

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 septembre 2023

_____ Composition : M. PIGUET, président

Mme Berberat, juge et Mme Rondi, assesseure

Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 17 LPGA, 28 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1972, au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce obtenu en 1992 et d'un diplôme de secrétaire médicale obtenu en 1997, a déposé le 13 décembre 2004 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) où elle a indiqué souffrir d'angoisses, d'intolérance au stress, de difficultés dans les relations professionnelles, de dépressions à répétition et d'insomnies depuis l'enfance.

Il ressort du dossier que l'assurée avait effectué un sevrage à la cocaïne, aux opiacés et aux benzodiazépines auprès du Département de psychiatrie de l'adulte des hospices cantonaux de l'Etat de Vaud, du 2 au 17 décembre 2002, à la suite duquel elle a rejoint la Fondation [...] pour une post-cure qui a duré deux ans et demi.

Dans un rapport médical du 22 avril 2005, la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, a posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et de trouble anxieux (F 41.9), ayant un effet sur la capacité de travail de l'assurée. Elle a précisé que ces atteintes étaient présentes depuis qu'elle était jeune adulte. Elle a posé comme autres diagnostics ceux de dépendance à l'héroïne depuis l'âge de 26 ans et aux benzodiazépines depuis l'âge de 14 ans, actuellement en rémission dans un environnement protégé, et d'hépatite C positive. La Dre J._____ a encore précisé que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle d'employée de commerce de décembre 2002 à novembre 2004 et de 60 % depuis le 27 novembre 2004, et que son état de santé était stationnaire ; toute activité paraissait envisageable pour autant qu'elle se déroule au sein d'une petite équipe, dans un climat plutôt soutenant, à raison de 3 heures par jour environ.

L'assurée a été examinée au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) par la Dre I._____. Dans son

rapport du 15 mai 2007, co-signé par la Dre Z._____, médecin-chef au SMR, la Dre I._____ a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, non décompensé, et de trouble obsessionnel compulsif d'intensité légère. Elle a également retenu des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés et de dérivés de cannabis, relevant que l'assurée était actuellement abstinente, à l'utilisation d'alcool et de cocaïne avec utilisation épisodique, ainsi qu'à l'utilisation de sédatifs, avec utilisation continue. Ces diagnostics étaient sans effet sur la capacité de travail de l'assurée. La Dre Albeau a précisé que les difficultés professionnelles de l'assurée étaient liées à une toxicomanie primaire et que la polytoxicomanie ne justifiait ni à elle seule une incapacité de travail, ni n'était la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité, ni n'était à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable. Les Dres [...] et [...] ont conclu à une capacité de travail de 100 % dans toute activité depuis toujours.

Dans une décision du 25 septembre 2007 confirmant un projet de décision du 3 août 2007, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

B. Par la suite, l'assurée a exercé une activité de secrétaire médicale à temps partiel (entre 50 et 70 %) auprès de [...] du 1^{er} septembre 2008 au 29 septembre 2014. Elle a ensuite émargé au chômage entre 2014 et 2016. Depuis le 1^{er} août 2016, elle a bénéficié de l'aide sociale.

Par certificats médicaux successifs, la Dresse V._____ spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante de l'assurée depuis le 9 mai 2014, a indiqué que cette dernière était en incapacité de travail à 100 % depuis le mois d'octobre 2016.

Le 27 mai 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI dans laquelle elle a indiqué qu'elle se trouvait

dans un état dépressif à la suite de deuils difficiles (décès de son conjoint en 2013 et de son beau-père en 2014) et de la perte de son emploi.

Dans un rapport du 7 juillet 2017, la Dre V._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), et de modification durable de la personnalité (F62.8). Elle a indiqué que la capacité de travail de sa patiente était actuellement nulle. Sur la question de l'aggravation de l'état de santé de cette dernière, la psychiatre traitante a exposé qu'à la suite du décès de son compagnon en juillet 2013 d'un accident de parapente puis, en avril 2014, du décès de son beau-père des suites d'une grave maladie, elle avait développé un état anxiodépressif nécessitant plusieurs arrêts de travail. Elle avait ensuite été licenciée en octobre 2014 peu après la reprise de son travail dans le contexte d'une relation conflictuelle avec un supérieur, ce qui avait aggravé ses symptômes dépressifs. Par la suite, toute tentative de reprise du travail s'était soldée par un échec. La Dre V._____ a encore précisé que l'assuré était abstinente de toute prise de produit toxicodépendant depuis 10 ans. S'agissant de ses constatations objectives actuelles, la Dre V._____ a précisé ce qui suit :

Mme L._____ a vécu différentes situations très stressantes et différentes pertes dans sa vie ces 4 dernières années (deuils successifs, conflits, perte de travail). On observe chez elle une symptomatologie anxiodépressive accompagnée d'un sentiment d'impuissance et d'échec. Elle a le sentiment d'avoir une vie brisée qui n'a plus de sens et elle éprouve de grandes difficultés à faire face à la vie.

Elle a la conviction d'avoir été très marquée et transformée par les deuils successifs qu'elle a vécus et par la perte de son travail. Elle n'a plus de force psychique ni d'énergie pour faire face à la vie, la disparition de son compagnon et la perte de son travail constituant des facteurs de stress importants et des facteurs de vulnérabilité. Actuellement, elle vit en retrait : elle n'a plus de vie sociale ou affective. Elle présente une attitude négative vis-à-vis du travail, d'elle-même et de la vie en général, alors qu'auparavant elle avait connu une longue période de travail stable.

Dans un avis SMR du 25 juillet 2017, le Dr W._____ a indiqué que ce rapport rendait plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée et qu'il convenait d'instruire.

Dans un rapport à l'OAI du 25 septembre 2017, la Dre V._____ a notamment réitéré les diagnostics de trouble dépressif récurrent, indiquant que l'épisode actuel était moyen à sévère (F32.2), et d'autre modification durable de la personnalité (F62.8). Elle a posé un pronostic réservé en raison d'une modification durable de la personnalité de l'assurée à la suite d'une accumulation de facteurs de stress, ajoutant qu'elle vivait dans un isolement social et était sans projets professionnels. L'assurée présentait comme restrictions physiques et psychiques, une diminution de l'énergie, une perte de confiance en soi et de volonté, des difficultés à réfléchir et à penser et des troubles de l'attention et de la concentration. Au travail, ces restrictions se manifestaient par des difficultés à assumer les contraintes et les responsabilités professionnelles. La Dre V._____ estimait la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans une activité adaptée, tout en précisant que dans son état actuel, elle n'était pas encore capable de s'investir dans une activité professionnelle.

Dans un nouveau rapport du 17 avril 2018 à l'OAI, la Dre V._____ a indiqué que, depuis son dernier rapport, l'état psychique de l'assurée était stationnaire : celle-ci n'arrivait plus à affronter les difficultés et était vite déstabilisée, ne trouvant plus sa place dans le milieu professionnel ; elle était isolée et n'avait que peu de contact avec l'extérieur ; son humeur restant instable ; elle semblait dépassée par sa situation et présentait une attitude négative face au travail et ne pouvait plus entreprendre de démarches seule. La Dre Raharinivo Chochard a précisé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle depuis le 1^{er} octobre 2016, mais la psychiatre traitante estimait la capacité de travail à 60 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : une perte de confiance en soi, une hypersensibilité, des difficultés à s'organiser, une mauvaise gestion du temps, des troubles de la concentration et de l'attention et des difficultés à s'intégrer dans un groupe).

Par avis médical SMR du 10 janvier 2019, les Drs C._____ et N._____ ont retenu que, depuis la première demande de prestations, il y

avait une aggravation de l'état de santé de l'assurée dans l'axe psychiatrique, avec une atteinte devenue durablement incapacitante depuis décembre 2016, en la forme d'une dépression réactionnelle sévère à des facteurs psychosociaux sans dépendance associée. Ils ont estimé que le traitement psychotrope et le suivi étaient une prise en charge adéquate. Ils ont retenu une capacité de travail de 60 % dans une activité simple de secrétaire (en back office, service de frappe), ou dans toute autre activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, telles que retenues dans le rapport du 25 septembre 2017 de la Dre V. _____ depuis cette même date.

Lors d'un entretien téléphonique entre le service de réadaptation de l'OAI et la psychiatre traitante du 12 mars 2019, celle-ci a indiqué que seule une activité en milieu protégé était envisageable.

Dans un nouveau rapport médical du 1^{er} mai 2019 rédigé à la demande de l'OAI, la Dre V. _____ a indiqué que, depuis son dernier rapport, l'état de santé de sa patiente s'était péjoré, cette péjoration se manifestant par une instabilité de son humeur et de son comportement, en raison d'une succession d'évènements difficiles qu'elle avait vécus, entraînant chez elle le resurgissement de souvenirs anciens. La psychiatre traitante a répété que la capacité de travail de sa patiente était nulle dans son activité habituelle depuis le 1^{er} octobre 2016, celle-ci ne se sentant plus apte à travailler comme employée de commerce ou secrétaire médicale. La Dre V. _____ a encore indiqué que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée ne dépassait pas 50 % à l'heure actuelle.

Par avis SMR du 26 juin 2019, le Dr C. _____ a relevé que, bien que l'entretien téléphonique susmentionné suggérait que l'assurée n'était plus apte à maintenir une capacité de travail sur le premier marché de l'emploi, le rapport de la Dre V. _____ ne corroborait pas cette appréciation. Dans la mesure où le status psychiatrique était superposable, il n'y avait pas lieu de s'écarter de la capacité de travail de

60 % dans une activité adaptée sur le premier marché du travail, comme un poste de secrétaire médicale en back office.

Le 3 juin 2019, l'assurée a déposé une plainte pénale auprès de la gendarmerie nationale des [...], en France, pour violence aggravée.

Dans une attestation du 18 juin 2019, la Dre V._____ a indiqué que l'assurée avait été victime d'une grave agression en France.

Dans un certificat du 7 octobre 2019, le Dr S._____, médecin consulté par l'assurée en France, a indiqué que celle-ci lui avait déclaré avoir été victime de coups et blessures. Il a constaté qu'elle présentait un hématome péri-orbitaire avec des égratignures au visage et une fracture non déplacée du tubercule du calcanéum gauche.

Dans un projet de décision du 8 octobre 2019, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2017, basé sur un taux d'invalidité de 54 %. L'office retenait que l'assurée avait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 25 septembre 2017.

Par lettre du 29 octobre 2019, l'assurée a déposé des observations à l'encontre du projet de décision, faisant valoir qu'elle avait une incapacité de travail de 100 %.

Dans une attestation médicale du 12 novembre 2019, la Dre V._____ a attesté que l'assurée était toujours suivie régulièrement à sa consultation et qu'elle présentait un état de stress post-traumatique depuis son agression en juin 2019. L'évolution de son état était fluctuant et avait nécessité l'augmentation du dosage de son médicament stabilisateur de l'humeur ([...]). La Dre V._____ ajoutait que l'assurée était une personne très vulnérable ayant vécu des traumatismes psychiques répétitifs dans sa vie. Elle constatait encore une modification durable de la personnalité de l'intéressée (F62.0) après une agression et

un caractère rigide et inadapté, qui était à l'origine de la dégradation de ses relations sociales. Selon la Dre V._____, l'état psychique fortement dégradé de sa patiente ne lui permettait pas actuellement d'assumer les responsabilités et les contraintes d'une activité professionnelle. L'objectif thérapeutique actuel était de l'aider à retrouver de la confiance en soi et de l'autonomie.

Dans un avis médical du 16 décembre 2019, le SMR, sous la plume du Dr C._____, a estimé qu'il était plausible que la situation de l'assurée s'était modifiée en raison de l'agression qu'elle avait subie, avec un état de stress réactionnel. Ce médecin proposait de réinterroger la psychiatre traitante pour savoir si l'état de stress post-traumatique s'était stabilisé et, le cas échéant, depuis quand.

Dans un rapport du 22 janvier 2020, la Dre V._____ a indiqué que l'état de santé psychique de sa patiente était resté stationnaire depuis son rapport du 1^{er} mai 2019. Son humeur était moins fluctuante depuis l'introduction du [...], même s'il y avait toujours des angoisses, une sensibilité accrue, une susceptibilité, de la nervosité ainsi qu'un manque d'énergie, de motivation, d'initiative et d'intérêt. Elle a rappelé que dans l'activité habituelle de l'assurée, la capacité de travail de celle-ci était nulle depuis le 1^{er} octobre 2016. La psychiatre traitante indiquait que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était très difficile à évaluer, vu son état de santé psychique actuel. La Dre V._____ a précisé que l'état de stress post-traumatique restait présent, en particulier, le souvenir répétitif des scènes de violences qu'elle avait vécues durant l'enfance, l'adolescence et par la suite.

Dans un nouvel avis SMR du 14 février 2020, le Dr C._____ a indiqué que la situation au plan médical ne lui paraissait pas claire, car l'état de stress post-traumatique était finalement plus mis en lien avec des traumatismes de l'enfance qu'avec l'agression subie, dont le contexte était d'ailleurs peu clair. Il a donc recommandé la réalisation d'une expertise psychiatrique.

Une telle expertise a été confiée au Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 7 septembre 2020, ce médecin a retenu les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), présent depuis l'âge adulte (actuellement partiellement compensé s'agissant des composantes auto-agressive et liée à l'instabilité des relations interpersonnelles, et décompensée sous forme d'irritabilité, d'une mauvaise gestion de la colère et d'une rechute de la consommation d'alcool, s'agissant de la composante impulsive) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance avec utilisation épisodique (F10.26). Comme diagnostic sans effets sur la capacité de travail, il a indiqué la présence d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission complète (F33.4). L'expert a jugé la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'expertisée depuis le 1^{er} octobre 2016, mais estimé qu'elle présentait une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : un bas seuil de tolérance à la frustration et au stress ; des difficultés d'accepter les remarques et les difficultés en relation avec l'autorité), sans diminution de rendement, depuis le 25 septembre 2017.

Par avis SMR du 20 novembre 2020, le Dr C._____ a estimé que la situation médicale de l'assurée et ses répercussions assécurologiques avaient été clarifiées par une expertise limpide, pleinement convaincante et rejoignant les conclusions des avis antérieurs du SMR s'agissant des répercussions assécurologiques, notamment des ressources résiduelles persistantes.

Par décisions des 2 et 11 février 2021, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 55 % à compter du 1^{er} novembre 2017. Ces décisions sont entrées en force.

C. Dans un courrier du 24 août 2021, la Dre V._____ a informé l'OAI qu'une réévaluation de la situation de sa patiente était souhaitable, celle-ci n'étant plus du tout apte à s'investir dans une quelconque activité professionnelle ni à en assumer les responsabilités. Elle a rappelé que

l'assurée avait des antécédents de dépression récurrente en raison de plusieurs évènements difficiles dans sa vie depuis plusieurs années, en particulier le décès accidentel de son compagnon, celui de son beau-père, la perte de son travail et l'agression physique dont elle avait été victime en France. En raison de l'accumulation de ces évènements difficiles, sa patiente vivait un sentiment d'échec répétitif, une perte de confiance en elle et une mauvaise image d'elle-même. Son humeur était devenue très instable malgré l'introduction d'un stabilisateur de l'humeur.

Dans un courrier du 30 août 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il considérait la lettre de la Dre V._____ susmentionnée comme une nouvelle demande et qu'il lui appartenait de rendre plausible une aggravation de son degré d'invalidité afin qu'il soit entré en matière sur cette demande. Il lui a imparti un délai pour ce faire.

Le 11 septembre 2021, l'assurée a transmis à l'OAI un questionnaire pour la révision de la rente dans lequel elle a indiqué que son état de santé psychique, déjà fragile, s'était aggravé depuis son agression deux ans auparavant, malgré l'introduction du [...].

Dans une attestation du 13 octobre 2021, la Dre V._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F32.2), d'état de stress post-traumatique suite à une agression avec séquestration en juin 2019 (F43.1) et de modification durable de la personnalité après une exposition prolongée à des situations représentant un danger vital (F62.0). Elle faisait état d'une aggravation en raison d'une accumulation de différents facteurs de stress, aggravation plus importante depuis que l'assurée avait subi une agression : tout contact avec autrui lui était désormais devenu très difficile et elle avait adopté un comportement d'évitement, de sorte qu'il lui était impossible de s'intégrer dans un groupe, ne supportant pas la contrariété et se sentant vite agressée, déstabilisée et désorganisée. Le pronostic quant à l'évolution de son état était par ailleurs défavorable en raison de la chronicité de ses troubles, car elle s'était éloignée de tout milieu professionnel et avait tendance à l'isolement.

Dans un avis SMR du 30 novembre 2021, la Dre B._____ a indiqué que le rapport susmentionné n'était qu'une appréciation différente d'un même état de fait. Elle relevait que l'agression datait d'avant l'expertise et avait été prise en compte par l'expert lors de son évaluation de la capacité de travail de l'assurée. Il n'y avait pas de nouveaux éléments médicaux permettant de modifier la dernière décision de l'OAI.

Par projet de décision du 3 janvier 2022, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il n'y avait pas d'argument justifiant l'augmentation de son droit à une demi-rente d'invalidité.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision le 21 janvier 2022.

Le 17 février 2022, la Dre V._____ a transmis à l'OAI un nouveau rapport médical, aux termes duquel elle a conclu que depuis 10 ans, l'état psychique de sa patiente était en régression et que malgré sa motivation et ses efforts, elle n'était plus du tout apte à s'intégrer dans un milieu professionnel.

Par courriel du 21 février 2022, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait eu un accident deux jours plus tôt avec fractures au poignet droit.

Dans un avis SMR du 20 avril 2022, la Dre B._____ a estimé qu'il n'y avait pas d'élément justifiant de revenir sur l'avis SMR du 5 novembre 2020, au plan psychiatrique. Il fallait par contre instruire la situation au plan somatique en lien avec les fractures au poignet droit.

Dans un rapport du 3 mai 2022, le Dr G._____, médecin assistant auprès du service de chirurgie plastique et de la main du CHUV, a indiqué que l'assurée avait subi une fracture du radius distal droit le 19 février 2022 et qu'elle avait des douleurs et un déficit d'enroulement des

doigts longs. Il a indiqué que de la physiothérapie devait encore être mise en œuvre.

Par courriel du 5 août 2022, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle avait eu un accident domestique le jour précédent, lors duquel elle avait eu l'ongle du gros orteil gauche arraché.

Dans un nouvel avis SMR du 8 septembre 2022, la Dre B._____ a indiqué que la fracture du poignet droit et l'arrachement de l'ongle du gros orteil gauche n'avaient pas d'effet durable sur l'état de santé de l'assurée.

Par décision du 24 octobre 2022, l'OAI a refusé de modifier le droit à la rente de l'assurée.

D. Par acte du 22 novembre 2022, L._____ recourt contre la décision de l'OAI du 24 octobre 2022, en concluant implicitement à sa réforme dans le sens d'une augmentation de la rente d'invalidité qui lui a été octroyée par les décisions des 2 et 11 février 2021. Elle fait valoir que, depuis son agression avec séquestration pendant une nuit en France en mai 2019, son état de santé s'est aggravé, renvoyant pour le surplus aux rapports de sa psychiatre traitante. Elle reproche plus particulièrement à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de cet évènement dans son appréciation et conclut à la mise en œuvre d'un entretien avec une psychiatre mandatée, déplorant n'avoir pas eu droit à une nouvelle expertise psychiatrique comme la procédure l'exigerait. Avec son acte de recours, elle produit notamment une décision du Président de la Commission d'indemnisation des victimes près le Tribunal Judiciaire de [...] en France, homologuant un accord conclu le 15 avril 2022 entre le Fonds de garantie des victimes d'infractions et l'assurée, selon lequel celle-ci accepte une indemnisation de 13'922 euros.

Dans sa réponse du 3 janvier 2023, l'OAI conclut au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 831.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte, ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI), sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est péjoré au point de modifier son droit à la rente depuis les décisions des 2 et 11 février 2021 lui octroyant une demi-rente d'invalidité.

b) 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 pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure

au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

En l'occurrence, l'éventuelle péjoration de l'état de santé de l'assurée ayant duré au moins trois mois au sens de l'art. 88a al. 2 RAI est selon toute vraisemblance antérieure au 1^{er} janvier 2022, de sorte que ce sont les dispositions de la LAI, du RAI et de la LPGA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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 LPGGA).

b) 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 (art. 17 al. 1 LPGGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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 LPGGA. 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 LPGGA. 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

c) 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).

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).

d) 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).

4. a) En l'occurrence, l'OAI a, par ses décisions des 2 et 11 février 2021, alloué à la recourante une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2017, fondée sur un taux d'invalidité de 55 %. Pour établir la situation au plan médical, en particulier les diagnostics et l'incapacité de travail de l'intéressée, l'OAI s'est fondé sur l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr M._____.

Dans son rapport du 7 septembre 2020, le Dr M._____ a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), présent depuis l'âge adulte, actuellement partiellement compensé s'agissant des composantes auto-agressive et liée à l'instabilité des relations interpersonnelles ; la composante impulsive était par contre encore décompensée sous forme d'irritabilité, d'une mauvaise gestion de la colère et d'une rechute de la consommation d'alcool. L'expert a également posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance avec utilisation épisodique (F10.26).

Il a également retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission complète et sans effet sur la capacité de travail. A ce sujet, il a expliqué que si la recourante avait certainement par le passé souffert d'un épisode dépressif majeur, comme cela ressortait de son dossier médical et en particulier des rapports de la Dre V._____, cette affection était actuellement complètement amendée et n'était pas à l'origine d'une diminution de la capacité de travail de l'expertisée. A cet égard, il a constaté, à l'examen clinique, que l'humeur de cette dernière n'était pas franchement déprimée, qu'il n'y avait pas d'anhédonie, l'expertisée conservant des activités agréables, qu'il y avait une diminution de la confiance en soi mais pas de sentiment de culpabilité, ni trouble de la compréhension, de l'attention, de la concentration ou de la

mémoire et que le sommeil était conservé. Il n'y avait pas de repli sur soi, même si une certaine irritabilité était présente.

L'expert a réfuté la présence d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) diagnostiquée par la Dre V._____, en constatant, après avoir exposé les critères majeurs de ce diagnostic, que ceux-ci n'étaient pas observés chez l'expertisée. Il a en particulier relevé que pour que soit posé ce diagnostic, il ne devait pas exister d'antécédents de trouble ou d'accentuation de traits de la personnalité adulte ou des troubles de la personnalité ou du développement durant l'enfance et l'adolescence susceptibles d'expliquer les traits de personnalité actuels. Or, à l'anamnèse de la recourante, plusieurs éléments dysfonctionnels étaient déjà présents avant l'agression de juin 2019 et ces éléments étaient parfaitement compatibles avec un trouble de la personnalité de type borderline. C'était ce trouble qui était responsable, pour l'expert, de la situation psychosociale dans laquelle se trouvait la recourante, ainsi que d'autres facteurs extra-médicaux. Il a ainsi exposé que déjà à l'adolescence, la recourante avait fait preuve d'un comportement dysfonctionnel associé à une impulsivité, une intolérance à la frustration et une difficulté à gérer la colère, puis une poly-toxicomanie d'abord primaire puis devenue secondaire et de laquelle elle avait pu se libérer. Ainsi, la dimension impulsive et de dyscontrôle des émotions était présente déjà depuis l'adolescence et n'était pas forcément la conséquence de l'évènement de 2019. Après un parcours relationnel et professionnel chaotique, le trouble de la personnalité de l'expertisée avait connu une période de stabilité qui avait duré des années mais qui s'était terminée avec le décès tragique de son compagnon en 2013, à la suite duquel l'expertisée avait présenté un épisode dépressif réactionnel au deuil et, en parallèle, une décompensation partielle du trouble de la personnalité borderline. Selon l'expert, cette décompensation était encore d'actualité, au moins partiellement, et était responsable d'une incapacité de travail de 40 % dans une activité adaptée. L'expert relevait qu'il était évident qu'il y avait un problème, mais que malgré la dégradation socio-professionnelle, il y avait une solution probable si l'intéressée acceptait de faire abstraction de facteurs extra-médicaux qui semblaient avoir un rôle

de premier plan dans son refus catégorique de s'engager dans un processus de reconversion professionnelle.

L'expert a également réfuté le diagnostic d'état de stress post-traumatique en lien avec l'agression de 2019, posé par la Dre V._____, estimant que les difficultés actuelles de la recourante - comme son besoin de rester seule, sa crainte d'entrer en contact avec l'extérieur, en particulier avec les hommes, qui étaient d'ailleurs présentes avant cette agression - étaient uniquement attribuables au trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline. Il a également exposé que les quatre critères permettant de retenir un état de stress post-traumatique n'étaient pas présents dans la situation de la recourante. En premier lieu, elle n'avait pas de symptômes intrusifs associés à l'agression, tels que des souvenirs, des flash-backs ou des cauchemars, ni de détresse psychologique en lien avec des indices faisant référence à l'évènement. En deuxième lieu, il n'y avait pas d'évitement persistant des stimuli associés à cet évènement, la recourante se rendant régulièrement dans sa maison en France qui était également le lieu de l'agression. En outre, elle disait ne pas avoir peur que l'agresseur puisse se rendre chez elle car il habitait à 60 km de là et il avait une interdiction de s'approcher d'elle. L'expert a encore indiqué, en troisième lieu, qu'il n'y avait pas chez l'expertisée d'altération négative des cognitions et de l'humeur associées à l'évènement traumatique qui aurait débuté ou se serait aggravée après ce dernier, car elle était capable de parler de l'évènement de manière posée, ne présentait pas de troubles mnésiques en référence à l'agression ni de diminution d'intérêt marqué ou d'état émotionnel négatif persistant. Elle se montrait au contraire intéressée par différentes activités et pouvait s'y investir. Concernant l'humeur, elle présentait une alternance d'hyperactivité et de baisse de l'humeur, qui était cependant présente depuis toujours et qui était en lien avec le trouble de la personnalité. L'expert relevait encore qu'il ne ressortait pas du dossier que la recourante avait présenté un état de stress aigu après l'agression de juin 2019. En quatrième lieu, concernant le critère de l'altération marquée dans l'activation et la réactivité associée à l'évènement traumatique propre à l'état de stress post-traumatique, celui-ci n'était pas non plus

observé, l'expertisée présentant une irritabilité et une hyperactivité qui était propre au trouble borderline. L'expert concluait que l'agression dont la recourante avait été victime en juin 2019 avait réactivé et mis en lumière des souffrances et des fragilités en lien avec le trouble de la personnalité et des événements de son passé en provoquant une augmentation de la prise d'alcool, sans pour autant qu'elle ait développé un état de stress post-traumatique.

S'agissant de la cohérence des symptômes et limitations fonctionnelles, l'expertisée présentait une légère limitation au niveau des loisirs et des activités sociales, mais qui était certainement superposable à ses habitudes avant l'atteinte à la santé car elle était plutôt solitaire. Elle était cependant très présente au niveau du cercle familial. S'agissant de la plausibilité, même si le discours de la recourante était parfois contradictoire, il était dans le fond crédible. Il n'y avait pas d'exagération des symptômes, même s'il y avait un certain décalage entre la perception subjective et les constatations objectives. Par ailleurs, la recourante avait clairement admis ne pas être intéressée à s'investir dans un processus de reconversion professionnelle mais être plutôt intéressée par une rente à 100 %, l'expert mettant en évidence des motifs extra-médicaux, tels que le déconditionnement au travail, les besoins économiques, la croyance subjective d'un handicap permanent non confirmé par les constatations objectives et un surinvestissement en temps et en argent pour la maison dont elle était propriétaire en France. Après avoir évalué les capacités, ressources et difficultés de la recourante au moyen de la Classification internationale du fonctionnement (CIF), l'expert a conclu que celle-ci avait des compétences à différents niveaux, que ce soit dans la planification, l'endurance, la mise en œuvre de compétences spécifiques, bien qu'elles étaient impactées par la présence du trouble de la personnalité borderline partiellement compensé, ce qui la rendait sensible au stress et en difficulté dans la gestion des émotions et dans le relationnel.

En définitive, l'expert a retenu que la recourante avait présenté une incapacité de travail durable de 100 %, dans son activité habituelle de secrétaire médicale depuis le 1^{er} octobre 2016 (à savoir dès

le début de l'incapacité de travail attestée par la Dre V._____). Par la suite, l'épisode dépressif s'était amendé alors que le trouble de la personnalité avait continué d'avoir une influence sur la capacité de travail et de gain, étant partiellement décompensé. Ceci justifiait une incapacité de travail de l'assurée de 40 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'expert estimait en effet que le trouble de la personnalité borderline influençait les compétences de la recourante sur différents plans, mais ne justifiait pas une incapacité de travail supérieure à 40 % dans une activité adaptée aux dites limitations, à savoir un bas seuil de tolérance à la frustration et au stress, des difficultés à accepter les remarques et des difficultés en relation avec l'autorité. Une telle activité pourrait consister en une activité de secrétaire médicale, en back office ou en frappe, afin d'éviter trop de contacts avec la clientèle et des situations stressantes, ainsi que dans toute activité simple et répétitive. Le début de la capacité de travail dans une activité adaptée était fixée au 25 septembre 2017.

b) Lors de l'instruction de la demande de révision, deux rapports de la Dre V._____ du 13 octobre 2021 et 17 février 2022 ont été produits. Dans ces deux rapports, la Dre V._____ répète les diagnostics qu'elle a posés à plusieurs reprises avant l'expertise, à savoir un trouble dépressif récurrent épisode moyen à sévère, un état de stress post-traumatique et une modification durable de la personnalité après une exposition prolongée à des situations représentant un danger vital, précisant que l'aggravation était plus importante depuis que l'assurée avait été agressée en juin 2019.

Or ces diagnostics ont déjà été discutés et réfutés de manière détaillée et convaincante dans l'expertise du Dr M._____ résumée ci-dessus (consid. 4a). Ni la recourante, ni la Dre V._____ ne cherchent à démontrer que les atteintes précitées avaient évolué depuis lors. Rappelons en particulier que l'expert a pris en compte l'agression dont la recourante avait été victime en juin 2019, expliquant que cet évènement avait réactivé et mis en lumière des souffrances et des fragilités en lien avec son trouble de la personnalité et des évènements de son passé, sans

pour autant qu'elle ait développé un état de stress post-traumatique. Il a également exclu le diagnostic de modification durable de la personnalité, dès lors qu'au regard de l'anamnèse de la recourante, plusieurs éléments dysfonctionnels compatibles avec un trouble de la personnalité borderline étaient présents bien avant l'agression de juin 2019. Par ailleurs, les comportements d'évitement de la recourante, ses difficultés à s'intégrer dans un groupe en raison de ses difficultés à supporter la contrariété et sa tendance à l'isolement, rapportés par la Dre V. _____ dans son rapport du 13 octobre 2021 ne sont pas nouveaux, ni d'ailleurs les symptômes qu'elle indique dans son rapport du 17 février 2022 (agressivité, irritabilité, intolérance à la frustration, nervosité, incapacité de se contrôler, angoisses, contacts interpersonnels difficiles, tendance à l'isolement), l'expert M. _____ ayant constaté que le trouble de la personnalité borderline dont souffrait la recourante avait pour effet notamment qu'elle était sensible au stress, avait de la difficulté à gérer ses émotions et dans les rapports avec autrui. L'expert a d'ailleurs retenu à cet égard une atteinte modérée à importante des capacités de la recourante, en raison de ses difficultés à se retrouver en groupe et son besoin d'être seule (expertise pp. 58-59).

Dans son rapport du 17 février 2022, la Dre V. _____ a posé deux nouveaux diagnostics, à savoir un trouble mixte de la personnalité anxieuse et impulsive et un trouble affectif bipolaire sans précision. Or ces nouveaux diagnostics ne permettent pas d'analyser la situation sous un angle différent, dès lors qu'ils ne mettent pas en évidence, en soi, une aggravation de l'état de santé de la recourante.

En définitive, il ne ressort pas des rapports établis par la Dr V. _____ une évolution récente de l'état de santé de la recourante au plan psychiatrique. Ces rapports présentent plutôt le point de vue général de ce médecin sur la situation de sa patiente, lequel a été longuement discuté par le Dr M. _____ dans son expertise du 7 septembre 2020.

c) Par ailleurs, rien n'indique que les atteintes à la santé physique de la recourante qui se sont produites en février et en août 2022

(une fracture du poignet droit et un arrachement de l'ongle du gros orteil gauche) auraient un impact durable sur son état de santé (voir à cet égard l'avis du SMR du 8 septembre 2022).

d) Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu de retenir qu'une aggravation de l'état de santé de la recourante, propre à modifier son taux d'invalidité établi dans les décisions des 2 et 11 février 2021, s'est produit depuis lors.

e) Quant à la demande de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, on relèvera tout d'abord que, contrairement à ce qu'elle soutient, il n'existe pas de droit à la mise en œuvre d'une telle expertise dans la procédure en matière d'assurances sociales.

Par ailleurs, il n'y a pas de violation du droit à l'administration de preuves lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont l'autorité dispose déjà, celle-ci parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Or, en l'occurrence, l'absence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante est établie au degré de la vraisemblance prépondérante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique.

5. a) Vu ce qui précède, le recours est rejeté et la décision litigieuse du 24 octobre 2022 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'occurrence, les frais judiciaires, fixés à 600 francs, sont mis à la

charge de la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 octobre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- L. _____,
- 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 :