psoriasique (polyarthrite périphérique, sacro-iliéte à droite), de psoriasis cutané et unguéale connu et de rhizarthrose bilatérale sans se prononcer sur les aspects professionnels.

Dans un rapport d'expertise du 24 juin 2021, la Dre L.M._____, médecin praticienne, le Dr L.R._____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr L.P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre L._____, ont posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de rhumatisme psoriasique, stabilisé en cours de traitement et ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble anxieux et dépressif mixte, de rhizarthrose bilatérale stabilisée, d'ostéoporose non fracturaire, de fibromyalgie, de décollement placentaire il y a 20 ans, de dénutrition protéino-énergétique associé à un IMC à 18.4 kg/m², de déconditionnement physique et de

kyste ovarien opéré en 2017. Ils ont estimé que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (évitant un travail répétitif avec les mains et le port des charges de plus de 10 kg), l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 100 % depuis le 8 juin 2018 en référence à l'expertise psychiatrique réalisée par la Dre E._____. L'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'était plus exigible. Les experts ont confirmé une incapacité de travail transitoire du 22 mai 2017 au 7 juin 2018 pour des limitations fonctionnelles transitoires sur le plan psychiatrique et une incapacité de travail du 16 novembre 2020 au 9 mars 2021 en raison des limitations fonctionnelles transitoires sur le plan rhumatologique.

Après avoir requis l'avis de la Dre Y._____ (cf. avis du 14 juillet 2021), l'OAI a, par projet de décision du 15 juillet 2021, informé l'assurée qu'il entendait lui verser une rente entière du 1^{er} mai au 30 septembre 2018, soit trois mois après la récupération d'une pleine capacité de travail dans toutes activités. L'OAI a également admis une incapacité de travail dans l'activité habituelle dès le 16 novembre 2020, une pleine capacité de travail étant exigible dès le 10 mars 2021 dans toute activité qui respectait les limitations fonctionnelles (éviter le travail répétitif avec les main et le port de charge de plus de 10 kg) sans que des mesures professionnelles ne soient nécessaires.

L'assurée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, a contesté ce projet de décision par courriers des 20 août et 25 octobre 2021, se référant aux rapports de ses médecins traitants. Dans le cadre de ses objections, l'assurée a produit :

- Un rapport du 1^{er} octobre 2021 de la Dre K._____, laquelle a estimé que la capacité de travail de sa patiente était nulle, ceci plus en raison de comorbidités psychiatriques que des comorbidités rhumatologiques.
- Un rapport du 16 août 2021 du Dr G._____, lequel a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif récurrent (F41.2) et

de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) et fait savoir que l'assurée vivait avec une douleur permanente, laquelle fragilisait son psychisme. Sa patiente était encore sujette à des crises d'angoisse et plus rarement à des attaques de panique, à une perte de poids, à une perte de confiance en soi et elle ne parvenait pas à gérer son stress et son anxiété. Elle bénéficiait d'une psychothérapie, d'un traitement médicamenteux ainsi que d'un soutien par un infirmier et une ergothérapeute. Le Dr G._____ faisait état de ressources épuisées incompatibles avec une activité salariale.

Sollicitée pour détermination, la Dre Y._____ a indiqué que les objections de l'assurée et les nouveaux rapports médicaux n'étaient pas de nature à modifier ses conclusions (avis SMR du 23 novembre 2021).

Par décision du 15 février 2022, accompagnée d'une lettre de motivation, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 juillet 2021.

B. **a)** Par acte du 15 mars 2022, U._____, toujours représentée par Me Duc, avocat à Lausanne, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 15 février 2022 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps et d'une rente pour enfant liée à celle de la mère à compter du 1^{er} mai 2018 et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. La recourante invoque la violation du droit d'être entendue au motif que la décision litigieuse n'indiquait pas en quoi aurait consisté l'amélioration de son état de santé en date des 8 juin 2018 et 10 mars 2021. La recourante soutient que sa capacité de travail ne s'est pas améliorée et qu'elle présente une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 22 mai 2017. Elle remet en cause la valeur probante des conclusions de la Dre E._____ et de celles du Centre L._____.

b) Par réponse du 14 avril 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant aux expertises réalisées par la Dre E._____ et le Centre L._____.

c) Par réplique du 26 avril 2022, la recourante a confirmé intégralement le contenu et les conclusions de son recours du 15 mars 2022.

d) Le 28 juin 2022, la recourante a produit un rapport du 17 juin 2022 du Dr N._____, spécialiste en neurologie au H._____, lequel retenait le diagnostic de mouvements hyperkinétiques d'origine fonctionnelle sans argument clinique pour une pathologie sous-jacente. Ce médecin préconisait la poursuite du traitement contre l'arthrite psoriasique, une éventuelle consultation en antalgie, et la continuation du traitement psychiatrique. Il a en outre recommandé une physiothérapie ciblée, voire une consultation spécialisée pour les troubles fonctionnels.

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. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité après le 30 septembre 2018, singulièrement le taux d'invalidité à la base de cette prestation et son évolution.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, le droit de la recourante à une rente d'invalidité a pris naissance le 1^{er} mai 2018, soit au terme du délai de carence d'une année. Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2022 qui sont applicables.

4. Dans un premier grief de nature formelle, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue. Elle reproche à l'intimé de ne pas avoir décrit en quoi consisterait l'amélioration de son état de santé en dates des 8 juin 2018, jour à partir duquel elle aurait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative, et 10 mars 2021, date à compter de laquelle elle serait en mesure d'exercer une activité adaptée. Elle se plaint aussi du fait que l'intimé n'indiquerait pas quel serait son préjudice économique dès le 10 mars 2021.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des

parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de sorte que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation

du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

b) En l'occurrence, la recourante fait valoir que la décision attaquée n'est pas suffisamment motivée, car elle ne décrit pas en quoi aurait consisté l'amélioration de son état de santé en date du 8 juin 2018, jour à partir duquel elle aurait retrouvé une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative, et du 10 mars 2021, date à compter de laquelle elle aurait été en mesure d'exercer une activité adaptée. Ce grief doit être rejeté. En effet, dans le cadre de la procédure devant l'instance précédente, la recourante a pu se déterminer sur le projet de décision. Elle n'a alors pas fait valoir que la décision serait incompréhensible et ne pourrait pas être contestée, en raison d'un défaut de motivation. Au contraire, dans cette procédure, la recourante s'est déterminée sur le fond, de sorte qu'elle invoque ce grief devant la Cour de céans tardivement. Au demeurant, il ressort des écritures de la recourante que celle-ci a parfaitement saisi sur la base de quels rapports et expertises médicaux l'intimé s'est fondé pour arrêter les dates des 8 juin 2018 et 10 mars 2021, de sorte que la recourante était en mesure de comprendre la décision litigieuse et a pu l'attaquer utilement. Pour le reste, trancher le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a retenu des améliorations de l'état de santé de l'assurée est une question de fond, laquelle sera tranchée dans les considérants de la cause en rapport à la valeur probante des éléments médicaux du dossier (cf. consid. 8 ci-dessous).

En tant que la recourante soutient que l'autorité précédente n'aurait pas indiqué quelle serait la perte de gain qu'elle a subie dès le 10 mars 2021, ce grief ne doit pas être examiné sous l'angle du droit d'être entendu, mais du droit de fond, ce que la recourante relève d'ailleurs

implicitement dans son mémoire en tant qu'elle se réfère à l'art. 16 LPGA (cf. consid. 9 ci-dessous).

Mal fondés, les moyens tirés de la violation du droit d'être entendue de la recourante doivent être tous deux rejetés

5. 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) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

6. 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

d) aa) 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).

bb) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

cc) 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).

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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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 (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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).

e) Une décision est arbitraire (art. 9 Cst.) lorsqu'elle contredit clairement la situation de fait, qu'elle viole gravement une norme ou un principe juridique clair et indiscuté ou qu'elle heurte d'une manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité. Tel est le cas lorsque la décision litigieuse apparaît insoutenable, en contradiction manifeste avec la situation effective, adoptée sans motifs objectifs ou en violation d'un droit certain. En outre, pour qu'une décision soit annulée au titre de l'arbitraire, il ne suffit pas qu'elle se fonde sur une motivation insoutenable; encore faut-il qu'elle apparaisse arbitraire dans son résultat (ATF 147 I 241 consid. 6.2.1 ; 147 II 454 consid. 4.4).

7. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'une première expertise psychiatrique auprès de la Dre E._____, laquelle retenait une incapacité de travail dans toutes activités du 9 mai 2017 au 7 juin 2018, l'intéressée ayant recouvré une pleine capacité de travail dès le 8 juin 2018 (rapport du 25 juin 2018). La recourante a également fait l'objet d'une expertise de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie auprès du Centre L._____ (rapport du 24 juin 2021), dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse.

Aux termes de celles-ci, la capacité de travail de la recourante dans l'activité d'aide-soignante était nulle du point de vue rhumatologique depuis le mois de novembre 2020. Toujours sur le plan rhumatologique et dans l'activité de vendeuse en parfumerie, la capacité de travail était de 100 % jusqu'au mois de novembre 2020, puis de 0 % du mois de novembre 2020 jusqu'au mois de mars 2021 où elle a recouvré une capacité de travail de 100 %. Enfin, sur le plan rhumatologique et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (éviter le travail répétitif avec les mains et de porter des charges de plus de 10 kg), les experts du Centre L. _____ ont retenu une incapacité de travail transitoire de 100 % du mois de novembre 2020 jusqu'au mois de mars 2021. Sur le plan psychiatrique, les experts du Centre L. _____ ont confirmé les conclusions de la Dre E. _____, lesquelles étaient toujours d'actualité au moment de leurs examens.

8. Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise de la Dre E. _____ (cf. consid. 8a ci-dessous) et de celle du Centre L. _____ (cf. consid. 8b ci-dessous), celles-ci étant remises en cause par la recourante.

a) Le rapport du 25 juin 2018 de la Dre E. _____ est cohérent quoi qu'en dise la recourante en tant que l'experte retient une incapacité de travail jusqu'au 7 juin 2018 et une pleine capacité dès le lendemain. On se doute bien que l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré d'un coup durant la nuit du 7 au 8 juin 2018. La Dre E. _____ a cependant constaté que l'état de santé de la recourante s'était stabilisé lors de son entretien du 8 juin 2018 avec l'assurée et que celle-ci était apte à travailler dès ce jour, mais elle n'a pas été en mesure de préciser l'évolution de l'état de santé de la recourante et a retenu une incapacité totale avant cette date. Or la recourante était certainement apte à travailler au moins partiellement avant le 8 juin 2018. Ainsi, retenir une pleine capacité de travail de la recourante dès le 8 juin 2018 et une totale incapacité avant cette date est favorable à l'assurée. En outre, l'expertise de la Dre E. _____ remplit les réquisits jurisprudentiels pour être pleinement probante.

Ainsi, dans son rapport du 25 juin 2018, la Dre E._____ a présenté le contexte professionnel ayant conduit la recourante en incapacité de travail à compter du 9 mai 2017 en ces termes (pp. 6-7) :

« Dans le cadre de son activité professionnelle, elle accuse une surcharge de travail, une activité stressante, lourde, et se sent également seule à prendre des décisions dans des situations difficiles.

Elle dit avoir été persécutée par certaines de ses collègues « jalouses d'elle car elle a réussi rapidement sa formation Croix-Rouge ».

Elle décrit une relation conflictuelle avec quelques collègues qui actuellement ne travaillent plus à la Fondation B._____.

L'expertisée précise que le travail a toujours été bien fait et reconnu par sa hiérarchie avec laquelle elle décrit une très bonne relation.

De plus en plus fatiguée, angoissée, l'expertisée présente des troubles du sommeil dans le cadre d'un burn-out et, en mai 2017 elle développe une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle. L'expertisée est également en soucis pour son mari qui souffre de problèmes à la colonne vertébrale et dépression. Elle pleure, se sent fatiguée et fragilisée, n'arrive plus à gérer ses émotions, raison pour laquelle elle consulte son médecin traitant, le Dr D._____, (...) qui la met en incapacité de travail à 100 % depuis le 9 mai 2017.

L'état de l'expertisée nécessite la mise en place d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr C._____, psychiatre FMH, qu'elle débute le 22 mai 2017.

Actuellement, elle a rendez-vous avec son psychiatre traitant à une fréquence d'une fois tous les 15 jours.

Elle bénéficie également « d'un soutien psychothérapeutique » auprès de [...], infirmière indépendante avec laquelle elle dit avoir au début eu rendez-vous à une fréquence de deux fois par semaine, puis une fois par semaine et actuellement depuis plusieurs mois une fois toutes les deux semaines. »

L'experte E._____ a également entendu la recourante, laquelle a déclaré que son état s'était amélioré sans émettre de plainte sur le plan psychique (p. 8). L'experte a apprécié le cas en ces termes :

« Sur la base de notre observation clinique de ce jour, nous avons retenu les diagnostics de burn-out et trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, en rémission et sans incidence sur la capacité de travail.

(...)

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité.

- Vu les bonnes ressources personnelles de l'expertisée, la présence de ressources mobilisables, sa volonté et sa motivation, le pronostic est tout à fait favorable. »

Il y a lieu de relever que le psychiatre traitant de la recourante d'alors, le Dr C._____, observait que l'assurée avait de bonnes compétences professionnelles et qu'un changement de lieu de travail était nécessaire, posant un pronostic favorable quant à une reprise dans une activité similaire (rapport du 18 juin 2018). Il était rejoint par le Dr D._____, lequel estimait que la recourante pourrait reprendre une activité à un taux de 100 % par la suite (rapport du 18 juin 2018). Enfin, suite à l'expertise, le Dr C._____ a entériné les conclusions de la Dre E._____, considérant que sa patiente bénéficiait d'une capacité de travail à 100 % dans toutes activités dès le 8 juin 2018 (rapport du 7 juillet 2018). On observe d'ailleurs que la recourante s'est inscrite au chômage et pensait commencer rapidement dans une clinique où elle avait pu se présenter selon une note d'entretien téléphonique au dossier du 10 juillet 2018. Aussi, l'absence de répercussion sur la capacité de travail de la recourante au moment de l'examen par la Dre E._____ doit être confirmée dans le contexte d'un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée, alors en rémission.

b) aa) Sur le plan formel, les experts du Centre L._____ ont tous individuellement rencontré la recourante, examens ayant fait l'objet de trois rapports détaillés, puis confronté leurs conclusions au cours d'un consilium qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel ils ont consensuellement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. De surcroît, les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical de la recourante, lequel a été intégralement examiné, et ont procédé à une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, ainsi qu'à une analyse du contexte psychosocial dans lequel la recourante évoluait. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Ils ont en particulier fait état de manière circonstanciée de ses

plaintes et les ont prises en compte dans leur appréciation. Ainsi, le rapport d'expertise est complet et structuré, si bien qu'il respecte les exigences de forme relatives à un tel document.

bb) Quoi qu'en dise la recourante, l'expertise du Centre L._____ du 24 juin 2021 est cohérente, les éléments de détail auxquels se rattache l'assurée ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts sur le plan psychiatrique.

cc) Le Dr L.P._____ a posé le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Le Dr L.P._____ partage les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 25 juin 2018 de la Dre E._____ discuté ci-dessus (expertise, pp. 37-38), à savoir une incapacité de travail temporaire en raison d'une psychopathologie temporaire en rémission.

Appelé à se prononcer sur le dossier médical de la recourante, le Dr L.P._____ a évalué sa situation médicale en ces termes (expertise, p. 37) :

« Un 1^{er} rapport du 31.08.2018 ne retient aucun diagnostic psychiatrique incapacitant et note un trouble dépressif en rémission (F33.4 depuis le 07.08.2018) et retient des limitations fonctionnelles concernant la force physique, le stress lié aux situations des résidents, des difficultés dans la gestion des émotions. Le 20.11.2018, le nouveau psychiatre, le Dr F._____, pose le diagnostic d'un trouble dépressif sévère et d'un trouble panique avec une incapacité de travail à 100%.

Dans son rapport du 01.10.2019, le Dr G._____ maintient le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, mais ne reprend pas le diagnostic de trouble panique et prescrit à la personne assurée de la Mirtazapine 30 mg le soir et du Zoldorm en réserve.

Les incapacités de travail sont estimées à 100 % du 01.07 au 31.01.2019, 80 % du 01.02 au 12.10.2019 et 50 % du 14.10.2019 au 30.11.2019.

Dans le rapport du 16.12.2019, le même Dr G._____ pose le diagnostic d'un épisode dépressif léger et estime la capacité de travail à 70 %.

Le 08.05.2020, le Dr G._____ parle d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, mais estime sa capacité de travail à 50 %. Il signale des limitations fonctionnelles à type de manque de concentration et de capacité à gérer le stress et les émotions, de la fatigue, des pertes d'attention et désorientation et des douleurs, un manque de mobilité au niveau des mains et des doigts rigides.

Enfin, dans le dernier rapport du 15.09.2020, il change de diagnostic, n'évoque plus de trouble dépressif, qu'il soit récurrent ou à type d'épisode dépressif, mais parle d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un trouble anxieux mixte.

Il maintient le même traitement de Valdoxan 50, de Temesta lors des attaques de panique et du Zoldorm en réserve.

L'anamnèse et l'examen clinique ne retrouvent pas les critères constitutifs d'un épisode dépressif, quelle qu'en soit l'intensité. En effet, la personne assurée décrit 2 crises de larmes par jour, d'une durée de quelques minutes et 3 à 4 crises d'angoisse dans le mois, d'une durée maximale de 5 mn.

La personne assurée a effectué plusieurs missions d'intérim dans son métier d'esthéticienne. Elle fait face à toutes ses activités quotidiennes, n'a pas d'idées suicidaires, mais a peur de la mort, rectifie-t-elle en fin d'entretien en expliquant que c'est son ressenti quand elle a une crise de panique.

Les capacités de travail ne sont pas en cohérence avec les diagnostics posés.

Ainsi, des diagnostics d'épisode dépressif sévère sont associés à des capacités de travail de 50 %.

Les traitements antidépresseurs n'ont pas été modifiés depuis de nombreux mois, malgré le constat d'un trouble psychiatrique persistant.

Des diagnostics retenus à un moment du suivi ne le sont plus quelques mois plus tard sans explication et d'autres sont posés sans argument précis.

Les critères incapacitants de trouble dépressif récurrent ou d'épisode dépressif quelle qu'en soit l'intensité ou de syndrome douloureux somatoforme ou de trouble anxieux mixte ne sont pas retenus.

Aucune incapacité de travail pour motif psychiatrique n'a pu être mise en évidence. »

Cela étant, le Dr L.P._____ explique de manière circonstanciée pour quelles raisons il écarte le diagnostic de trouble dépressif sévère récurrent, posé par les Drs F._____ et G._____ au motif que l'anamnèse et l'examen clinique ne retrouvaient pas les critères constitutifs d'un épisode dépressif, quelle qu'en soit l'intensité. Le Dr L.P._____ ne retrouve pas d'humeur dépressive durable, ni de diminution de l'intérêt et du plaisir, ni de troubles cognitifs, la recourante

s'acquittant elle-même des tâches ménagères en les fractionnant (expertise, pp. 31, 33 et 35). Il ressort de l'expertise psychiatrique que l'intéressée est autonome dans les tâches de la vie quotidienne en dehors du fait de porter du lourd (expertise, p. 33). Elle se promène au bord du lac, cuisine, fait les courses deux fois par jour, écoute de la musique et s'intéresse au sujet du bien-être. Elle garde le plaisir à écouter de la musique et à lire. A l'expert psychiatre, elle déclare « tout faire », mais en fractionnant, pour ne pas dépendre de quelqu'un et pour ne pas être bloquée complètement. Le Dr L.P._____ s'étonne en outre du traitement antidépresseur prescrit à la recourante, expliquant que les stratégies thérapeutiques devant un épisode dépressif résistant sont d'abord de monter à dose maximale l'antidépresseur choisi, et en cas d'échec de changer d'antidépresseur pour un autre. Or, le maintien d'un traitement antidépresseur à dose minimale pendant une année et demie comme c'est le cas pour la recourante est plutôt un indicateur de stabilité sur le plan thymique (expertise, p. 37).

L'examen de l'expert psychiatre ne retrouve pas de ralentissement psychomoteur, ni de trouble de la concentration, de l'attention ou de la mémoire. La mimique et la gestuelle étaient expressives, congruentes à l'humeur et adaptées, avec la précision de quelques tremblements. Lorsqu'elle a fondu en larmes, le Dr L.P._____ a relevé le caractère démonstratif et observé que celles-ci cessaient dès que la discussion changeait de sujet. Il précise que l'intéressée était neutre sur le plan thymique, sans symptôme physique observable en faveur d'un état anxieux (expertise, p. 35).

Le Dr L.P._____ écarte ainsi de manière convaincante l'existence d'un trouble dépressif récurrent retenu par les Drs F._____ (rapports des 10 et 31 août 2018) et G._____ (rapports des 1^{er} octobre et 16 décembre 2019 ainsi que du 15 septembre 2020).

Il précise encore que les critères d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ne sont pas retrouvés, au motif que la recourante ne présente aucune détresse quand elle évoque ses douleurs, qu'elle met

en lien avec le fait de porter du lourd ou en lien avec certains gestes, et qu'elle ne décrit pas de conflit émotionnel suffisamment important pour être considérée comme la cause essentielle du trouble.

Le Dr L.P._____ conclut, sur la base de son examen clinique, de l'anamnèse et du descriptif de la journée type de la recourante à la présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Sur le plan de la personnalité de la recourante, l'expert psychiatre ne relève pas de limitations, son sens des réalités, sa capacité de jugement, sa capacité relationnelle, son aptitude à nouer des contacts, sa gestion de l'affect, sa faculté à contrôler ses impulsions, son estime de soi, sa capacité de régression, son intentionnalité et son dynamisme n'étant pas altérés dans le cadre d'une amplification des symptômes de sa maladie (expertise, p. 38).

Le Dr L.P._____ retient que le trouble anxieux et dépressif mixte présenté par la recourante est sans impact sur sa capacité de travail. Il ne constate pas d'aggravation sur le plan psychiatrique depuis les examens menés par la Dre E._____. Il conclut dès lors que la capacité de travail est de 100 % sans limitation fonctionnelle que la recourante ne décrit d'ailleurs pas (expertise, pp. 38-39). On constate aussi que le Dr G._____ a fait état d'une amélioration de la situation dans ses rapports des 1^{er} octobre et 16 septembre 2019 avant de relater une nouvelle dégradation de l'état de santé de sa patiente dans ses rapports des 15 septembre 2020 et 16 août 2021. Ces derniers ne sont pas convaincants à la lumière des observations cliniques de l'expert L.P._____ et du traitement pharmacologique non adapté à une pathologie thymique invalidante.

L'appréciation expertale prend dûment en compte les indicateurs applicables à l'évaluation du caractère incapacitant des troubles psychiques (cf. consid. 6d). Il se prononce en effet sur le degré de gravité - respectivement l'absence de gravité - du diagnostic retenu (expertise, pp. 36-37, 38 et 39), sur le traitement mis en place (expertise, p. 38), il a procédé à un examen de la personnalité de la recourante (ibid.),

a tenu compte de son contexte social (cf. expertise, pp. 32-34) et de ses ressources (expertise, p. 38) et évalué la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie (expertise psychiatrique p. 39). Concernant ce dernier point, le Dr L.P._____ relève en particulier ce qui suit :

« III.7.c.2 Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Il existe des divergences entre les symptômes décrits, en particulier, concernant la fatigue, la tristesse, la concentration et le comportement de la personne assurée lors de l'examen.

Cet examen n'a, en effet, pas permis de recouper ses affirmations.

III.7.c.3 Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation

Il existe des éléments d'autolimitation entre les plaintes de la personne assurée et la description de son activité de la vie quotidienne et de son activité professionnelle ces derniers mois et entre ses plaintes et les constatations de l'examen clinique qui ne trouve pas de symptôme objectif en faveur d'un trouble psychiatrique caractérisé incapacitant. »

Il y a lieu de souligner que les allégations de répercussions du trouble psychique ne portent que sur le domaine professionnel et qu'elles ne se manifestent pas dans les autres domaines de la vie (loisirs, famille, activités de la vie quotidienne). Dès lors que la recourante parvient à gérer son quotidien, certes en fractionnant les tâches ménagères, et dispose de bonnes ressources hors d'un cadre professionnel, elle fait preuve d'un comportement incohérent, signe que le trouble l'affectant n'est pas incapacitant (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). La même remarque s'impose quant à la comorbidité somatique dans la mesure où les déclarations de la recourante à l'expert psychiatre quant à sa vie quotidienne sont en décalage avec ses plaintes somatiques. Il convient également de mettre en lumière la première rechute invoquée par la recourante (incapacité de travail à 100 % dès le 1^{er} juillet 2018, cf. rapport du 31 août 2018 du Dr F._____). Celle-ci intervient à l'issue d'une indéniable période de rémission (rapports des 7 juillet 2018 du Dr C._____ et du 25 juin 2018 de la Dre E._____). Durant cette

période, la recourante s'était inscrite au chômage et pensait même recommencer rapidement son activité d'aide-soignante dans une clinique (note d'entretien téléphonique du 10 juillet 2018 de l'OAI). Or, la rechute alléguée intervient alors que l'intéressée avait mis un terme au traitement, à la psychothérapie et à l'ergothérapie. Le Dr D._____ qualifie d'ailleurs sa patiente de non compliant (rapport du 13 juillet 2018), ce qui est aussi un indice d'une atteinte non incapacitante (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

Aussi, l'ensemble des éléments, appréciés à la lumière des indicateurs jurisprudentiels pertinents montrent une nette absence de trouble psychiatrique incapacitant, si bien que les conclusions de l'expert psychiatre du Centre L._____ emportent la conviction de la Cour de céans et méritent d'être confirmées.

dd) Les experts somaticiens ont mis en évidence l'absence d'atteintes à la santé à caractère invalidant sur le plan de la médecine interne. La Dre L.M._____ a évalué les troubles comme il suit (pp. 20-21) :

« Il s'agit d'une personne assurée âgée de 5[...] ans qui, du point de vue de la médecine interne, ne présente aucune atteinte à la santé incapacitante.

L'examen clinique de ce jour retrouve un déconditionnement physique chez une personne assurée d'apparence « maigre » associé à un IMC à 18.4 kg/m².

L'examen clinique n'a pas retrouvé d'étiologie organique pouvant expliquer la perte de poids importante intervenue en à peine 3-4 mois, ainsi que la dyspnée à l'effort dont se plaint la personne assurée.

L'examen cardiovasculaire retrouve une TA dans les normes, associée à une tachycardie régulière à 115 par minutes, constantes durant l'examen clinique, avec une auscultation cardio-pulmonaire dans les normes.

La palpation abdominale est dans les normes.

Il n'est pas relevé de signes de focalisation sur le plan neurologique, les tremblements de la tête ont débuté au début de l'entretien et se sont amendés lors de l'examen clinique (examen de la sphère ORL et après 45 minutes d'entretien).

L'échelle ECOG montre un score à 0 qui indique que la personne assurée est capable d'effectuer les tâches pré-morbides du point de vue de la médecine interne. Il n'a pas été retrouvé d'atteinte

organique à l'état de « grande fatigue » mentionné dans la demande de l'AI en octobre 2017.

Le bilan de la Dresse K._____ du mois de mars 2021, complété par un bilan biologique thyroïdien du 12.04.2021, une recherche de carence martiale ainsi qu'un bilan pancréatique n'ont pas retrouvé d'atteinte organique, le bilan est dans les normes. »

Au final, la Dre L.M._____ a estimé qu'il n'y avait ni atteinte à la santé incapacitante ni limitation fonctionnelle relevant de la médecine interne. A cet égard, il convient de relever que les examens neurologiques menés au H._____ n'ont pas permis d'identifier de substrat organique aux mouvements hyperkinétiques (rapport du 17 juin 2022 du Dr N._____), ceux-ci étant qualifiés de « *fonctionnels* ». La recourante n'a au surplus produit aucun document propre à remettre en cause l'appréciation circonstanciée de l'experte interniste, laquelle emporte la conviction et n'est pas contestée.

ee) S'agissant de la situation qui prévalait sur le plan ostéo-articulaire au moment de la décision du 15 février 2022, l'intimé s'était fondé sur l'expertise du Centre L._____, et en particulier sur le volet rhumatologique réalisé par le Dr L.R._____, lequel a estimé que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (évitant un travail répétitif avec les mains et le port des charges de plus de 10 kg), la recourante bénéficiait d'une capacité de travail de 100 %, sous réserve d'une incapacité de travail transitoire du 16 novembre 2020 au 9 mars 2021. En outre, l'expert rhumatologue a estimé que l'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'était plus exigible.

La recourante soutient cependant que, dans son rapport du 29 novembre 2020, la Dre K._____ a fait état de polyarthralgies périphériques inflammatoires touchant principalement les mains, les genoux et les pieds, en aggravation depuis quatre ans environ pour en conclure que la pathologie rhumatologique est apparue avant le 16 novembre 2020 et que le syndrome inflammatoire de la recourante ne s'est pas estompé le 9 mars 2021. Elle mentionne, dans son rapport du 17 mars 2021 la présence d'un rhumatisme psoriasique, d'une polyarthrite périphérique, sacro-iliite à droite, d'un psoriasis cutané et unguéal, d'une

rhizarthrose bilatérale et d'une ostéoporose dentitométrique chez une patiente qui se plaignait de douleurs persistantes au niveau des poignets, des doigts, des coudes ainsi que de cervicalgies et de douleurs lombaires avec des sciatalgies.

A l'issue d'un examen clinique complet (cf. expertise, pp. 52 à 55) et de l'étude du dossier, le Dr L.R. _____ a fait savoir ce qui suit :

« IV.6.a.4 Épicrise : observations et conclusions médicales

- Évaluation et classification des troubles actuels/motivation des diagnostics

Le diagnostic de rhumatisme psoriasique répond aux critères de CASPAR, avec un score supérieur à 3, associant des antécédents de psoriasis cutané, des douleurs articulaires et des déformations dystrophiques unguéales au niveau des pieds.

Les plaintes rapportées par la personne assurée peuvent tout à fait entrer dans le cadre d'une fibromyalgie associée à des douleurs rhumatismales, sans qu'il puisse être mis en évidence des signes inflammatoires arthritiques, synovitiques ou autres.

- Évaluation et classification des troubles par rapport aux évaluations antérieures

Il convient de rejoindre tout à fait le diagnostic posé par la Dresse K. _____ en date de novembre 2020 et mars 2021.

(...)

- Appréciation motivée de la gravité des troubles

Léger en respectant le profil d'effort.

(...)

IV.7 Évaluation médicale et médico-assurantielle

IV.7.a Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de la personne assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Il s'agit d'une personne assurée âgée de 5[...] ans, [...], en Suisse depuis 2011, mariée, 1 enfant, auxiliaire de santé Croix-Rouge depuis 2014, licenciée le 31.05.2018, ayant travaillé par la suite comme vendeuse en parfumerie. Elle a fait une demande de prestations AI en octobre 2017 pour un état de surmenage, d'angoisse, de panique et de grande fatigue, avec une symptomatologie douloureuse qui s'est péjorée avec le temps, aboutissant à un diagnostic de rhumatisme psoriasique par la Dresse K. _____, rhumatologue, mise sous Méthotrexate et Otezla récemment, avec un résultat actuellement satisfaisant, puisqu'il n'est retrouvé aucun signe inflammatoire et au dernier contrôle biologique en mars 2021, la VS est à 8 et la CRP à 0.5 (en novembre 2020 : 0,7).

(...)

IV.7.b.3 Options thérapeutiques envisageables, indépendamment de la motivation de la personne assurée

Il n'y a pas d'options thérapeutiques envisageables en dehors de ceux qui sont prescrits par sa rhumatologue, à savoir Méthotrexate, Otezla, Lodine et acide folique.

IV.7.c Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

IV.7.c.1 Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines

Les plaintes rapportées par la personne assurée correspondent tout à fait aux symptômes décrits.

La personne assurée est limitée selon le profil d'effort.

IV.7.c.2 Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Il n'y a pas de divergences.

(...)

IV.7.d.1 Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Sur le plan rhumatologique, la personne assurée est tout à fait capable d'avoir une activité professionnelle en évitant un travail répétitif avec les mains et de porter des charges de plus de 10 kg.

(...)

IV.8.a Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

IV.8.a.1 Rétrospectif

La capacité de travail comme auxiliaire de santé a été de 100 % jusqu'à novembre 2020 avec le diagnostic de rhumatisme psoriasique (rapport du 29.11.2020 de la Dresse K._____, consultation du 16.11.2020). Puis la capacité de travail est de 0%, car cette activité ne correspond plus au profil d'effort.

Dans la dernière activité comme vendeuse en parfumerie, la capacité de travail a été de 100 % jusqu'à novembre 2020 avec le diagnostic de rhumatisme psoriasique (rapport du 29.11.2020 de la Dresse K._____, consultation du 16.11.2020). Puis la capacité de travail est de 100% depuis mars 2021 avec la normalisation des examens de laboratoire du 09.03.2021 qui ne montrent pas de syndrome inflammatoire.

(...)

IV.8.b Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de la personne assurée

IV.8.b.1 Rétrospectif

Dans une activité adaptée, la capacité de travail a été de 100% jusqu'à novembre 2020 avec le diagnostic rhumatisme psoriasique (rapport du 29.11.2020 de la Dresse K._____, consultation du 16.11.2020). Puis la capacité de travail est de 100% depuis mars 2021 avec la normalisation des examens de laboratoire du 09.03.2021 qui ne montrent pas de syndrome inflammatoire. »

Contrairement à ce que soutient la recourante dans son mémoire du 15 mars 2022 (pp. 16-17), la Dre K. _____ a fait état d'une amélioration de l'état de santé dans son rapport du 17 mars 2021 et non d'un état stationnaire ou d'une péjoration. En particulier, elle n'énonce pas de limitations fonctionnelles différentes ou plus importantes que celles retenues par les experts du Centre L. _____. Quant à l'hypothèse d'un rhumatisme inflammatoire, celle-ci est réfutée par l'expert sur la base d'un examen complet sur le plan clinique et des résultats des bilans biologiques (cf. expertise, p. 55). A cet égard, les conclusions expertales sont similaires à celles du Dr J. _____ dans son rapport du 1^{er} septembre 2020, lequel a estimé que le tableau clinique actuel n'était « toujours pas franchement évocateur » d'un rhumatisme inflammatoire, sans signe inflammatoire clinique ni biologique. Enfin, dans son dernier rapport du 1^{er} octobre 2021, la Dre K. _____ a estimé que la capacité de travail de sa patiente était nulle, ceci plus en raison de comorbidités psychiatriques que des comorbidités rhumatologiques. S'agissant d'une éventuelle limitation liée à la position assise ou debout, celle-ci n'est que peu motivée si bien qu'elle n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Au demeurant, dans un contexte algique tel que rapporté par la Dre K. _____, il convient de rappeler que, compte tenu des difficultés en matière de preuve pour établir l'existence de douleurs ou leur intensité, les simples plaintes subjectives de la personne assurée comme en l'espèce ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. L'allégation de douleurs ainsi que leur intensité doivent être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Dès lors que l'allégation de plus amples limitations fonctionnelles n'est fondée que sur les plaintes subjectives au niveau sacro-iliite à droite et que ni l'expert L.R. _____ ni le Dr J. _____ n'ont identifié de substrat organique, il y a lieu d'écarter une éventuelle limitation liée à la position assise ou debout.

Il convient également de relever les contradictions de la recourante entre ses plaintes somatiques et les observations de l'expert psychiatre, lequel n'a pas identifié de plaintes algiques ni de changements de position ce qui permet aussi de les relativiser. Il en va de même des déclarations faites à l'expert psychiatre sur son quotidien (entretien du foyer assuré entièrement par la recourante ; marche au bord du lac ; courses deux fois par jour, cf. expertise, p. 33), lesquelles sont en contradiction avec l'allégation que la recourante verrait le travail manuel fortement restreint. Aussi, les limitations fonctionnelles retenues par l'expert apparaissent difficilement critiquables. Bien motivées, les conclusions du Dr L.R. _____ méritent d'être confirmées, étant précisé que le dossier ne contient aucune appréciation médicale propre à susciter le doute quant au bien-fondé de l'appréciation de la capacité de travail résiduelle et des limitations fonctionnelles par l'expert rhumatologue.

e) Au final, la recourante bénéficie d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (évitant un travail répétitif avec les mains et le port des charges de plus de 10 kg) depuis le 10 mars 2021, l'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'étant plus exigible depuis le 16 novembre 2020.

9. La recourante fait valoir qu'il serait arbitraire de retenir, à l'instar du SMR dans son avis du 14 juillet 2021, qu'elle peut exercer toute activité lucrative à compter du 10 mars 2021 dès lors que les experts ont retenu que seule une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (évitant un travail répétitif avec les mains et le port des charges de plus de 10 kg) était exigible, à l'exclusion, notamment de celle d'auxiliaire de santé. Elle en déduit que l'intimé aurait dû en conséquence procéder à une comparaison des revenus conformément à l'art. 16 LPGA.

a) aa) Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1 ;

134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 8C_259/2021 du 23 septembre 2021 consid. 3 ; 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 5.1).

bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

dd) Dans le contexte de la fixation du degré d'invalidité, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative, les tribunaux ne pouvant toutefois substituer leur propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

b) aa) En l'occurrence, il est constant que la recourante a présenté une incapacité de travail totale dans toutes activités du 9 mai 2017 au 7 juin 2018, si bien que le droit à une rente entière peut être confirmé au terme du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 et 2 LAI), à savoir dès le 1^{er} mai 2018 et ce jusqu'au 30 septembre 2018, à savoir trois mois après que la recourante ait recouvré une pleine capacité de gain (art. 17 al. 1 LPGA ; art. 88a al. 1 RAI).

L'incapacité de travail du 16 novembre 2020 au 9 mars 2021 en raison des limitations fonctionnelles transitoires sur le plan rhumatologique et non plus à des motifs d'ordre psychologique justifie l'application d'un nouveau délai de carence d'une année dès lors qu'il s'agit de deux cas d'assurances distincts (cf. Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 8 ad art. 28 LAI). Cette seconde période n'atteint cependant pas le délai de carence d'une année et reste postérieure de plus de trois mois à celle reconnue sur le plan psychiatrique du 9 mai 2017 au 7 juin 2018 ; elle n'ouvre pas le droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI ; art. 17 al. 1 LPGA ; art. 88a al. 1 RAI). Cependant, dès lors que l'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'est plus exigible à compter du 16 novembre 2020, il reste à examiner le degré d'invalidité de la recourante à partir du 16 novembre 2021, au terme du nouveau délai de carence d'une année, date à laquelle l'intéressée avait déjà retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (évitant un travail répétitif avec les mains et le port des charges de plus de 10 kg), à compter du 10 mars 2021.

bb) Dès lors que seule une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (évitant un travail répétitif avec les mains et le port des charges de plus de 10 kg) demeure exigible, l'intimé aurait dû procéder au calcul du degré d'invalidité en établissant les termes de la comparaison de revenu ce qu'il n'a pas fait. En conséquence, la décision attaquée est arbitraire dans son résultat dans la mesure où elle ne tient pas compte des faits déterminants, à savoir d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle. Il n'appartient pas à l'autorité judiciaire de procéder à ce calcul elle-même dès lors que l'activité adaptée doit être évaluée par les

spécialistes en réadaptation professionnelle de l'intimé et que celui-ci devra apprécier les revenus avec et sans invalidité. Aussi, il se justifie de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), afin qu'il procède au calcul du degré d'invalidité à compter du 16 novembre 2021 sous le rappel que l'état de santé de la recourante est arrêté au 15 février 2022 et qu'il conviendra le cas échéant de tenir compte d'une évolution postérieure. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

10. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) 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 LPG). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 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.

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 15 février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 U. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents 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 Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :