

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} septembre 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 7, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 19[...], au bénéfice d'un CFC de dessinatrice en bâtiment, a déposé 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) le 30 mars 2011, en invoquant à titre d'atteintes à la santé une hernie discale et une discopathie existants depuis le 27 septembre 2010.

Par décision du 31 janvier 2012 confirmant un projet de décision du 2 décembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif qu'elle avait pu reprendre son activité habituelle de vendeuse et de responsable dans une boutique [...] à son taux habituel de 70 % à partir du 10 octobre 2011.

B. L'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI le 7 janvier 2015, en raison d'une discopathie dégénérative L4-L5 et d'une hernie existant depuis juin 2014.

Par décision du 24 septembre 2015 confirmant un projet de décision du 21 juillet 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif qu'elle était capable de reprendre son activité habituelle de vendeuse à plein temps à partir du 27 février 2015.

C. À la suite d'une procédure de détection précoce introduite le 14 septembre 2018 à l'initiative du Centre social régional de [...], l'assurée a déposé le 12 novembre 2018 une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'une dépression, d'une perte de compétences au niveau cognitif, d'angoisses, de stress et de troubles du sommeil existant depuis avril 2017 et engendrant une incapacité de travail totale depuis lors.

Répondant le 14 décembre 2018 au questionnaire de détermination du statut soumis par l'OAI, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 100 % en qualité de

dessinatrice en bâtiment ou de maître socio-professionnel depuis avril 2017, par nécessité financière.

Par rapport du 8 mai 2019 à l'OAI, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 5 septembre 2017 à raison d'une séance par semaine. Il a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), avec diagnostic différentiel de deuil pathologique, ainsi que de trouble mixte de la personnalité avec caractéristiques borderline et anxieuse (évitante ; F61.0), ceux-ci existants depuis début 2017. D'après lui, les limitations fonctionnelles de sa patiente consistaient en une humeur dépressive, une diminution marquée de l'intérêt, de la motivation et du plaisir, une hypersomnie, une fatigue importante, une aboulie, une dévalorisation excessive, ainsi que des troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration. Le psychiatre traitant a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 1^{er} septembre 2017. Il a fait état d'un pronostic réservé quant à une réadaptation à 100 %.

Aux termes d'un rapport du 15 juillet 2020 à l'OAI, le Dr R._____ et G._____, psychologue FSP, ont relevé que l'état de santé de la patiente ne s'était pas amélioré depuis le 8 mai 2019. Cette dernière avait en effet été victime d'une agression physique au mois de mai 2019 l'ayant fortement affectée ; elle avait été, dans un premier temps, immobilisée physiquement par ses douleurs et avait éprouvé une grande crainte qu'une telle agression se reproduise, n'osant plus sortir de chez elle et se sentant très anxieuse. L'assurée avait également perdu son père en novembre 2019, ce qui avait contribué à l'accentuation de ses symptômes dépressifs, et avait eu un débordement émotionnel en avril 2020, tel qu'elle s'était automutilé le bras. Le Dr R._____ et G._____ ont également exposé que l'assurée avait été hospitalisée en admission volontaire au Service de psychiatrie générale du Centre P._____ (ci-après : le P._____), du 15 au 25 mars 2020, pour assurer la prise en charge d'une crise suicidaire. Ils ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3) et de trouble dépressif

récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et ont fait état des limitations fonctionnelles suivantes : humeur dépressive présente la majeure partie de la journée, sentiment de tristesse, de vide, de désespoir, diminution de l'intérêt, de la motivation et du plaisir, y compris pour des activités l'ayant jadis passionnée, somnolence, fatigue importante à longueur de journée, perte d'énergie, difficultés à s'endormir, insomnies et réveils nocturnes malgré son épuisement, angoisses, ruminations, craintes vis-à-vis de l'avenir et de sa situation financière, instabilité de l'humeur, sensibilité au stress, se sent dépassée en cas d'activités ou des déplacements à planifier, hypersensibilité au bruit et à la foule, sentiment de dévalorisation excessive, peur de l'échec, difficulté à entreprendre une action, importants troubles de l'attention, de la concentration, de l'endurance et de la mémoire. D'après eux, l'incapacité de travail de l'assurée était totale quelle que soit l'activité.

Le Dr R._____ et G._____ ont annexé à leur rapport un rapport établi le 6 avril 2020 par la Dre B._____, cheffe de service au Service de psychiatrie générale du Département de psychiatrie du P._____, et la Dre N._____, médecin assistante. Par ce rapport, les médecins précitées ont indiqué que l'assurée avait séjourné aux urgences psychiatriques du P._____ en admission volontaire du 15 au 25 mars 2020 pour la prise en charge d'idées de mort passives, non scénarisées, ainsi que d'une recrudescence de pulsions de scarification, dans un contexte d'angoisses envahissantes. Elles ont posé le diagnostic de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), au vu de la courte hospitalisation. Elles ont toutefois relevé une tendance aux comportements impulsifs avec des accès de colère, des difficultés importantes à mettre des limites, une tendance à un comportement auto-dommageable ainsi qu'une ambivalence ; la patiente aurait également été fuyante vis-à-vis de son suivi en ambulatoire. Ces éléments n'étaient pas suffisants pour préciser le type de trouble de la personnalité, mais ils parlaient en faveur de traits borderline. A l'entrée, la patiente présentait en particulier une éthanolémie à 1.34 ‰. Les Dres B._____ et N._____ ont indiqué avoir repris la médication habituelle de la patiente, en majorant initialement la dose de Temesta ; l'évolution avait été

rapidement favorable en milieu hospitalier avec une diminution des angoisses, une amélioration du sommeil, une amélioration partielle de la thymie et un arrêt rapide des pulsions de scarification. Vers la fin de son séjour, l'assurée présentait une stabilisation de son état clinique avec disparition des symptômes présents à l'admission et une volonté de retourner à son domicile.

Par avis du 27 juillet 2020, la Dre H._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a proposé d'évaluer l'atteinte à la santé, l'exigibilité selon la jurisprudence en vigueur et les mesures thérapeutiques exigibles par une expertise psychiatrique.

L'OAI a ainsi mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'il a confiée au Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a examiné l'assurée les 16 et 30 novembre et 14 décembre 2020. Dans un rapport d'expertise du 15 décembre 2020, l'expert psychiatre a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis avril 2017 (F33.11) et d'état de stress post-traumatique suite à l'agression subie en mai 2019 (F43.1). Il a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dépendante actuellement non décompensé (F61). D'après lui, la capacité de travail de l'expertisée s'élevait à 50 % sans baisse de rendement depuis avril 2017 dans l'activité habituelle comme dans l'activité adaptée, étant précisé que le dernier emploi exercé était adapté au handicap de la personne assurée. Le Dr S._____ a ajouté que la situation n'était pas stabilisée et devrait être réévaluée dans six à douze mois, le pronostic dépendant du maintien d'une psychothérapie, idéalement hebdomadaire, ciblant le trouble de la personnalité, et d'un changement du traitement antidépresseur.

Par avis du 18 janvier 2021, la Dre H._____ a indiqué avoir longuement discuté avec le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au SMR, et que tous deux étaient d'avis que l'expertise

n'était pas convaincante et que ses conclusions ne pouvaient donc pas être suivies. Ils ont notamment expliqué ne pas être convaincus par les diagnostics incapacitants retenus ; leur impression était celle de traits de personnalité borderline qui avaient pu être ponctuellement décompensés, mais qui ne l'étaient plus forcément actuellement, comme l'attestaient les relations amicales conservées et l'anamnèse professionnelle. Dans ce contexte, les médecins du SMR ne voyaient pas d'autres solutions que de demander une nouvelle expertise psychiatrique auprès d'un autre expert.

L'OAI a conséquemment confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a examiné l'assurée le 3 juin 2021. Dans un rapport d'expertise du 19 juillet 2021, le Dr T._____ a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte, à deux reprises (F43.22), maintenant en rémission, de trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement d'intensité légère (F41.2) et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (F60.0). Il n'a retenu au moment de l'expertise aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. D'après lui, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, qui était adaptée, avait été totale entre le 1^{er} mai 2016 et le 30 septembre 2018, puis de 50 % entre le 1^{er} octobre 2018 et le 30 avril 2019, puis à nouveau totale entre le 1^{er} mai 2019 et le 31 décembre 2020, puis de 50 % du 1^{er} janvier au 30 juin 2021. Enfin, l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} juillet 2021.

Par avis SMR du 13 août 2021, la Dre H._____ a considéré que l'expertise du Dr T._____ était conforme aux exigences de qualité en vigueur et convaincante. Elle a toutefois proposé d'investiguer les aspects somatiques, l'assurée ayant spontanément émis des plaintes au niveau dorsal lors de l'expertise.

Poursuivant l'instruction du dossier, l'OAI a adressé une série de questions au Dr Z._____, médecin traitant de l'assurée, auxquelles ce dernier a répondu le 12 novembre 2021. Le Dr Z._____ a ainsi posé les diagnostics de « lombalgies chroniques dès 2010 dans le cadre de troubles

statiques et dégénératifs du rachis lombaire, discectomie percutanée L4-L5 en 2021 [recte : 2012], recalibrage canalaire L4-S1 et mise en place de deux amortisseurs interépineux », d'état dépressivo-anxieux sévère depuis environ quinze ans avec aggravation en 2020 et tentative de suicide, de fracture coccygienne post-traumatique en mai 2019, traitement conservateur, d'excroissance osseuse au dos du pied gauche en 1989 et 2015, de cure d'un kyste à la main gauche vers 2009, de césariennes en 1994 et 1998 et de « troubles de la personnalité en septembre 2021, vue en urgence à l'Hôpital de [...] ». Il a indiqué que, depuis son dernier rapport de février 2015, la situation de sa patiente s'était aggravée tant sur le plan physique que psychique. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis 2017 et indiqué que les limitations fonctionnelles à prendre en compte étaient, sur le plan psychologique, une importante fragilité au niveau de la résistance nerveuse et de la capacité à faire face aux aléas de la vie quotidienne et, sur le plan somatique, des troubles dégénératifs majeurs au niveau du dos.

Le Dr Z. _____ a notamment transmis en annexe à son rapport un rapport établi le 12 février 2020 par le Dr D. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Ce médecin y a en particulier posé les diagnostics de douleurs récurrentes de la hanche droite sur tendinopathie des muscles ilio-psoas, moyen fessier, rotateurs externes de hanche et probablement TFL (tenseur du fascia lata), avec anamnèse de syndrome de la bandelette ilio-tibiale proximale droite, ainsi que de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire, d'un status post discectomie percutané L4-L5 en 2012, ainsi que d'un re-calibrage canalaire L4-S1 avec mise en place de deux amortisseurs inter-épineux L4-L5 et L5-S1 en 2014. Il a en outre émis l'appréciation suivante :

« Mme U. _____ accuse ainsi des douleurs intermittentes de hanche D [droite] la limitant dans ses déplacements. Celles-ci s'ajoutent aux lombalgies chroniques déjà connues depuis de nombreuses années.

Cliniquement, je relève au niveau du bassin divers raccourcissements et tensions musculaires, notamment de l'ilio-psoas, du moyen fessier, des rotateurs externes de hanche, des ischio-jambiers et en moindre mesure du TFL. La palpation de l'ilio-

psoas et des rotateurs externes de hanche est modérément douloureuse. Au niveau du rachis dorsolombaire, je constate des troubles statiques modérés avec un syndrome lombovertébral également modéré. Il n'y a pas de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire aux membres inférieurs, mais des légers troubles statiques des genoux et des pieds.

Mme U. _____ présente donc des douleurs de hanche D d'origine essentiellement musculaire avec une anamnèse évoquant fortement un syndrome de la bandelette ilio-tibiale (fascia lata) sur tension du TFL.

Actuellement, elle présente plutôt des signes de tendinopathie des muscles ilio-psoas, moyens fessiers et rotateurs externes de hanche à D. L'origine de cette hypertonie peut être diverse, à savoir sur déconditionnement avec manque de souplesse musculaire, sur troubles statiques des membres inférieurs et notamment des pieds ayant tendance à solliciter les rotateurs externes de hanche et le TFL, voire sur les troubles statiques et dégénératifs lombaires bas. Il n'y a pas d'évidence en revanche pour une pathologie coxo-fémorale ou sacro-iliaque. L'examen gynécologique récent est apparemment dans la norme.

Je lui prescris par conséquent de la physiothérapie visant l'apprentissage d'un programme à réaliser si possible quotidiennement, ainsi que l'application locale de Traumalix forte Emgel au niveau de la hanche D. En cas de persistance de la symptomatologie, l'on pourrait rediscuter de la prescription de semelles orthopédiques.

Pour les troubles du rachis, je lui prescris également de la physiothérapie visant l'apprentissage d'un programme de reconditionnement et d'équilibration de la musculature. Je réévaluerai la situation le 27.04.2020. »

Par projet de décision du 6 décembre 2021, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril au 31 juillet 2019, puis une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2019 au 31 mars 2021, puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril au 30 septembre 2021. Il a retenu que l'intéressée avait présenté les incapacités de travail et de gains suivantes : 100 % du 1^{er} mai 2016 au 30 septembre 2018, 50 % du 1^{er} octobre 2018 au 30 avril 2019, 100 % du 1^{er} mai 2019 au 31 décembre 2020, 50 % du 1^{er} janvier au 30 juin 2021 et 0 % dès le 1^{er} juillet 2021. Au vu de ce qui précédait, au terme du délai de carence d'une année, soit le 1^{er} mai 2017, le droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, était théoriquement ouvert. Toutefois, la demande de prestations du 12 octobre 2018 était tardive, de sorte que la rente ne pouvait être versée qu'à compter du 1^{er} avril 2019, soit au plus tôt six mois après le dépôt de la demande. A cette date, l'assurée présentait une incapacité de travail et de gains de 50 %, ce qui lui ouvrait le droit à une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de

50 %. L'OAI a ensuite expliqué que la demi-rente devait être remplacée par une rente entière dès le 1^{er} août 2019, soit après le délai de trois mois de péjoration de la capacité de travail et de gain, laquelle devait être remplacée par une demi-rente à partir du 1^{er} avril 2021, soit après le délai de trois mois d'amélioration de la capacité de travail et de gains. Enfin, l'OAI a estimé qu'il ressortait de l'instruction de son dossier qu'à partir du 1^{er} juillet 2021, l'assurée était à même de reprendre son activité habituelle à plein temps et qu'elle ne présentait dès cette date plus de préjudice économique lui ouvrant le droit à des prestations ; la rente devait donc être supprimée au 30 septembre 2021, soit après le délai de trois mois suivant l'amélioration.

Le 22 décembre 2021, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné.

Le 2 février 2022, l'assurée, désormais représentée par PROCAP, Service juridique, a complété ses objections. Elle a remis en cause la valeur probante de l'expertise du Dr T._____, estimant que les appréciations des Drs R._____, et S._____ étaient plus proches. D'après elle, l'expertise du Dr T._____ ne prenait pas en compte les périodes de consommation excessive d'alcool et surtout les comportements d'automutilation. Par ailleurs, l'expert s'était référé à l'emploi de dessinatrice en bâtiments, alors qu'elle n'avait plus exercé ce métier depuis trente ans ; il aurait ainsi dû se référer à l'emploi de vendeuse pour évaluer sa capacité de travail. L'intéressée a également relevé qu'il n'y avait eu aucun avis médical sur l'aggravation affirmée par le médecin traitant sur le plan somatique ; elle s'est dit étonnée qu'aucune limitation fonctionnelle n'ait été retenue en lien avec ses atteintes au rachis lombaire.

L'assurée a joint à son envoi un rapport du 24 janvier 2022, par lequel le Dr R._____ a exposé que, depuis le début de son suivi, l'état de santé de sa patiente avait présenté des fluctuations importantes, oscillant entre de longues périodes de crises (états dépressifs prononcés avec démotivation, comportement auto-agressifs, trouble du sommeil,

anxiété, etc.) et des périodes relativement calmes, dans le sens où les symptômes précités étaient moins marqués. Il a indiqué observer une nouvelle péjoration nette de son état depuis août 2021 avec de grandes difficultés à se déplacer, une émotivité encore très marquée, un excès de consommation d'alcool à titre anxiolytique, un état de laisser aller et de scarification/automutilation, et des insomnies pouvant durer jusqu'à trente-six heures. Il a posé le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), avec des critères d'une personnalité anxieuse-évitante partiellement présents. Le psychiatre traitant a indiqué qu'un traitement par antidépresseur (Brintellix) avait été mis en place entre 2017 et 2020, les résultats ayant à long terme été insatisfaisants, de sorte qu'un autre antidépresseur (Sertraline) avait été introduit en 2020, la réponse à ce médicament ayant été plus satisfaisante. Les limitations fonctionnelles consistaient en une intolérance à la présence de nombreuses personnes autour d'elle, des limitations aux déplacements avec les transports publics en raison de son intolérance à la présence d'autrui, des horaires de sommeil très irréguliers, une intolérance à la frustration, avec réponses par moments agressives, une labilité émotionnelle et une tendance à la projection, ainsi qu'une intolérance au stress. Le Dr R._____ a indiqué que sa patiente se disait motivée par une reconversion professionnelle et qu'elle pourrait débiter celle-ci à 40-50 % en fonction du type d'activité. Il ne pouvait toutefois quantifier la baisse de rendement, qui lui semblait inévitable. Enfin, le psychiatre traitant a émis certaines remarques quant à l'expertise du Dr T._____.

Par avis SMR du 28 février 2022, la Dre H._____ a émis l'appréciation suivante :

« Sur la base du RM [rapport médical] et de la documentation transmis par le Dr Z._____, sur le plan somatique il n'y a pas d'élément évoquant une aggravation notable et durable par rapport à la situation qui prévalait en sept [septembre] 2015, lors de la clôture de la précédente demande. Les lombalgies chroniques sont connues. Rien ne suggère une aggravation clinique, radiologique ou l'apparition d'élément de gravité depuis lors. Les douleurs de la hanche ne sont pas en rapport avec une pathologie organique mais plutôt avec un déconditionnement. Au final, nous n'avons pas de motif de reprendre l'instruction sur le plan somatique.

Sur le plan psychiatrique, par rapport au diagnostic de Trouble de la personnalité constitué, l'expert Dr T. _____ avait estimé que les critères n'étaient pas remplis. Nous avons pris connaissance des objections du Dr R. _____. Nous sommes d'avis qu'ils ne permettent pas de revoir notre position fondée sur les conclusions argumentées du Dr T. _____ et qui remportent toujours notre conviction. Pour le reste, en dépit de l'aggravation psychique rapportée depuis août 2021 (soit juste après l'expertise du Dr T. _____), le Dr R. _____ estime que la CT [capacité de travail] est actuellement de 40-50%. Par comparaison avec la situation décrite dans son précédent RM du 15.07.2020, nous ne trouvons pas d'élément pour une péjoration franche. Au contraire, en 2020 le psychiatre était d'avis que la CT était nulle. Par conséquent, l'annonce d'une CT actuellement de 40-50% suggère plutôt une amélioration et, en aucun cas, une aggravation durable. D'ailleurs, le Dr R. _____, ne propose pas de diagnostic sur le plan thymique, le traitement depuis 2020 paraît le même, il n'y a pas eu d'hospitalisation en psychiatrie. Quant aux abus d'alcool, ils sont connus dans des moments de surcharge et décompensation transitoire. On notera que le Dr R. _____ fait tout à coup apparaître la notion de consommation de substances psychoactives (notamment cocaïne) autour de 2004, alors qu'il n'en avait jamais fait mention auparavant. On ne voit pas en quoi cette « nouvelle-ancienne » consommation pourrait changer la vision de la situation actuelle.

Au final, nous n'avons pas d'argument pour modifier nos conclusions du 13.08.2021 qui sont confirmées et restent valables. Sur le plan rachidien, comme précisé dans l'avis SMR du 06.07.2015, l'activité doit être adaptée sur le plan biomécanique. En d'autres termes, il doit s'agir d'une activité sans trop de contrainte pour le rachis, sans port de charge lourde répété, si possible avec possibilité d'alterner les positions assises et debout.

Etant donné le déconditionnement, qui n'est pas invalidant en soi, une augmentation progressive du taux d'activité pourrait favoriser la reprise. »

Par courrier du 2 mars 2022 faisant partie intégrante de la décision à intervenir, l'OAI a transmis à l'assurée l'avis SMR du 28 février 2022 et lui a signifié que la contestation ne lui apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bienfondé de sa position, de sorte que le projet de décision reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique et était conforme en tous points aux dispositions légales.

Par décision du 30 janvier 2023, l'OAI a fixé le montant mensuel de la rente d'invalidité à 1'015 fr. pour la période du 1^{er} avril au 31 juillet 2019 (demi-rente), à 2'029 fr. pour la période du 1^{er} août 2019 au 31 décembre 2020 (rente entière), à 2'046 fr. pour la période du

1^{er} janvier au 31 mars 2021 (rente entière) et à 1'023 fr. pour la période du 1^{er} avril au 30 septembre 2021 (demi-rente), en reprenant la motivation développée dans son projet de décision.

D. Par acte du 6 mars 2023, U._____, toujours représentée par PROCAP, Service juridique, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation (*recte* : sa réforme) en ce sens qu'elle a droit aux prestations de l'assurance-invalidité, à savoir à tout le moins une demi-rente d'invalidité postérieurement à septembre 2021, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. En substance, la recourante soutient qu'il convient de privilégier l'avis de l'expert S._____ et de son psychiatre traitant, lesquels posent des diagnostics proches, par rapport à l'expertise du Dr T._____. Celle-ci ne serait pas convaincante, l'expert ayant circonscrit son examen d'un trouble de la personnalité au comportement présenté lors de l'expertise ; dès lors, la péjoration observée par le Dr R._____ après l'expertise ne pouvait être exclue en l'état. L'expert n'aurait en outre pas tenu compte des périodes de consommation excessive d'alcool et des automutilations. La recourante fait également valoir que ce dernier n'a pas retenu la bonne activité lucrative dans son évaluation « mini-CIF », ayant pris pour référence l'activité de dessinatrice en bâtiment au lieu de l'activité de vendeuse. Enfin, l'instruction serait lacunaire sur le plan somatique, puisque le médecin traitant de l'intéressée a fait part d'une aggravation qui n'a pas été instruite par l'intimé et qu'aucune limitation fonctionnelle en lien avec sa santé physique n'a été retenue.

Pour étayer ses dires, la recourante a produit à l'appui de son recours un rapport du 12 juillet 2022, par lequel le Dr X._____, spécialiste en neurochirurgie, a posé le diagnostic de probable atteinte musculotendineuse au niveau péritro-chantérien à droite. Il a en particulier relevé qu'une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne

lombaire du 18 janvier 2022 avait révélé des « remaniements dégénératifs multiétagés avec un status post-opératoire au niveau L4-L5 et L5-S1 avec mise en place d'PCR inter-épineux » ; le canal rachidien était modérément sténosé au niveau L4-L5 avec des racines qui restaient relativement libres. Le Dr X._____ a indiqué que la patiente présentait une symptomatologie qu'il ne pouvait mettre en lien avec une radiculopathie notamment au niveau L4-L5. Il ne préconisait pas d'intervention chirurgicale, mais suggérait de favoriser la physiothérapie, la problématique semblant largement musculotendineuse ; une infiltration pouvait toutefois être envisagée au niveau de la bourse trochantérienne mais la patiente ne souhaitait pas aller dans ce sens pour le moment.

Par décision du 7 mars 2023, la Juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 mars 2023, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Par réponse du 4 avril 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours. Pour l'essentiel, il invoque la force probante du rapport d'expertise du Dr T._____, renvoyant aux avis médicaux du SMR des 13 août 2021 et 28 février 2022. Sur le plan somatique, l'intimé relève que l'état de santé ne s'est pas péjoré depuis la décision du 24 septembre 2015, le Dr X._____ décrivant, dans son rapport du 12 juillet 2022, une situation stable au niveau lombaire. Il a ajouté que les activités professionnelles habituelles avaient été considérées comme adaptées aux limitations fonctionnelles dans la décision du 24 septembre 2015.

L'intimé a joint à son écriture un avis SMR du 16 mars 2023, par lequel la Dre H._____ a notamment exposé que, sur le plan somatique, le rapport du Dr X._____ décrivait une situation stable au niveau lombaire, le diagnostic de probable atteinte musculotendineuse au niveau péri-trochantérien allant dans le même sens que l'appréciation du Dr D._____ de février 2020, qui avait exclu une pathologie coxo-fémorale ou sacro-iliaque et retenait un problème musculaire et de déconditionnement. Le médecin du SMR a ainsi considéré qu'il ne s'agissait pas d'une atteinte ayant valeur de maladie au sens de l'AI. Sur

le plan psychiatrique, la Dre H. _____ a en particulier relevé que l'expertise du Dr T. _____, qui posait le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte, était convaincante puisque la longue période d'incapacité de travail était justifiée par le fait qu'il s'agissait de réactions anxiodépressives liées à la succession et la cumulation de plusieurs évènements survenus sur plusieurs mois, voire années ; l'expertise permettait de comprendre qu'il y avait eu deux périodes avec une perturbation anxiodépressive majeure en lien avec plusieurs évènements stressants successifs. Dès lors, le fait que les symptômes d'un trouble de l'adaptation doivent apparaître au cours des trois mois suivant la survenue du facteur de stress identifiable et ne durent pas plus de six mois une fois que le facteur de stress ou ses conséquences ont disparu, allant jusqu'à deux ans dans le cas de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (chronique), ne contredisait pas l'expertise psychiatrique. La médecin du SMR a ensuite relevé que dite expertise se positionnait de manière convaincante sur l'ensemble des éléments du dossier.

Le 27 avril 2023, la recourante, sous la plume de son conseil, a relevé que l'intimé n'expliquait pas pour quelle raison l'expertise du Dr T. _____ devait être reconnue plus probante que les autres ; pour le surplus, elle a indiqué que le mémoire de réponse n'appelait pas de remarque supplémentaire.

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 droit de la requérante à une rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2021.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, un droit à la rente a été reconnu à la requérante par l'OAI à partir du 1^{er} avril 2019 pour une durée limitée,

jusqu'au 30 septembre 2021. Il convient par conséquent d'appliquer les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. 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.

a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Lorsque la personne assurée dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; TF 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2).

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

5. a) 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 exigible 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).

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).

b) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement

intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose 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 conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

7. En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée par l'assurée le 12 novembre 2018. La décision litigieuse reconnaît, dans un premier temps, le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril au 31 juillet 2019, puis à une rente entière du 1^{er} août 2019 au 31 mars 2021, puis à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril au 30 septembre 2021 en raison de troubles psychiatriques. Le droit à la rente est ensuite supprimé à compter du 1^{er} octobre 2021, en référence à l'expertise menée par le Dr T. _____ le 19 juillet 2021, reconnaissant à l'intéressée une pleine capacité de travail dans l'exercice de l'activité habituelle, celle-ci étant adaptée, dès le 1^{er} juillet 2021 (suppression trois mois après l'amélioration constatée par

l'évaluation de l'expert psychiatre ; cf. art. 88a al. 1 RAI), l'office intimé ayant retenu un degré d'invalidité de 0 %.

La reconnaissance du droit à la rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2019 ne prête pas le flanc à la critique au regard des pièces au dossier et ne fait l'objet d'aucune contestation entre les parties ; il n'y a donc pas lieu d'y revenir. *A contrario*, la recourante s'oppose à la suppression de la demi-rente au 1^{er} octobre 2021, contestant une amélioration de son état de santé et estimant qu'elle présente toujours une incapacité de travail dans quelque activité que ce soit.

Pour trancher la question litigieuse, il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé a retenu que l'état de santé de la recourante avait connu une amélioration entre la date d'ouverture de son droit à une rente d'invalidité et le mois de juillet 2021.

8. a) Sur le plan psychiatrique, l'OAI a confié une première expertise au Dr S._____. Dans son rapport du 15 décembre 2020, cet expert a exclu une toxicodépendance à l'alcool et reconnu un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis avril 2017 (F33.11), un état de stress post-traumatique suite à l'agression subie en mai 2019 (F43.1) avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dépendante actuellement non décompensé (F61), sans effet sur la capacité de travail, ce trouble n'ayant pas empêché l'assurée de travailler dans le passé (expertise du Dr S._____, p. 39). L'expert a en particulier noté des discordances entre une demande de rente à 100 % et le caractère modéré des limitations fonctionnelles, consistant en une labilité émotionnelle, des difficultés dans les relations interpersonnelles, une fatigue avec ralentissement psychomoteur objectivable modéré qui fait que tout lui prend plus de temps, des troubles de la concentration modérés, un isolement social partiel mais pas total, avec flashbacks, évitements et cauchemars (expertise du Dr S._____, p. 42). Il a relevé l'absence de suivi psychiatrique hebdomadaire et de changement récent dans le traitement antidépresseur, qui plaidait également pour l'absence d'un

trouble psychique incapacitant. En définitive, l'expert S._____ a retenu une gravité fonctionnelle modérée avec des limitations fonctionnelles modérées, de bonnes ressources limitées par un ralentissement psychomoteur modéré et des troubles de la concentration modérés dans un contexte de flashbacks et d'évitements (*idem*, p. 41). La capacité de travail dans l'activité habituelle, qui était adaptée, était évaluée à 50 % sans baisse de rendement dès avril 2017, la situation n'étant pas stabilisée et nécessitant une réévaluation dans six à douze mois selon l'évolution (*idem*, p. 43 ss). Selon l'expert en effet, le pronostic était mitigé et dépendait du maintien d'une psychothérapie, idéalement hebdomadaire, ciblant le trouble de la personnalité, et d'un changement du traitement antidépresseur.

À réception de cette expertise, les médecins du SMR ont jugé que celle-ci n'était pas convaincante à plusieurs titres, en particulier s'agissant des diagnostics posés. D'après les Drs H._____ et C._____, le descriptif de la vie quotidienne ne « collait » pas avec le diagnostic d'épisode dépressif moyen, l'anamnèse ne montrant pas d'anhédonie, l'examinée ayant fait état de quelques plaisirs partiels depuis avril 2017 et les activités de la vie quotidienne étant effectuées, même si l'assurée affirmait qu'elle était plus lente. En outre, le Dr S._____ mentionnait une « concentration cliniquement diminuée modérément », mais soulignait que la recourante parvenait à avoir des discussions soutenues nécessitant de la concentration lors des entretiens d'expertise, ainsi qu'à obtenir des bons scores aux matrices de Raven 1938, malgré une fatigue qui la ralentissait. Du reste, la présence d'un épisode dépressif moyen continu depuis 2017 était peu crédible et la notion de récurrence posait problème ; l'expert avait relevé la mention anamnétique d'un « premier épisode dépressif durant quelques mois en lien avec le décès de sa mère en 2016 d'un cancer et avec le fait de ne pas avoir été engagée à la suite d'un stage pour devenir maître d'accompagnement professionnel », épisode résolutif sans prise de traitements antidépresseurs après quelques mois (expertise du Dr S._____, p. 12 et 13) ; il n'avait toutefois pas fait préciser à l'assurée les symptômes présentés à l'époque, de sorte qu'il n'était pas possible de vérifier si les critères étaient remplis pour

considérer qu'il s'agissait d'un épisode dépressif constitué ou s'il s'agissait plutôt d'un trouble de l'adaptation.

En ce qui concernait le diagnostic de stress post-traumatique, les médecins du SMR ont relevé que l'évènement déclencheur et son contexte n'étaient pas investigués ni décrits, que l'intensité des symptômes et leur fréquence n'étaient pas précisées et qu'on ne savait pas quelles situations rappelaient potentiellement l'agression subie et généraient des flash-backs. En outre, ce diagnostic n'aurait pas changé l'impact sur le quotidien de l'expertisée, en particulier sur la fatigue ressentie depuis 2017, de sorte que l'influence de celui-ci sur la capacité de travail n'était pas claire. En définitive, les Drs H. _____ et C. _____ ont indiqué que leur impression était celle de traits de personnalité borderline qui avaient pu être ponctuellement décompensés, mais qui ne l'étaient plus forcément actuellement, comme l'attestaient les relations amicales conservées et l'anamnèse professionnelle. Ils ont ainsi suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

b) Dès lors, le Dr T. _____ a effectué une seconde expertise psychiatrique le 19 juillet 2021, aux termes de laquelle il a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte, à deux reprises (F43.22), maintenant en rémission, de trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement d'intensité légère (F41.2) et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (F60.0). L'expert a conclu à une incapacité de travail totale entre le 1^{er} mai 2016 et le 30 septembre 2018, puis de 50 % entre le 1^{er} octobre 2018 et le 30 avril 2019, puis à nouveau totale entre le 1^{er} mai 2019 et le 31 décembre 2020, puis de 50 % du 1^{er} janvier au 30 juin 2021. L'assurée avait selon lui recouvré une capacité de travail totale dès le 1^{er} juillet 2021. L'OAI s'étant fondé sur cette expertise pour nier le droit à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2021, il s'agit d'en analyser la valeur probante.

aa) Sur le plan formel, l'expertise psychiatrique du Dr T. _____ ne prête pas le flanc à la critique et remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. En effet,

l'expert a établi le contexte médical de la recourante, puisqu'il a résumé son dossier médical, synthétisant les documents médicaux depuis 2010 (expertise du Dr T._____, p. 3 à 7). Il a rapporté les plaintes de l'expertisée et établi une anamnèse particulièrement détaillée sur les plans familial, personnel, professionnel et social, relationnel, médical, ainsi que systématique (*idem*, p. 7 à 17). Le Dr T._____ a ensuite procédé à des examens cliniques, des tests psychologiques complémentaires et des examens sanguins. Enfin, ses conclusions sont motivées et cohérentes avec les observations rapportées.

bb) Sur le plan matériel, l'expert psychiatre a posé chaque diagnostic de manière motivée et détaillée, en se référant à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Il a en particulier observé une absence de ralentissement psychomoteur significatif majeur, ainsi que de trouble mnésique, la concentration et l'attention étant en revanche abaissées ; sur le plan affectif, l'expertisée était dans une légère labilité émotionnelle, mais majoritairement dans un état neutre, l'élan vital étant par ailleurs perceptible avec un accès de principe aux plaisirs. Le Dr T._____ a du reste indiqué avoir effectué un monitoring de l'antidépresseur prescrit qui avait montré une observance correcte. Il a ainsi exposé que l'état dépressif plus prononcé antérieur avait existé et était ce jour-là à considérer comme bien compensé. Il a relevé deux périodes de décompensation importante d'origine multifactorielle, soit entre mai 2016 et septembre 2018 et entre mai 2019 et fin décembre 2020 et a fixé les périodes d'incapacité de travail en fonction des périodes de perturbation anxiodépressive majeure avec rémission partielle, puis complète dès le 1^{er} juillet 2021 (*idem*, p. 29).

L'expert a également dûment discuté les diagnostics différentiels. Il a en particulier motivé les raisons pour lesquelles il ne retenait pas de trouble de la personnalité. Il a relevé qu'en dehors de quelques insatisfactions personnelles, l'intéressée avait connu des années d'engagement continu, linéaire et positif, ainsi qu'un maintien de son rôle de mère constructif et très fonctionnel ; elle avait pendant toutes ces

années effectué plusieurs formations complémentaires, la dernière ayant eu lieu en 2017. Dès lors, ce parcours était à ses yeux absolument atypique pour la suspicion d'un trouble clinique de personnalité (*idem*, p. 27). S'agissant du diagnostic posé par le Dr S. _____ d'état de stress post-traumatique suite à une agression subie en mai 2019, il a expliqué que l'évènement en cause avait consisté en une chute sur le coccyx ayant engendré une fracture et un alitement de trois mois, à cause d'une connaissance de l'assurée qui avait tiré un tabouret au moment où celle-ci avait voulu s'asseoir. Il s'agissait ainsi d'un évènement tout au plus choquant ne remplissant pas les critères d'un trauma, ni d'un stress post-traumatique (*ibidem*).

L'expert T. _____ a par la suite procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables (cf. consid. 5b *supra*). Sous l'angle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, il a relevé qu'il existait une légère fluctuation anxiodépressive dans le contexte du diagnostic mentionné mais sans impact sur la capacité de travail, observant une nette amélioration sur le plan clinique depuis l'année précédente ; les importantes difficultés contextuelles s'étaient résorbées en majeure partie. Il n'y avait plus de trouble fonctionnel significatif, l'expertisée étant autonome dans les activités quotidiennes et présentant notamment des capacités de jugement et de décision et relationnelles ; cette dernière avait également conservé des ressources valables, en particulier le soutien de sa famille et d'amis. S'agissant du traitement, l'assurée avait montré une compliance correcte et une amélioration significative (*idem*, p. 30ss). Sur le plan de la cohérence, l'expert a constaté des divergences assez importantes entre les allégations de l'intéressée s'agissant de son état cognitif et thymique et ses constats, de même que des divergences partielles entre les constats de l'expert précédent et ses conclusions et des divergences importantes entre les rapports du psychiatre traitant et ses constats. Il existait un décalage entre les visions objectives et subjectives (*idem*, p. 31).

Sur la base de l'examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels, l'entière capacité de travail dans l'activité habituelle retenue par l'expert apparaît donc cohérente avec la situation objective de la recourante.

cc) L'analyse du Dr T._____ n'est, du reste, pas sérieusement mise en doute par les éléments au dossier, contrairement à ce que soutient la recourante, qui allègue que l'expertise du Dr S._____ et les rapports rédigés par son psychiatre traitant parviendraient à des conclusions proches et contrediraient le dernier expert. En effet, l'expert T._____ a dûment étayé son positionnement par rapport aux appréciations des Drs R._____ et S._____, en particulier par rapport aux diagnostics posés dans leurs rapports antérieurs à l'expertise, comme examiné ci-avant (cf. consid. 8b bb *supra*).

On mentionnera par ailleurs la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, selon laquelle ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). En l'occurrence, en termes d'appréciation de la capacité de travail, l'expertise du Dr T._____ n'est pas si éloignée de l'expertise du Dr S._____. La seconde expertise mise en œuvre retient en effet également une capacité de travail de 50 % pour la période à laquelle la première expertise a été réalisée et est ainsi en adéquation avec elle pour ce qui concerne la répercussion des atteintes sur la capacité de travail à cette date ; la seconde expertise est même plus favorable à l'assurée en ce sens qu'elle reconnaît une incapacité de travail totale pour certaines périodes de crises, que le Dr S._____ ne retenait pas. En outre, le premier expert avait précisé que la situation psychiatrique n'était pas stabilisée et que la capacité de travail devait être réévaluée dans les six à douze mois ; il envisageait ainsi qu'une amélioration puisse survenir à plus ou moins court terme, ce qu'a effectivement constaté le Dr T._____. L'appréciation du Dr S._____ ne s'oppose ainsi pas à l'admission d'une

capacité de travail entière sept mois plus tard. A cela s'ajoute que le Dr S._____ avait lui aussi relevé des incohérences dans les avis émis par le psychiatre traitant de l'assurée, qui retient une incapacité de travail totale alors que la journée type de l'assurée ne laisse pas présager d'une telle incapacité (cf. expertise du Dr S._____, p. 42).

En ce qui concerne le rapport du 24 janvier 2022 établi par le Dr R._____ à la suite de l'expertise, il ne permet pas non plus d'en remettre en cause le bienfondé, contrairement à ce que soutient la recourante. Le psychiatre traitant pose à nouveau le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), avec présence de critères d'une personnalité anxieuse-évitante, sans faire valoir d'arguments permettant de jeter le doute sur les conclusions dûment motivées de l'expert T._____, qui a écarté un tel diagnostic. En effet, les arguments présentés par le psychiatre traitant en faveur d'un trouble de la personnalité, à savoir que plusieurs critères sont présents pour retenir un tel trouble et que l'interprétation du Dr T._____ serait subjective, ne sont qu'une appréciation différente d'une même situation et ne permettent pas de remettre en cause le raisonnement de l'expert, faute d'éléments objectifs. On relèvera d'ailleurs que le Dr S._____ avait certes retenu un trouble de la personnalité mais considéré que celui-ci n'avait, quoi qu'il en soit, pas de répercussion sur la capacité de travail. Le Dr R._____ atteste également une nette péjoration de l'état de santé de sa patiente depuis août 2021. Il y a lieu de constater que cette péjoration intervient peu après l'expertise mise en œuvre auprès du Dr T._____, laquelle a été communiquée à la recourante, par son psychiatre traitant, en septembre 2021. De plus, la recourante a reçu, en décembre 2021, un projet de décision de l'OAI refusant toute rente au-delà du 30 septembre 2021. Or une décompensation passagère après réception des conclusions d'une expertise, tout comme d'une décision de l'OAI, ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante d'autant plus qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a). A cela s'ajoute que le psychiatre traitant atteste une capacité de travail de 40 à 50 % en reconversion professionnelle, ce qui laisse en réalité présager d'une amélioration de la

situation au regard des précédents rapports attestant une incapacité de travail totale depuis septembre 2017, tout comme le fait que le traitement de l'intéressée n'ait subi aucune modification depuis 2020. Enfin, les remarques quant à l'expertise du Dr T. _____ présentées au pied du rapport du Dr R. _____ concernent des détails sans réelle incidence sur l'issue du litige, comme la renonciation ou non de l'assurée quant à la réinsertion proposée. Le Dr R. _____ reproche en outre à l'expert d'avoir retenu que les dernières scarifications remontaient à six ans, au lieu de six mois, ce qui est erroné ; l'expert mentionne en effet ces six années dans la partie relative à la synthèse des documents au dossier et, plus particulièrement, lorsqu'il résume le rapport du 6 avril 2020 du P. _____, mais il n'exclut nullement que de nouveaux épisodes de scarification se soient produits postérieurement à cette date.

dd) La recourante fait également valoir que le Dr T. _____ n'aurait pas tenu compte des périodes de consommation excessives d'alcool et des automutilations. Or, il ressort précisément du rapport d'expertise que les médecins du P. _____, dans leur rapport du 6 avril 2020, avaient constaté une consommation d'alcool problématique, sans la mettre en évidence ; l'assurée, lors de l'entretien avec l'expert, avait confirmé qu'elle avait dans cette période une forte tendance à boire, par moments incontrôlée. L'expert T. _____ a discuté de cette problématique avec l'expertisée et dûment vérifié l'alcoolémie de celle-ci par des contrôles sanguins. Il a conclu que cette consommation excessive était à comprendre dans le contexte de la surcharge et de la décompensation transitoire (cf. expertise du Dr T. _____, p. 28-29). S'agissant des tendances à l'automutilation, il en est fait état à plusieurs reprises durant l'expertise, étant précisé qu'elles apparaissaient lorsqu'il y avait un trop-plein et que l'intéressée n'en souffrait pas actuellement ; des réactions momentanées avec débordements étaient tout à fait possibles sans penser à une pathologie majeure (*idem*, p. 16, 21 et 26). Les griefs de la recourante doivent ainsi être écartés. Il en va de même de l'allégation de l'intéressée selon laquelle l'examen du Dr T. _____ se serait limité au comportement présenté lors de l'expertise, l'expert ayant au contraire pris connaissance de l'ensemble du dossier et discuté de la situation de

l'expertisée au regard des rapports médicaux au dossier (cf. consid. 8a aa *supra*).

ee) La recourante reproche encore à l'expert T. _____ d'avoir retenu dans l'évaluation « mini-CIF » l'activité de dessinatrice en bâtiment, et non celle de vendeuse. D'après elle, elle n'aurait plus exercé l'activité de dessinatrice en bâtiment depuis plus de trente ans et sa dernière activité consistait en celle de vendeuse dans une boutique [...].

A cet égard, on relèvera que la recourante a elle-même indiqué le 14 décembre 2018, dans le questionnaire de détermination du statut, que, sans l'atteinte à la santé, elle exercerait l'activité de dessinatrice en bâtiment ou de maître socio-professionnel depuis avril 2017, à 100 %. Elle a également déclaré à l'expert que le domaine de la vente ne l'intéressait plus (expertise du Dr T. _____, p. 27). L'expert était du reste parfaitement informé de la situation professionnelle de l'intéressée, puisqu'il a dûment noté que celle-ci avait effectué un CFC de dessinatrice en bâtiment, puis avait longuement exercé une activité dans la vente (*idem*, p. 26). Dans ces conditions, il était admissible que l'expert prenne comme activité professionnelle de référence celle de dessinatrice en bâtiment, que la recourante aurait vraisemblablement reprise sans l'atteinte à la santé.

On ajoutera à toutes fins utiles que l'expertise manque certes de clarté quant à savoir quelle activité est finalement retenue comme « habituelle », dans le chapitre relatif aux réponses aux questions de l'OAI s'agissant de la « capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici » (*idem*, p. 32). Dans la mesure où le Dr T. _____ ne retient plus aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique, cette question est toutefois sans incidence sur l'issue du litige, puisque tant l'activité de vendeuse que celle de dessinatrice en bâtiment apparaissent en définitive adaptées.

ff) Compte tenu des éléments qui précèdent, il convient de s'en tenir aux conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr

T._____, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. L'OAI était donc fondé à retenir que la recourante disposait à nouveau d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle sur le plan psychiatrique dès le 1^{er} juillet 2021.

9. Sur le plan somatique, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir suffisamment instruit son dossier, en particulier s'agissant de l'aggravation attestée par son médecin traitant, et de ne pas avoir tenu compte de ses limitations fonctionnelles physiques.

a) La recourante présente des lombalgies chroniques depuis 2010, pour lesquelles elle a déposé deux demandes de prestations auprès de l'OAI en 2011 et 2015. Elle a en effet souffert dès le 27 septembre 2010 d'une discopathie dégénérative D12-L1 avec une hernie discale et une discopathie dégénérative L5-S1. Après une période d'incapacité de travail, l'OAI a relevé que l'assurée avait été capable de reprendre son activité habituelle de vendeuse à plein temps dès le 10 octobre 2011, de sorte qu'il a rejeté sa demande de prestations par décision du 31 janvier 2012. L'intéressée a ensuite subi une discectomie percutanée L4-L5 en 2012 et connu une aggravation de ses troubles au printemps 2014, ayant nécessité un recalibrage canalaire L4-L5 avec mise en place de deux amortisseurs interépineux L4-L5 et L5-S1 en 2014 (cf. rapports du 12 novembre 2021 du Dr Z._____ et du 12 février 2020 du Dr D._____). La recourante a ainsi à nouveau subi une période d'incapacité de travail. L'OAI a toutefois constaté, par décision du 24 septembre 2015, qu'elle était capable de reprendre son activité habituelle de vendeuse à plein temps à partir du 27 février 2015 et a donc rejeté la demande de prestations. L'assurée n'a recouru contre aucune de ces décisions, lesquelles sont entrées en force.

b) En l'occurrence, on relèvera tout d'abord que, contrairement à ce que soutient la recourante, l'OAI a bel et bien instruit la cause sur le plan somatique en requérant un rapport du médecin traitant, sur conseil de la Dre H._____ figurant dans l'avis SMR du 13 août 2021. Or, ni le rapport du 12 novembre 2021 du Dr Z._____ à

l'OAI, ni le rapport du 12 février 2020 du Dr D._____ y annexé, ne permettent de rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé physique de l'intéressée depuis la dernière décision du 24 septembre 2015.

Le rapport du médecin traitant du 12 novembre 2021 mentionne certes une aggravation sur le plan physique. Il ne fait pourtant état d'aucun nouveau diagnostic au niveau dorsal, indiquant uniquement des « lombalgies chroniques dès 2010 dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire, discectomie percutanée L4-L5 en 2021 [recte : 2012], recalibrage canalaire L4-S1 et mise en place de deux amortisseurs interépineux », connus de longue date. Il indique en outre que les limitations fonctionnelles consistent en des troubles dégénératifs majeurs au niveau du dos, sans plus de détail. Or, l'OAI a retenu, dans ses décisions des 31 janvier 2012 et 24 septembre 2015, que l'activité habituelle de l'assurée, soit vendeuse dans une boutique [...], était adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques ; la recourante avait d'ailleurs repris son activité entre octobre 2011 et le printemps 2014, malgré ses lombalgies, étant précisé que la raison pour laquelle elle n'a pas repris cette activité en 2015 est son licenciement survenu cette année-là (cf. notamment expertise du Dr T._____, p. 26). Il sied donc de constater que le médecin traitant ne fait état d'aucun élément objectivant une aggravation de l'état de santé physique de sa patiente. Ce dernier mentionne aussi une fracture coccygienne post-traumatique en mai 2019, sans plus de précision. Une telle atteinte se résorbe en quelques mois et n'est selon toute vraisemblance pas invalidante, ce que la recourante ne prétend du reste pas.

Quant au rapport établi le 12 février 2020 par le Dr D._____, il pose les diagnostics nouveaux de douleurs récurrentes de la hanche droite sur tendinopathie des muscles ilio-psyas, moyen fessier, rotateurs externes de hanche et probablement TFL, avec anamnèse de syndrome de la bandelette ilio-tibiale proximale droite, en sus des lombalgies chroniques. Le médecin précité explique toutefois que ces douleurs à la hanche droite sont d'origine essentiellement musculaire, liées

probablement notamment à un déconditionnement avec manque de souplesse musculaire. Il a prescrit de la physiothérapie et l'application locale de Traumalix forte Emgel. En l'absence d'une pathologie coxo-fémorale ou sacro-iliaque, une aggravation de l'état de santé physique n'est pas non plus rendue vraisemblable. On relèvera encore que ces atteintes ne sont pas mentionnées dans le rapport postérieur du Dr Z._____ du 12 novembre 2021, probablement car les douleurs se sont résorbées grâce au traitement préconisé par le Dr D._____.

La recourante a également produit, à l'appui de son recours, un rapport établi le 12 juillet 2022, par lequel le Dr X._____ a posé le diagnostic de probable atteinte musculotendineuse au niveau péri-trochantérien à droite, excluant une radiculopathie au niveau L4-L5. Aucune intervention chirurgicale n'était nécessaire, mais le médecin préconisait de la physiothérapie et éventuellement une infiltration au niveau de la bourse trochantérienne, que la patiente refusait en l'état. Un tel diagnostic hypothétique et non étayé, ne relevant de surcroît pas d'une pathologie, sans indication de nouvelles limitations fonctionnelles ayant une incidence sur la capacité de travail, ne permet toutefois pas de rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé physique.

c) Au vu de ce qui précède, il sied de retenir que l'état de santé physique de la recourante ne s'est pas aggravé depuis la dernière décision rendue par l'OAI le 24 septembre 2015, et que l'activité habituelle de cette dernière est adaptée à ses limitations fonctionnelles liées aux lombalgies chroniques. C'est donc à juste titre que l'intimé a uniquement tenu compte de l'invalidité liée à l'état psychique de l'assurée dans sa décision du 30 janvier 2023.

10. Dès lors que la recourante présente une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (méthode de la comparaison en pour-cent ; cf. consid. 4a *supra*), soit en l'espèce 0 % dès le 1^{er} juillet 2021, ce qui met fin à son droit à la rente au 30 septembre 2021, trois mois après cette amélioration (art. 88a al. 1 RAI).

11. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 7 mars 2023 lui octroyant l'assistance judiciaire, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 118 al. 1 let. b et 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- PROCAP, Service Juridique (pour U._____),
- 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 :