

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 novembre 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Berberat, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

J. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

---

**Art. 8 et 17 LPGA ; art. 4, 8 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**        **a)** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1978, titulaire d'un Certificat fédéral de capacité (CFC) d'assistante en soins et santé communautaire obtenu en 2004 et d'un certificat de reconnaissance de technicienne ambulancière délivré en 2007, employée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008 en qualité d'assistante en soins auprès de NM.\_\_\_\_\_, a présenté une incapacité de travail totale dès le 25 août 2008.

Le 13 février 2009, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 26 mars 2009, la Dre C.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante depuis 2003, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de personnalité dépendante (F60.7) avec diagnostic différentiel de personnalité anxieuse (évitante) (F60.6) et de phobies sociales (F40.1). Elle a évoqué des antécédents de phobie scolaire grave à l'âge de 13 ans qui avaient nécessité un suivi psychiatrique auprès du Service O.\_\_\_\_\_, ainsi que deux tentamens à l'âge de 18 ans, dont le deuxième avait motivé une hospitalisation de deux mois.

Dans un rapport du 6 avril 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état anxiodépressif chronique associé à plusieurs troubles du comportement. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné des épigastralgies récidivantes. Le pronostic était très mitigé, l'assurée perdant pied et fuyant dans l'angoisse chaque fois qu'elle était confrontée à un stress ou à une contrariété.

Le 7 juillet 2009, l'OAI a obtenu le dossier de l'assurée auprès de O.\_\_\_\_\_, qui comporte notamment un rapport du 18 décembre 1996

du Dr K.\_\_\_\_\_, chef de clinique à l'hôpital B.\_\_\_\_\_, confirmant l'hospitalisation de l'assurée du 8 au 23 août 1996, puis du 29 août au 7 octobre 1996, à la suite de deux tentamens médicamenteux, et posant le diagnostic de trouble de l'adaptation sous forme anxio-dépressive dans le contexte de difficultés familiales et professionnelles chez une personnalité narcissique.

Le 7 juillet 2009, la Dre C.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée restait anxieuse, peu sûre d'elle, avec des difficultés à se confronter à la réalité, en lien avec sa problématique de base. L'humeur était toutefois stabilisée, l'assurée ne signalait plus de symptômes somatiques en lien avec l'épisode dépressif et elle avait retrouvé une certaine capacité à sortir de chez elle, à nouer des contacts et agir. La reprise d'une activité professionnelle à 10 % avait été discutée.

Lors d'un entretien du 5 août 2009 avec la gestionnaire de l'OAI, l'assurée a confirmé avoir repris le 1<sup>er</sup> juillet 2009 une activité professionnelle en tant que garde de transfert pour DL.\_\_\_\_\_ SA au taux de 10 %, correspondant à environ deux journées de garde de 12 heures par mois.

Dans un rapport du 6 mai 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné avoir suivi l'assurée de mai à décembre 2009 pour un trouble anxieux dépressif mixte avec somatisation, en particulier intestinale, et conduites d'évitement occasionnelles (F41.2) et un trouble complexe de la personnalité (personnalité dépendante, à traits émotionnellement labiles) (F61.0). La capacité de travail était alors de 50 % au maximum selon lui dans des conditions peu stressantes. Comme restrictions psychiques, il a mentionné une vulnérabilité au stress, en particulier relationnel.

Dans un rapport du 13 octobre 2010, le Dr Y.\_\_\_\_\_, psychiatre et médecin associé à KB.\_\_\_\_\_, rattachée au Département de psychiatrie de V.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de trouble d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif majeur, épisode actuel moyen avec

syndrome somatique. Selon lui, la capacité de travail dans l'activité exercée était de 10 % avec une diminution de rendement de 25 %.

Se déterminant le 11 janvier 2011 sur le dossier, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), après avoir soumis le dossier à la Dre BH.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a validé les diagnostics posés par le Dr Y.\_\_\_\_\_, qui étaient en ligne avec la description clinique, mais a retenu que la capacité de travail exigible était de 10 % dès lors que l'assurée avait conservé une activité d'aide-ambulancière à ce taux.

Par décisions des 31 octobre et 5 décembre 2011, l'OAI a admis le droit de l'assurée à trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009, estimant qu'elle présentait une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité d'assistante en soins, mais qu'elle conservait en revanche une capacité de travail de 10 % dans une activité adaptée.

**b)** Le 11 juin 2012, l'OAI a initié une procédure de révision d'office.

Dans un rapport du 23 juillet 2012, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Département de psychiatrie de V.\_\_\_\_\_, et L.\_\_\_\_\_, psychologue assistante, ont posé les diagnostics d'anxiété généralisée, d'épisode dépressif majeur, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et de trouble de la personnalité anxieuse (évitante). Comme limitations fonctionnelles, ils ont mentionné des ruminations anxieuses à caractère anticipatoire influençant négativement son fonctionnement quotidien, rendant difficile pour l'assurée de s'engager dans des activités sociales et professionnelles soutenues et, sur le plan cognitif, des troubles mnésiques et de concentration. La capacité de travail exigible était inférieure à 30 % dans l'activité habituelle et était de 4 à 8 heures hebdomadaires dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 20 septembre 2012, le Dr W.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxieux

généralisé et d'état dépressif récurrent, en signalant en outre une suspicion d'état maniaco-dépressif. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné un surpoids. Il était d'avis que la capacité de travail dans l'activité actuellement exercée par l'assurée ne dépassait pas le taux de 30 %.

Il ressort d'un rapport du 24 septembre 2013 du service de réadaptation de l'OAI, faisant suite à un entretien du même jour avec l'assurée, que celle-ci avait augmenté progressivement son taux de travail de 10 % à pratiquement 50 % et qu'elle émettait le souhait de poursuivre une formation d'ambulancière.

Le 9 octobre 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Service de psychiatrie générale de V.\_\_\_\_\_, et la psychologue L.\_\_\_\_\_, ont mentionné une évolution plutôt favorable depuis juillet 2012, signalant notamment que l'humeur dépressive était moins présente et l'anxiété légèrement diminuée. La capacité de travail était de 30 % et pourrait augmenter avec un soutien adéquat et un accompagnement progressif.

Le 12 février 2014, Mme L.\_\_\_\_\_ et Mme P.\_\_\_\_\_, psychologue associée au Service de psychiatrie générale de V.\_\_\_\_\_, ont fait état d'une évolution stable depuis octobre 2013, la capacité de travail étant toujours de 30 %.

Le 6 mars 2014, l'assurée a été vue par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour des douleurs et une limitation de la fonction de l'épaule gauche qu'elle présentait depuis décembre 2013. Dans un rapport du 10 mars 2014, ce médecin a posé le diagnostic de capsulite rétractile idiopathique de stade I.

Le 16 juin 2014, il a constaté qu'après trois mois de traitement conservateur, l'évolution était stagnante avec une amplitude articulaire superposable à l'examen précédent.

Dans un rapport du 25 septembre 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'assurée avait développé des paresthésies du membre supérieur gauche intermittentes avec parfois une sensation d'engourdissement. Il a confirmé que l'examen clinique mettait en évidence une capsulite rétractile. Sur le plan neurologique, il a notamment observé qu'il n'y avait aucun déficit moteur et que les troubles sensitifs étaient tout à fait minimes, plutôt subjectifs.

Le 15 janvier 2015, Dr Z.\_\_\_\_\_ a mentionné que la capsulite rétractile idiopathique était au stade II/III, précisant que l'évolution était favorable, que l'assurée notait une disparition des fourmillements au niveau de la main gauche mais que les douleurs étaient plus ou moins identiques depuis le dernier contrôle. Il a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au prochain contrôle dans deux mois.

Le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assurée le 25 mars 2015 dans le cadre d'une expertise ordonnée par l'assurance perte de gain en cas de maladie. Dans son rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> avril 2015, il a posé les diagnostics de suspicion de capsulite rétractile idiopathique de l'épaule gauche, de tendinopathie du sus-épineux sur conflit sous-acromial gauche et de troubles anxio-dépressifs avec syndrome somatique. En l'état, la capacité de travail était nulle selon lui.

Dans un rapport du 8 avril 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_ et la psychologue L.\_\_\_\_\_ ont fait état d'une évolution plutôt favorable. L'assurée s'exposait davantage aux activités sociales qui impliquaient des contacts avec autrui et la crainte d'être critiquée, désapprouvée et rejetée était moins présente. Les ruminations anxieuses étaient alors liées à sa condition d'inactivité due à ses problèmes somatiques. Ils étaient d'avis que sur le plan psychique l'assurée pourrait occuper un poste en tant que technicienne ambulancière à plein temps dès à présent. Ils ont évoqué un soutien professionnel pour lui permettre d'apprendre à gérer le stress et les difficultés quotidiennes.

Lors d'une consultation du 4 mai 2015, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a constaté une évolution favorable, en particulier au niveau de la mobilité. Il a retenu le diagnostic de capsulite rétractile idiopathique de stade III et a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au prochain contrôle.

Dans un complément d'expertise du 10 juin 2015, après examen des des derniers rapports du Dr Z.\_\_\_\_\_, le Dr N.\_\_\_\_\_ a relevé une amélioration de la mobilité de l'épaule entre ses propres constatations et celles du Dr Z.\_\_\_\_\_. Selon lui, la différence des mensurations était beaucoup trop grande pour que l'on retienne le diagnostic de capsulite idiopathique ; il s'orientait plutôt vers un diagnostic de tendinopathie du sus-épineux sur possible conflit sous-acromial, mais surtout vers un diagnostic de somatisation lié aux problèmes psychiatriques. Si l'on tenait compte de la mobilité actuelle de l'épaule gauche constatée par le Dr Z.\_\_\_\_\_, l'assurée était apte à travailler normalement dans une occupation adaptée à son taux usuel de 34 %, le Dr N.\_\_\_\_\_ ne voyant aucune raison d'attendre davantage avant la reprise du travail, d'autant plus que la mobilité de l'épaule était proche de la normale. Il a relevé que les douleurs n'étaient pas totalement explicables par l'examen clinique et l'imagerie.

Le 10 février 2016, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a procédé à une mobilisation de l'épaule gauche sous anesthésie, suivie d'une arthroscopie, d'une synovectomie partielle sous-coracoïdienne, d'un débridement, d'une décompression sous-acromiale et d'une bursectomie.

Dans un rapport du 13 mai 2016 au médecin traitant, il a fait état d'une évolution favorable en ce qui concerne la mobilité mais stagnante en ce qui concerne la douleur. L'assurée décrivait en effet des douleurs persistantes pratiquement tout le temps. Au status, il observait une très bonne mobilité articulaire sans argument en faveur d'une capsulite ainsi qu'une très bonne force musculaire lors du testing de la coiffe. Selon lui, il y avait des facteurs non orthopédiques qui jouaient un rôle dans l'évolution.

Le 30 mai 2016, il a indiqué à l'OAI que l'assurée était toujours en arrêt total de travail depuis le 1<sup>er</sup> août 2014 en raison de son trouble à l'épaule gauche et que sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'épaule (soit les travaux physiques avec le bras gauche en extension et au-dessus de la tête, impliquant le port de charges et les gestes répétitifs au niveau du membre supérieur gauche), la capacité de travail était de 100 %, le pronostic étant toutefois défavorable au vu des problèmes psychiatriques.

Un examen rhumatologique et psychiatrique a été effectué le 2 septembre 2016 par les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, auprès du SMR. Dans leur rapport daté du 4 octobre 2016, ils ont posé les diagnostics suivants :

**« Avec répercussion durable sur la capacité de travail**

**Diagnostic principal**

- TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANXIEUSE ÉVITANTE (F60.6).

DIAGNOSTIC ASSOCIÉ :

- DOULEURS CHRONIQUES DE L'ÉPAULE G [GAUCHE] DANS LE CADRE D'UNE CAPSULITE RÉTRACTILE AU DÉCOURS, D'UNE TENDINOPATHIE DU SUS-ÉPINEUX, D'UNE BURSITE (M75.0, M75.1).

**Sans répercussion sur la capacité de travail**

- STATUS POST MOBILISATION DE L'ÉPAULE G SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE, ARTHROSCOPIE DE L'ÉPAULE G, SYNOVECTOMIE PARTIELLE SOUS-CORACOÏDIENNE, DÉBRIDEMENT, DECOMPRESSION SOUS-ACROMIALE, BURSECTOMIE, LE 10.02.2016.
- KYSTE ARTHROSYNOVIAL DU POIGNET D [DROIT].
- TROUBLE ANXIEUX ET DÉPRESSIF MIXTE (F41.2).
- TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ACTUELLEMENT EN RÉMISSION (F33.4). »

Sur le plan somatique, ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes en lien avec l'épaule gauche : les activités prolongées avec l'épaule au-dessus de l'horizontale, les mouvements répétitifs ou contre résistance en rotation ou en élévation de l'épaule, et le port de charges au-delà de 5 kg. Ils ont conclu que l'assurée présentait une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> août 2014 en raison de l'atteinte à l'épaule, mais que depuis le 4 mai 2015 sa capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations

fonctionnelles précitées, hormis une nouvelle incapacité de travail dans toute activité entre le 15 février et le 12 mai 2016 liée à l'arthroscopie effectuée par le Dr Z.\_\_\_\_\_. Ils ont relevé que les fortes douleurs dont se plaignait l'assurée ne s'expliquaient que partiellement par les atteintes ostéoarticulaires objectivables. Sur le plan psychique, ils ont admis une capacité de travail nulle en septembre 2009 lors de l'octroi d'un trois quarts de rente, puis de 50 % à partir de mai 2015, les limitations induites par le trouble de la personnalité anxieuse étant des difficultés d'adaptation aux changements d'environnements humains, l'appréhension vis-à-vis des personnes non connues, le manque de confiance en soi, une crainte de la critique et du rejet, des activités professionnelles impliquant des contacts importants avec autrui, une fragilité psychique et une vulnérabilité au stress.

Se déterminant sur le dossier le 26 octobre 2016, la Dre VR.\_\_\_\_\_, médecin praticienne au SMR, a adhéré aux conclusions de ses collègues.

L'OAI a mis en place un stage d'orientation professionnelle qui s'est tenu du 1<sup>er</sup> février au 31 mai 2017. L'assurée a ensuite bénéficié d'une mesure de reclassement professionnel sous la forme d'un stage pratique de préformation à la réception/téléphone auprès du centre de formation ST.\_\_\_\_\_, qui s'est déroulé du 7 août au 6 novembre 2017 au taux de 50 % réparti sur cinq matinées. Il ressort du rapport final du 6 novembre 2017, signé par le directeur de ce centre de formation, et d'une note d'entretien du 13 novembre 2017 entre l'assurée, la gestionnaire de l'OAI et les intervenants de ST.\_\_\_\_\_, que les objectifs de la mesure avaient été atteints par l'assurée qui allait s'inscrire à l'Ecole CP.\_\_\_\_\_ en vue de pouvoir exercer l'activité de régulateur sanitaire au [...]. Selon la répondante sociale au sein de ST.\_\_\_\_\_, les difficultés de l'assurée résidaient surtout dans le relationnel, dans sa capacité à poser des limites aux demandes des autres et dans le stress engendré par l'inconnu, les incertitudes, ses propres exigences et par le manque de confiance en soi ; un coaching lui semblait nécessaire pour accompagner l'assurée dans la suite de sa formation.

Par communication du 12 février 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'elle lui octroyait une nouvelle mesure de reclassement professionnel sous la forme d'une formation d'expert en régulation d'urgence effectuée auprès de l'école CP.\_\_\_\_\_ du 8 février 2018 au 7 février 2020. Par communication du 23 février 2018, il l'a par ailleurs mise au bénéfice d'un coaching et soutien en formation du 26 février au 31 juillet 2018. A la demande de l'assurée, l'OAI a prolongé le coaching sur la confiance en soi et le soutien en formation délivrés par AL.\_\_\_\_\_ d'abord jusqu'au 31 octobre 2018, puis jusqu'au 7 février 2020.

Dans une lettre du 6 septembre 2019, l'école CP.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée de l'arrêt définitif de sa formation, au motif que les deux stages pratiques effectués en centrale de régulation s'étaient achevés par une évaluation insuffisante.

Le 17 septembre 2019, AL.\_\_\_\_\_ a signalé à l'OAI que les compétences acquises par l'assurée durant la formation lui permettraient d'accéder à un poste de travail dans des centrales d'urgences telles que celle du [...] ou de la police [...].

Il ressort du rapport final de réadaptation de l'OAI du 6 décembre 2019 que l'assurée avait été très affectée par l'échec de la formation, qu'elle avait commencé un nouveau suivi psychothérapeutique en septembre 2019, que sa capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 6 août 2019 et qu'il était mis un terme aux mesures de réadaptation.

A la demande du psychiatre traitant, H.\_\_\_\_\_, psychologue au Centre IE.\_\_\_\_\_, a effectué une évaluation cognitive le 17 mars 2020, à l'issue de laquelle elle a retenu le diagnostic de trouble du déficit de l'attention sans hyperactivité (TDAH), avec le type inattentif prédominant. Elle a observé que l'assurée se présentait aux entretiens avec une certaine fatigue, mais se montrait investie durant les tests. Elle a relevé un décalage entre les résultats aux tests et les plaintes cognitives

rapportées, mais elle était d'avis que les difficultés cognitives ressenties étaient bien présentes mais qu'elles ne transparaissaient pas dans les tests car l'assurée disposait de très nombreuses ressources pour pallier ces difficultés, qui lui avaient permis de réussir les tests mais au risque de beaucoup d'effort et d'une forte fatigue, ces techniques étant très coûteuses en termes d'énergie et pouvant expliquer le fait que l'assurée peinait à entreprendre les choses.

Dans un rapport du 27 mars 2020, le Dr E. \_\_\_\_\_, nouveau psychiatre traitant depuis le 3 septembre 2019, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10), de phobie sociale (F40.1), d'anxiété généralisée (F41.1) et de personnalité évitante (F60.6). Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné un TDAH ainsi que des difficultés dans les rapports avec les parents. Il a indiqué que l'assurée avait travaillé comme technicienne ambulancière d'abord à 10 %, puis à 40 %, cette activité s'étant poursuivie jusqu'à l'arrêt de travail d'août 2014 en raison de l'atteinte à l'épaule. A la question concernant le pronostic sur la capacité de travail, il a répondu qu'il estimait que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % dans toute activité. A la question sur un potentiel de réadaptation, il a indiqué que le pronostic était réservé, ajoutant que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 21 % (taux de présence de 30 % et rendement estimé à 70 %). Il a décrit les limitations fonctionnelles comme il suit :

« Hypersensibilité au stress et aux critiques, fluctuations thymiques (les périodes caractérisées par une baisse de la thymie, asthénie et mécontentement de soi sont fréquentes). Anxiété, soucis excessifs, crainte du regard des autres, conduites d'évitement, lenteur dans l'exécution d'un projet et/ou action en lien avec ses doutes et sa prudence excessive. Manque de confiance en soi avec réticence dans la prise de décisions par peur de se tromper. Inhibition marquée dans les situations interpersonnelles nouvelles. Conduite d'évitement des situations impliquant des contacts importants avec autrui. Crainte d'être rejetée, sensibilité aux remarques. Difficultés d'adaptation et intolérance aux changements et imprévus générant une anxiété importante, des préoccupations permanentes et l'incapacité de se positionner et prendre une décision. Ce fonctionnement emmène à une crainte des responsabilités. Toute activité requiert un effort psychologique important caractérisé par une introspection anxieuse, ruminations, hésitations permanentes, doutes et ambivalence décisionnelle.

A noter aussi une instabilité émotionnelle, tendance à se disperser, problèmes d'organisation, de concentration dans la gestion de ses affaires courantes (qui ont nécessité la mise en place d'un encadrement bimensuel par un infirmier en psychiatrie de [...]), intolérance à certaines frustrations avec évitement des situations difficiles. Difficultés importantes dans l'adaptation à des nouvelles situations et la gestion des plusieurs tâches. Les problèmes interpersonnels sont plus fréquents et intenses en situation de stress.

A noter également des périodes avec une démotivation marquée, manque de persévération et difficultés majeures dans la réalisation de certaines tâches et activités, sans facteur déclencheur.

La décompensation de ses traits de personnalité évitant après le stage non validé au [...] limite davantage sa vie sociale déjà réduite et favorise la régression à l'état de dépendance. »

L'OAI a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire à G.\_\_\_\_\_, qui a été réalisée par les Drs A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Des tests psychologiques Rorschach et TAT (Thematic Apperception Test) et une polysomnographie ont par ailleurs été effectués dans le cadre de l'expertise. Dans leur rapport du 13 août 2021, les experts ont fait l'appréciation consensuelle suivante :

«1.1.d.3 Diagnostiques d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

1. F61.0 Trouble de la personnalité mixte à traits immatures, narcissiques et caractériels
2. Status post chirurgie de l'épaule gauche, le 10.02.2016, stabilisée
3. Syndrome des apnées du sommeil sévère non traité

1.1.d.4 Diagnostiques d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F33.4 Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission
  2. Infection Covid 19 en novembre 2020 non compliquée
  3. Fibroadénome sein gauche
  4. Côlon irritable
  5. Obésité modérée avec IMC : 30.9 kg/m<sup>2</sup>
- [...]

1.1.d.5 Constatations/diagnostiques d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

D'un point de vue interdisciplinaire, le degré global d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, est considéré comme léger en respectant le profil d'effort.

Du point de vue psychiatrique, les troubles sont légers dans leurs effets sur la capacité de travail mais sévères en ce qui concerne la vie interpersonnelle de la personne assurée qui, en parvenant à installer une emprise à l'égard de ses proches, les empêche de

fonctionner de manière optimale et de prendre les bonnes décisions pour elle. Le fonctionnement psychique n'est pas appauvri et donc compatible avec une activité professionnelle.

Du point de vue rhumatologique, aucune.

Du point de vue de la médecine interne, le déficit est léger en respectant le profil d'effort.

#### 1.1.d.6 Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

La personne assurée se décrit à la fois anxieuse et à la fois en proie à l'hostilité ou à l'incompréhension d'autrui, c'est-à-dire à la fois porteuse d'une difficulté et prête à considérer que ce sont les autres qui sont à l'origine de ces difficultés.

Son sens des réalités et sa capacité de jugement sont conservés.

Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts est conservée et plutôt remarquables puisque, jusqu'ici, elle est parvenue à obtenir d'être très investie par les différents intervenants qu'elle a rencontrés (soins psychiques continus, programmes répétés de réadaptation, rente, hébergement gratuit et sans limite chez les parents et attitude compréhensive et encourageante de tous). Rappelons que la présente expertise est notamment demandée pour savoir de quelle manière lui offrir une autre réadaptation alors que les précédentes ont échoué sans raison vraiment claire.

Sa gestion de l'affect n'est pas problématique au cours de cet entretien ni sa faculté à contrôler ses impulsions.

Son estime de soi qui, selon les rapports, serait insuffisante apparaît à l'expert plutôt grandiose, la personne assurée ne doutant pas que tout doit être mis en oeuvre pour qu'elle puisse vivre comme elle l'entend. Sa capacité de régression est problématique dans la mesure où elle est obtenue dans un contexte d'exploitation et d'emprise d'autrui et se paie par une désinsertion sociale et professionnelle et le renoncement à une vie propre autonome.

L'intentionnalité et le dynamisme sont à l'heure actuelle conservés.

Le système de défense est peu fonctionnel, les conduites d'emprise permettent de lutter contre les angoisses d'abandon mais d'une manière qui ne favorise pas la croissance psychique et qui entretient l'immaturité de la personne assurée qui, relationnellement, semble avoir la moitié de son âge.

#### 1.1.d.7 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

• Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue psychiatrique, globalement la difficulté principale de la personne assurée est celle d'évoluer dans les groupes de pairs où des conflits apparaissent rapidement, conflits que, selon toute probabilité, elle génère inconsciemment mais qu'elle décrit comme venant des autres (puisque les groupes sont différents mais les réactions toujours les mêmes).

La personne assurée est apte à travailler dans une activité diurne, simple et encadrée sur le marché libre.

Du point de vue rhumatologique, à titre préventif, il faudra éviter de travailler le bras gauche au-dessus de l'horizontal et de porter un poids supérieur à 5 kg avec le membre supérieur gauche.

Du point de vue de la médecine interne, limitations fonctionnelles transitoires le temps du traitement adapté du SAOS [syndrome des apnées du sommeil sévère], soit environ 3 mois.

Pas de conduite automobile.

[...]

#### 1.1.d.9 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Rétrospectif

Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail est de 0 % depuis la décision AI en 2011, car elle ne correspond pas au profil d'effort.

Du point de vue rhumatologique, dans son activité habituelle d'ambulancière ou d'aide-auxiliaire ou auxiliaire de santé, compte tenu de l'atteinte de l'épaule, la capacité de travail est de 0 % depuis août 2014 en accord avec l'expertise du SMR en septembre 2016.

Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail comme aide-ambulancière a toujours été à 100 %, sauf actuellement de manière transitoire de 50 % en raison d'un SAOS de degré sévère nécessitant un appareillage pendant 3 mois, le temps nécessaire à l'adaptation au traitement.

[...]

#### 1.1.d.10 Capacité de travail dans une activité adaptée

- Rétrospectif

Du point de vue psychiatrique, depuis la décision AI en 2011, il y a une amélioration de l'état psychiatrique depuis la rémission du trouble dépressif récurrent qui est actuellement asymptomatique et qui était déjà considéré en rémission en 2016 (expertise de SMR du 04.10.2016).

Selon toute vraisemblance, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100 % depuis l'examen du 02.09.2016 lors de l'expertise du SMR. Depuis il est possible que se manifestent transitoirement des petits effondrements dépressifs de brève durée liés à des moments de frustration et en lien avec le trouble de la personnalité.

Du point de vue rhumatologique, en accord avec l'expertise du SMR en septembre 2016, la capacité de travail dans une activité adaptée a été de 0 % du 01.08.2014 au 03.05.2015, puis de 100 % avec une nouvelle incapacité de travail de 100 % pour 3 mois après l'intervention de l'épaule gauche le 10.02.2016 (rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 13.05.2016 avec examen du 12.05.2016). Selon toute vraisemblance la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100 % depuis le 12.05.2016.

Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail dans une activité adaptée a toujours été à 100 %, sauf actuellement de manière transitoire de 50 % en raison d'un SAOS de degré sévère nécessitant un appareillage pendant 3 mois, le temps nécessaire à l'adaptation au traitement.

[...] »

Dans un courrier du 4 octobre 2021, l'OAI a informé l'assurée de son obligation de se soumettre à un appareillage pour le SAOS qui pourrait lui permettre de recouvrer une capacité de travail entière, ajoutant qu'il continuerait à lui reconnaître le droit à une rente, plus

spécifiquement une demi-rente, à la condition qu'elle se soumette à ce traitement.

Le 19 octobre 2021, l'assurée a répondu qu'elle prendrait contact avec un pneumologue pour ce traitement auquel elle adhérait.

Dans un projet de décision du 8 novembre 2021, l'OAI a informé l'assurée que la rente de trois quarts serait remplacée par une demi-rente. Se basant sur l'expertise de G.\_\_\_\_\_, il a estimé que l'état de santé s'était amélioré depuis la précédente décision d'octroi de rente, que l'incapacité de travail était à présent de 50 % uniquement en raison du SAOS et que la capacité de travail pourrait être entière dans un délai de trois mois avec un appareillage.

Le 10 décembre 2021, l'assurée, représentée par Procap Suisse, a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision et a produit un rapport du 3 décembre 2021 du Dr E.\_\_\_\_\_ mentionnant que son état de santé était stationnaire depuis mai 2021, avec un tableau clinique caractérisé par une humeur déprimée, une perte d'espoir avec incapacité de se projeter dans l'avenir, une fatigabilité avec une diminution de l'activité, des troubles de la concentration et de l'attention, une perturbation du sommeil avec surtout des difficultés d'endormissement, une diminution marquée de l'estime de soi et des ruminations anxieuses envahissantes. Depuis l'expertise de mai 2021, il était aussi noté un sentiment permanent de nervosité, une aggravation des plaintes douloureuses probablement liées aux tensions musculaires et une sensation d'épuisement physique et psychique beaucoup plus intense. Le Dr E.\_\_\_\_\_ était d'avis que la capacité de travail était nulle dans toute activité et il s'est déterminé sur l'appréciation psychiatrique de l'expertise de G.\_\_\_\_\_ à laquelle il n'adhérait pas.

Dans un avis du 5 janvier 2022, la Dre I.\_\_\_\_\_, médecin praticienne au SMR, a estimé que le dernier rapport du psychiatre traitant n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de s'écarter de l'évaluation pluridisciplinaire des experts de G.\_\_\_\_\_.

Par décision du 11 février 2022, l'OAI a octroyé une demi-rente à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> avril 2022, en lieu et place du trois quarts de rente qui lui était versé précédemment.

**B.** Par acte de son mandataire du 21 mars 2022, J.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'un montant correspondant à au moins trois quarts de rente à partir du 1<sup>er</sup> avril 2022, avec intérêt moratoire à 5 % l'an, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. A l'appui de son recours, elle a notamment contesté le volet psychiatrique de l'expertise de G.\_\_\_\_\_.

Par décision du 4 avril 2022, statuant sur la requête d'assistance judiciaire formulée par la recourante, la juge instructrice l'a mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et l'a exonérée de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 12 mai 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

La recourante n'a pas déposé de réplique.

### **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 porte sur le bienfondé de la réduction de la rente de la recourante.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Dans les cas où la décision concernant la révision d'une rente est rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, mais porte sur une modification déterminante du droit qui a pris naissance avant cette date – ce qui est le cas en l'espèce –, c'est l'ancien droit qui est applicable (cf. ch 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (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).

**c)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 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, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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. 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. 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 – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

**d)** Pour pouvoir 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 une base importante 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**e)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**5. a)** Il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis l'octroi d'un trois quarts de rente en 2011 au point de lui permettre la reprise d'une activité professionnelle au taux de 50 % comme l'a retenu l'intimé.

**b)** Lorsque la recourante a été mise au bénéfice d'une rente, son incapacité de travail reposait uniquement sur des troubles psychiques.

En 2014, elle s'est vu diagnostiquer une capsulite rétractile idiopathique gauche par le Dr Z.\_\_\_\_\_ ayant entraîné une incapacité de travail à compter d'août 2014. Cela étant, tous les médecins s'accordent sur le fait que cette atteinte a évolué favorablement et n'est pas un obstacle à la reprise d'une activité professionnelle dans une activité adaptée d'épargne de l'épaule. En juin 2015, sur la base des constatations faites par le Dr Z.\_\_\_\_\_ un mois plus tôt, le Dr N.\_\_\_\_\_ a relevé que la mobilité de l'épaule gauche était proche de la normale et estimé qu'une reprise d'une activité adaptée était exigible. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a lui aussi admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'épaule, mais seulement en mai 2016. Il n'explique toutefois pas pourquoi une reprise du travail n'aurait objectivement pas été envisageable déjà en mai 2015 alors qu'à cette date la phase inflammatoire de la capsulite rétractile était terminée et que les amplitudes articulaires étaient bonnes. Si la recourante signalait certes une aggravation des douleurs lors de la consultation du 4 mai 2015, ces dernières ne sauraient justifier à elles seules une incapacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, d'autant plus que tous les médecins ayant examiné la recourante ont relevé que les douleurs ne s'expliquaient que partiellement par les atteintes ostéoarticulaires. L'examen rhumatologique effectué en septembre 2016 par le SMR et celui réalisé en avril 2022 par l'expert S.\_\_\_\_\_ ont par ailleurs permis de confirmer la récupération entière de la mobilité de l'épaule gauche et l'absence d'une pathologie incapacitante dans une activité adaptée. Tout comme le Dr N.\_\_\_\_\_, ces deux spécialistes ont fixé au 4 mai 2015 la date de l'exigibilité d'une reprise d'une activité adaptée sur la base des constatations faites ce jour-là par le Dr Z.\_\_\_\_\_. Ils ont également pris en compte l'intervention chirurgicale effectuée en février 2016 qui, selon eux, avait justifié une nouvelle incapacité de travail temporaire dans toute activité jusqu'au 12 mai 2016.

Toujours sur le plan somatique, les examens complémentaires effectués dans le cadre de l'expertise de G.\_\_\_\_\_ ont mis en évidence un SAOS de degré sévère. L'expert interniste a expliqué que ce trouble n'aurait pas d'incidence sur la capacité de travail s'il était traité et a ainsi retenu une incapacité de travail transitoire de 50 % pendant trois mois, le temps nécessaire à la mise en place d'un traitement adapté.

La recourante n'émet aucun grief à l'encontre des conclusions des experts interniste et rhumatologue de G.\_\_\_\_\_, qui ne sont pas sérieusement remises en cause par les autres éléments du dossier, et ne conteste pas non plus la capacité de travail résiduelle qui lui a été reconnue sur le plan somatique, seul le volet psychiatrique de l'expertise étant contesté.

**c) aa)** Sur le plan psychique, la recourante est suivie depuis de très nombreuses années. Les rapports médicaux antérieurs à la première demande de prestations évoquent une phobie scolaire et deux tentamens médicamenteux survenus en 1996. Les psychiatres de l'hôpital B.\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué à l'époque un trouble de l'adaptation sous forme anxio-dépressive dans un contexte de difficultés familiales et professionnelles chez une personnalité narcissique.

**bb)** Au moment du dépôt de la première demande de prestations, l'assurée consultait la Dre C.\_\_\_\_\_ qui a attesté une incapacité de travail totale en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, d'une personnalité dépendante avec diagnostic différentiel de personnalité anxieuse (évitante) et de phobies sociales. En mars 2009, la recourante présentait notamment des crises de panique, des sensations de tension intérieure et d'oppression, des vertiges, des maux de ventre, des troubles du sommeil, ainsi que des difficultés d'attention et de mémorisation (rapport du 26 mars 2009 de la Dre C.\_\_\_\_\_). En juillet 2009, la Dre C.\_\_\_\_\_ a signalé, en lien avec l'épisode dépressif, que l'humeur était alors stabilisée et que la recourante ne se plaignait plus de symptômes somatiques. Une reprise du travail à 10 % avait été envisagée d'entente avec le médecin généraliste traitant.

Le Dr R.\_\_\_\_\_ a quant à lui retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et de troubles complexes de la personnalité (personnalité dépendante, à traits émotionnellement labiles), et mentionné, comme limitation fonctionnelle, une vulnérabilité au stress, en particulier relationnel. La capacité de travail était selon lui de 50 % au maximum dans des conditions peu stressantes. Le 13 octobre 2010, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif majeur, épisode alors moyen. Les limitations de la recourante se traduisaient par une fatigue, des troubles de la mémoire, des difficultés à focaliser longtemps, et des angoisses envahissantes qui l'empêchaient de se concentrer sur ses tâches professionnelles, ce qui induisait un ralentissement et des absences. Pour le Dr Y.\_\_\_\_\_, l'exercice d'une activité adaptée était possible à raison de 4 à 8 heures par semaine.

En janvier 2011, le SMR a validé les diagnostics posés par le Dr Y.\_\_\_\_\_, qui étaient en ligne avec la description clinique, et estimé que la capacité de travail de la recourante était de 10 %. Sur cette base, l'intimé a retenu une incapacité de travail de 90 % dans toute activité et alloué un trois quarts de rente à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2009.

**cc)** Dans le cadre de la procédure de révision entamée en juin 2012, l'intimé s'est fondé sur l'expertise psychiatrique de la Dre A.\_\_\_\_\_ pour retenir que les troubles psychiatriques présentés par la recourante étaient compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée à plein temps.

La Dre A.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble de la personnalité mixte à traits immatures, narcissiques et caractériels, estimant que si ce trouble entraînait une incapacité de travail dans l'activité habituelle, la capacité de travail de la recourante était toutefois entière dans une activité adaptée, soit une activité diurne, simple et encadrée (rapport d'expertise, p. 48 et 49). Elle a également retenu un trouble dépressif récurrent, qui était toutefois en rémission au jour de l'expertise et n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Elle a exclu la présence d'un trouble anxieux, expliquant que l'examen clinique était peu compatible avec un tel trouble, la recourante

se montrant extrêmement affirmée et critique dans ses jugements. Par ailleurs, les tests projectifs confirmaient la dimension caractérielle et infirmaient une composante anxieuse. L'experte était d'avis que si les tentatives de réinsertion avaient échoué jusqu'alors c'était en raison de la dimension caractérielle de la personnalité de la recourante et non en raison d'une symptomatologie anxieuse. A ce sujet, elle a précisé que si les projets de réinsertion finissaient toujours par échouer pour des raisons peu claires, « la toute-puissance et la destructivité semblent mener le jeu depuis de nombreuses années sans que la personne assurée ait réellement quelque chose à gagner de la dynamique qu'elle a mis en place » (rapport d'expertise, p. 38 et 39).

L'experte s'écarte ainsi des appréciations des autres médecins en posant un nouveau diagnostic qui n'est corroboré par aucune autre pièce du dossier, et en excluant l'aspect anxieux du trouble présenté par la recourante qui a pourtant été mis en évidence par les autres psychiatres au cours de son long suivi psychiatrique.

Une problématique anxieuse a été constatée chez la recourante déjà en 1996 par les psychiatres de l'hôpital de B.\_\_\_\_\_, puis observée plus tard par les autres psychiatres ayant examiné la recourante lors de l'instruction de sa demande de prestations, lesquels ont du reste relevé l'incidence du trouble anxieux sur la capacité de travail. A ce sujet, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a signalé, dans son rapport du 13 octobre 2010, que l'anxiété était nettement perceptible, que la recourante souffrait d'angoisses dans quasiment tous les domaines de sa vie et qu'un suivi dans la section spécialisée dans le traitement des troubles anxieux et de l'humeur lui avait été proposé, en complément à la psychothérapie de soutien avec la Dre C.\_\_\_\_\_. Il était par ailleurs d'avis que la capacité de travail dépendrait non seulement de l'évolution de l'épisode dépressif mais aussi de la réponse au traitement du trouble anxieux généralisé.

La problématique anxieuse a également été observée par les psychiatres traitants et les médecins du SMR lors de la procédure de révision de rente. En juillet 2012, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que la

recourante présentait une anxiété généralisée, un épisode dépressif et un trouble de la personnalité anxieuse (évitante), l'état de santé étant stationnaire. Comme limitations fonctionnelles, il a notamment mentionné des ruminations anxieuses à caractère anticipatoire influençant négativement le fonctionnement quotidien de la recourante et une anxiété importante qui l'empêchait de s'autonomiser complètement, la recourante vivant chez ses parents et ayant peu d'activités sociales à l'extérieur du cadre familial (rapport du 23 juillet 2012). Le 9 octobre 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a fait état d'une légère amélioration ; l'humeur dépressive était moins présente et l'anxiété était légèrement diminuée. Le 12 février 2014, les psychologues du Service de psychiatrie générale de V.\_\_\_\_\_ ont confirmé la diminution des symptômes anxiodépressifs. Selon le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique effectué le 2 septembre 2016 par le SMR, l'examen psychiatrique avait objectivé un trouble de la personnalité anxieuse évitante, qui, selon le Dr F.\_\_\_\_\_, avait un caractère incapacitant. Il a en particulier expliqué qu'il existait chez la recourante une certaine appréhension de la rencontre avec des inconnus, une tendance à la dévalorisation et une préoccupation par la crainte d'être critiquée ou rejetée dans les situations sociales. Il a relevé que ce trouble existait depuis l'adolescence et avait eu un impact important sur le parcours professionnel et personnel de la recourante, comme le montrait l'anamnèse. L'examen objectivait par ailleurs un trouble anxieux et dépressif mixte, qui, en l'absence de diagnostic caractérisé de dépression ou de trouble anxieux, n'avait pas de caractère incapacitant. L'aspect anxieux du trouble de la recourante et ses effets sur la capacité de travail ont également été relevé par la suite par le Dr E.\_\_\_\_\_, qui a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de phobie sociale, d'anxiété généralisée et de personnalité évitante.

Pour poser le diagnostic de trouble de la personnalité mixte à traits immatures, narcissiques et caractériels et écarter tout trouble anxieux, l'experte s'est fondée sur ses propres constatations lors de l'examen clinique de la recourante, lesquelles ne concordent cependant pas avec celles décrites par les autres psychiatres. La Dre A.\_\_\_\_\_ a en particulier relevé que la recourante était très sûre d'elle-même, avait une

forte affirmation de soi, montrait particulièrement peu de propension au doute et avait des conduites d'emprise sur autrui.

Ces éléments sont à l'opposé de ceux ressortant des autres rapports médicaux, lesquels font état de sentiments d'incompétence, de peur de faire des fautes professionnelles, d'un sentiment d'être incomprise (rapport du 26 mars 2009 de la Dre C.\_\_\_\_\_), d'une personne peu sûre, ayant du mal à se confronter à la réalité, se plaçant dans un rapport de dépendance et de soumission en situation professionnelle, se sentant vite angoissée et incompétente et rencontrant des difficultés à cerner les attentes des autres, à évaluer ses propres capacités et limites et à communiquer ses craintes et négocier des aménagements (rapport médical du 7 juillet 2009 de la Dre C.\_\_\_\_\_. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a lui aussi fait état d'une faible estime de soi avec un grand besoin de réassurance, une anxiété somatisée et des conduites d'évitement liées au sentiment d'être jugée négativement par autrui (rapport du 6 mai 2010). Les Dr D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont évoqué des sentiments d'insuffisance et d'auto-dévalorisation et des ruminations à caractère anticipatoire (rapport du 23 juillet 2012 du Dr D.\_\_\_\_\_ et rapport du 9 octobre 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_). Les constatations de l'experte psychiatre ne concordent pas non plus avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR, qui a notamment mentionné de l'appréhension vis-à-vis des personnes non connues, un manque de confiance en soi, ainsi qu'une crainte de la critique et du rejet (rapport du 4 octobre 2016). Enfin, le Dr E.\_\_\_\_\_ a lui aussi relevé un manque de confiance en soi, des ruminations anxieuses constantes associées à une mésestime de soi, l'impression d'être en décalage par rapport aux autres avec une forte tendance à s'effacer dans les situations sociales, l'anxiété excessive et l'incertitude étant présentes fréquemment (rapport du 27 mars 2020). A noter que lors de la formation prise en charge par l'intimé, la nécessité d'un accompagnement a été reconnue à la requérante qui a été mise au bénéfice d'une mesure de coaching et de soutien à la formation.

Si l'experte psychiatre a certes commenté les autres rapports médicaux versés au dossier, elle n'a toutefois pas exposé de manière

étayée et convaincante les raisons qui devraient conduire à écarter les observations et appréciations faites par les autres médecins. Elle s'est essentiellement limitée à indiquer que son examen clinique n'avait pas permis de mettre en évidence les troubles mentionnés par les autres psychiatres et que le diagnostic de trouble de la personnalité était « posé sur la base de la répétition de comportements cliniquement significatifs (mise en échec de projets qui lui sont proposés, échec d'émancipation, dépendance exagérée à l'environnement, troubles relationnels majeurs au sein d'un groupe) qui sont apparus précocement dans sa vie et qui se manifestent également par une rigidité caractérielle » (rapport d'expertise, p. 39), alors que les autres psychiatres attribuent ces échecs à la problématique anxieuse. Les constatations de l'experte qui forgent son avis correspondent certes à celles notées par la psychologue qui a fait les tests psychologiques dans le cadre de l'expertise et qui a notamment relevé une tendance à la recherche de contrôle et au dénigrement de l'autre, une relation perçue dans une ambivalence entre une position de victime et de dominant teintée de masochisme et d'emprise dans le même temps, et une très riche palette de ressources défensives (rapport d'examen Rorschach-TAT du 29 avril 2021). Toutefois, en présence d'un suivi débuté à l'adolescence, soit il y a plus de vingt-cinq ans, et d'appréciations diamétralement différentes des autres psychiatres, y compris celui du SMR qui n'est pas lié à la recourante par une relation thérapeutique, l'experte aurait dû motiver davantage son avis divergeant et son rapport d'expertise ne suffit pas en l'état à écarter les avis des autres spécialistes.

L'expertise de la Dre A. \_\_\_\_\_ comporte par ailleurs certaines incohérences. Elle indique que la capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts sont conservées et plutôt remarquables (rapport d'expertise, p. 44), alors que dans le profil d'effort selon la mini-CIF, elle signale un problème sévère concernant l'aptitude à établir des relations avec les autres et à évoluer au sein d'un groupe (rapport d'expertise, p. 46). L'experte retient aussi que la recourante a des difficultés relationnelles sur le plan professionnel et pourtant les troubles sont qualifiés de légers dans les effets sur la capacité de travail mais sévères

en ce qui concerne la vie interpersonnelle de la recourante (rapport d'expertise, p. 6). La Dre A. \_\_\_\_\_ estime que la flexibilité et la capacité d'adaptation de la recourante ne posent aucun problème (rapport d'expertise, p. 46), ce qui semble être en contradiction avec les conditions devant être mises en place pour que la recourante puisse suivre un programme de réadaptation dans une activité simple, soit la nécessité d'informer les différents intervenants de ses mécanismes relationnels afin de s'en protéger et de permettre à la recourante de contenir sa toute-puissance et de s'adapter sans parvenir à monter les différents membres de l'équipe les uns contre les autres et sans se victimiser (rapport d'expertise, p. 45). L'experte conclut que la capacité de travail est entière dans une activité diurne, simple et « encadrée » et que la difficulté principale de la recourante est d'évoluer dans les « groupes de pairs », sans préciser ces deux notions. Par activité encadrée, elle semble se référer à la nécessité d'informer les intervenants des difficultés psychiques de la recourante, ce qui paraît difficile à mettre en place dans un milieu professionnel vu la discrétion qu'il y a lieu d'observer sur son état de santé et son fonctionnement psychique.

**dd)** Il ressort de l'ensemble du dossier que les limitations fonctionnelles se situent principalement au niveau des relations personnelles, mais les avis de l'experte et des différents psychiatres divergent sur l'identification de ces problèmes relationnels et leur incidence sur la capacité de travail. Or, il n'est pas possible en l'état de départager l'avis de l'experte psychiatre des autres appréciations médicales au dossier. Pour les raisons mentionnées plus haut, l'appréciation de l'experte A. \_\_\_\_\_ ne peut pas être suivie en l'état. Par ailleurs, les autres psychiatres ne semblent pas avoir pris en compte l'ensemble des paramètres, notamment les ressources de la recourante, et leurs rapports médicaux ne permettent pas d'évaluer précisément la capacité de travail de la recourante.

L'experte A. \_\_\_\_\_ a relevé que la recourante dispose de ressources. Elle arrive à avoir des contacts sociaux avec plusieurs membres de sa famille, y compris ses neveux, ainsi qu'avec des

intervenants sociaux. Elle est capable d'avoir des activités variées, faisant du bricolage et accompagnant ses neveux dans de multiples centres d'intérêts (rapport d'examen Rorschach-TAT du 29 avril 2021). Elle a suivi une formation en vue de son reclassement pendant deux ans qui lui a permis d'acquérir de nouvelles compétences. Elle a certes rencontré des difficultés relationnelles à un moment donné mais a trouvé les ressources pour poursuivre cette formation dont l'échec est apparemment dû à un manque de maîtrise de la pratique. Malgré son incapacité de travail évaluée à 90 % en 2011, elle a réussi à occuper un emploi à un taux plus élevé, soit entre 40 et 50 % jusqu'à l'arrêt de travail d'août 2014 liée à l'atteinte à l'épaule, sans que l'on sache exactement à quel taux elle travaillait à cette époque. Si en avril 2015, le Dr D. \_\_\_\_\_ a confirmé l'évolution favorable et évoquait la possibilité d'une reprise du travail à 100 %, le Dr F. \_\_\_\_\_ ne partageait pas cette appréciation en septembre 2016, la trouvant trop optimiste, et évaluant quant à lui la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée. En 2019, le Dr E. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité, sans que l'on puisse adhérer en l'état à cette conclusion, d'autant plus que son rapport met en évidence une aggravation de l'état de santé psychique à la suite de l'échec de la formation sans permettre d'objectiver une éventuelle lourde et durable aggravation de l'état de santé psychique de la recourante.

**d)** Au vu de ce qui précède, une instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise s'avère indispensable sur le plan psychiatrique.

**e)** Sur le plan somatique, un complément d'instruction est également nécessaire. En effet, l'intimé a retenu une incapacité de travail de 50 % en raison d'un SAOS non traité, alors que ce trouble n'est censé ne plus être invalidant trois mois après l'appareillage, et ne justifierait donc pas une modification du droit à la rente. Il conviendra de vérifier si l'appareillage a été effectué et s'il a effectivement abouti à une amélioration de la capacité de travail.

**f)** Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA, pour qu'il en complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision.

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). La liste des opérations déposée le 9 septembre 2022, ne peut pas être suivie s'agissant du tarif horaire sur lequel elle se fonde. En revanche, les opérations en tant que telles ne prêtent pas le flanc à la critique. Il convient donc d'arrêter l'indemnité à 1'400 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 11 février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la

cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et 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 la somme de 1'400 fr. (mille quatre cents francs) à J. \_\_\_\_\_ à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap Suisse (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :