

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 avril 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Durussel et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1, 17 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité suisse, divorcée et mère de deux enfants, une fille née en [...] et décédée en [...] et un fils né en [...], a exercé la profession de secrétaire, à 100 %, auprès de [...], de janvier 2011 au 31 octobre 2020, date de son licenciement.

Dès le 8 janvier 2018, elle s'est trouvée en arrêt de travail à 100 %.

b) Le 24 juillet 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant comme motifs de la souffrance au travail en raison de ses conditions de travail, des douleurs musculaires dans tout le corps et des insomnies.

Selon le formulaire « détermination du statut », complété le 18 septembre 2018, l'assurée revendiquait une part active à 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

c) Selon le questionnaire pour employeur complété par celui-ci le 9 novembre 2018, l'assurée réalisait un revenu mensuel de 5'938 fr. 75 (13x l'an).

d) Dans un rapport médical rempli à la demande de l'OAI le 8 janvier 2019, la Dre V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assurée, a posé les diagnostics de traumatisme au travail soldé d'une phobie spécifique depuis le courant de 2017 et de trouble de l'adaptation soldé d'un état dépressif depuis fin 2017. Elle a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle depuis le 8 janvier 2018 et que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 %, dès que l'assurée aurait réglé le problème de traumatisme au travail avec phobie spécifique.

e) En réponse aux questions complémentaires du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), la Dre V. _____ a indiqué, dans un rapport, non daté, reçu le 27 mars 2020 par l'OAI, que l'état dépressif de l'assurée était stabilisé. L'état de traumatisme psychique avait évolué vers une phobie spécifique pour le poste de travail actuel, puis s'était amplifié, excluant tout travail à [...] en particulier et comme secrétaire en général. Elle a précisé l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée indiquée dans son rapport du 8 janvier 2019, en ce sens que l'assurée présentait une incapacité de travail entière dans toute activité depuis 2018. Elle pourrait retrouver progressivement une capacité de travail à 100 % dans un autre domaine d'activité, grâce à des mesures de réinsertion adaptées et à une reconversion professionnelle, qui ne l'exposerait pas, dans un premier temps, à un stress sous forme de rendement quantitatif et qualitatif.

f) Selon le rapport SMR du 30 avril 2020, il y avait lieu de suivre l'avis de la Dre V. _____ et considérer que la recourante présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle et une capacité entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (déconditionnement, diminution de la capacité de résistance au stress). Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé à mars 2020.

g) Par communication du 25 novembre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'elle prenait en charge un entraînement à l'endurance du 23 novembre 2020 au 26 février 2021, prolongé jusqu'au 28 mai 2021 (communication du 12 mars 2021). La mesure a été interrompue pour des raisons de santé le 30 avril 2021 (rapport final REA du 3 mai 2021).

h) Dans un rapport rédigé à la demande de l'OAI le 7 juin 2021, la Dre V. _____ a indiqué que l'assurée avait débuté un suivi chez un médecin psychiatre. Elle a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.2), de trouble anxieux phobique (F40.9) et d'état de stress post-traumatique probable (F43.1 ; à confirmer par le psychiatre) impliquant les limitations fonctionnelles suivantes : anxiété, tristesse, fatigue, difficultés à se concentrer et à

contenir ses émotions. Elle a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité.

i) Selon le rapport médical établi le 14 octobre 2021 à la demande de l'OAI, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée, a indiqué suivre celle-ci depuis le 20 mai 2021. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.01) depuis 2017, trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis 2017 et personnalité anxieuse (F60.6) de longue date. Aux titres des limitations fonctionnelles, il a mentionné des troubles de la concentration et de la mémoire, une fatigabilité, une émotivité et une phase de décompensation de type dépression. Il a estimé que l'assurée était capable de travailler à hauteur de 2 à 3 heures par jour dans son activité habituelle et 3 heures par jour dans une activité adaptée.

j) Par avis médical établi le 9 novembre 2021, le SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dont le mandat a été confié, le 16 décembre 2021, au Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

k) Le 1^{er} avril 2022, le Dr Z._____ a déposé son rapport. Il a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4) et de personnalité anxieuse (F60.6), décompensée en 2018 mais bien compensée au moment de l'expertise. A ce sujet, il a exposé que l'assurée avait souffert d'un premier épisode dépressif en 1993, lors du décès, par accident, de sa fille en [...] (alors qu'elle était âgée de 2 ans), qui avait conduit à un suivi psychiatrique de plusieurs années, sans prise de médicaments, puis d'un autre épisode dépressif à la suite de ses problèmes au travail en 2018, raison pour laquelle il retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Celui-ci était en rémission puisqu'au moment de l'entretien, seule une légère tristesse fluctuante était présente mais aucun autre signe d'un état dépressif. Il pouvait être retenu le diagnostic de personnalité anxieuse, dont faisait partie le sentiment d'infériorité et la tendance à la dévalorisation. Toutefois,

contrairement au psychiatre traitant, l'expert a écarté le diagnostic de trouble de l'adaptation car selon la CIM-10, celui-ci ne pouvait plus être retenu après six mois et celui d'agoraphobie avec trouble panique car les critères cliniques n'en étaient pas remplis. Aux titres des limitations fonctionnelles, il a retenu une capacité de résistance et d'endurance diminuée en cas de situations trop stressantes. A cet égard, il a relevé que celles, plus importantes, retenues par le psychiatre traitant n'étaient pas étayées et ne pouvaient être retenues. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité du printemps 2018 au mois de mars 2020, puis qu'elle était entière dès cette date dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

l) Selon le rapport établi le 28 avril 2022 par le SMR, les conclusions de l'expertise étaient médicalement cohérentes et pouvaient être entièrement suivies. Il a ainsi retenu que l'assurée avait souffert d'une décompensation de la comorbidité psychiatrique en 2018. L'assurée était stabilisée au plan psychique depuis fin mars 2020 et présentait des ressources lui permettant d'exercer à 100 % toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, donc éviter un environnement trop stressant et éviter les *open-space*.

m) Dans son rapport final du 16 août 2022, le Service de réhabilitation de l'OAI a retenu qu'aucune mesure ne permettrait de réduire le préjudice économique de l'assurée. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir une capacité de résistance et d'endurance diminuée dans des situations trop stressantes. Le revenu annuel sans invalidité s'élevait à 77'204 fr. et celui avec invalidité, calculé sur la base de l'Enquête suisse sur les salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS 2018 ; TA1 niveau 2, branche 77+79-82, activités administratives), indexé à 2020, compte tenu d'une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures et d'un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles, de l'âge et des années de service, s'élevait à 54'816 fr., aboutissant à un taux d'invalidité de 29 %. Aux titres des activités adaptées, figuraient toutes activités administratives en lien

avec les compétences de l'assurée et qui respectaient les limitations fonctionnelles, à savoir privilégier les tâches non stressantes, par exemple œuvrer en *back office*.

n) Par projet de décision du 7 septembre 2022, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il entendait lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2020. Il a constaté qu'en raison des atteintes à sa santé, elle avait présenté une incapacité de travail totale depuis janvier 2018 et qu'au terme du délai de carence en janvier 2019, sa capacité de travail était toujours nulle, ouvrant le droit à une rente entière. Dès fin mars 2020, si elle ne pouvait plus exercer son activité habituelle de secrétaire auprès de son ancien employeur, elle avait retrouvé une capacité totale de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Après comparaison du revenu que l'assurée aurait pu réaliser, à plein temps, dans son activité habituelle (77'204 fr.) et celui qu'elle pouvait réaliser dans une activité adaptée (54'816 fr. 96) fixé sur la base des données statistiques issues de l'ESS, son degré d'invalidité s'élevait à 29 %, n'ouvrant plus le droit à une rente. Son droit s'éteignait le 30 juin 2020, trois mois après l'amélioration de son état de santé. Il n'y avait, par ailleurs, pas de mesure professionnelle simple, proportionnelle et adéquate qui pouvait permettre de réduire le préjudice économique.

o) Par courrier du 30 septembre 2022, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité, requérant une prolongation de délai pour produire des rapports médicaux. Elle a complété son opposition par l'envoi, le 3 novembre 2022, de deux documents médicaux à savoir :

- un rapport médical établi le 28 septembre 2022 par la Dre V._____ qui rappelle les diagnostics posés en 2017 (trouble de l'adaptation soldé d'un état anxio-dépressif et d'une phobie spécifique avec impossibilité de retour à son poste de travail), l'incapacité totale de travail dès le 8 janvier 2018 et le traitement suivi. Après plusieurs mois de suivi et de traitement médicamenteux, l'état dépressif de l'assurée s'était stabilisé et elle avait retrouvé une certaine routine dans l'exécution de ses tâches quotidiennes grâce notamment à une certaine amélioration du

sommeil entre les mois de janvier et mars 2020, mais en s'accordant des pauses régulières tout au long de la journée. En mars 2020, un retour à son poste de travail n'était pas envisageable, la capacité de travail étant toujours à 0 % (à son poste ou à tout autre poste de travail) en raison des limitations fonctionnelles (difficultés de concentration, capacité de flexibilité et adaptabilité, capacité d'endurance et de résistance, capacité de planification et de structuration et d'intégration fortement diminuées) mais une mesure de réinsertion et une reconversion professionnelle était recommandée par la Dre V._____. Toutefois, l'état de l'assurée s'était détérioré en juin 2020 (trouble du sommeil, anxiété, fatigue importante) et dès novembre 2020, durant la mesure de réinsertion, elle avait souffert d'un épuisement, d'une incapacité à gérer son quotidien et d'un stress intense, devant recourir à des anxiolytiques. Au vu de l'évolution défavorable, la Dre V._____ avait suggéré un suivi auprès d'un psychiatre. A la suite de l'interruption de la mesure, une légère amélioration des symptômes était constatée ;

- un rapport établi par le Dr P._____ le 24 octobre 2022, dont il ressort que ce médecin a estimé que l'expertise minimisait les troubles actuels de l'assurée et leurs impacts sur sa vie quotidienne et sa capacité de travail. Selon lui, sa symptomatologie anxieuse et dépressive était en aggravation. Depuis le début de son suivi, l'évolution de son état de santé psychique se caractérisait par la persistance d'une fragilité psychologique importante. Elle était fréquemment tendue, sa voix était tremblante et ses yeux en larmes. Sa vision d'elle-même et de sa vie était négative et elle présentait une tendance à l'isolement. Le médecin précité relevait que la vie sociale de l'assurée se réduisait à certaines relations restreintes, que son fils devait la soutenir dans ses tâches et qu'elle avait abandonné toute activité de hobby. Il retenait que, selon l'échelle mini CIF-APP, ses limitations fonctionnelles restaient significativement prononcées dans les domaines suivants : flexibilité et adaptabilité aux situations changeantes, avec évitement actif, mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles. L'usage de ses compétences comme celles d'une secrétaire, écrire un courrier ou remplir un formulaire semblaient freinées par ses angoisses. Elle présentait en outre des

limitations fonctionnelles modérément prononcées dans les domaines suivants : activités spontanées et proactivité, capacité d'endurance et de résistance et capacité d'intégration dans un groupe.

p) Appelé à se prononcer sur les documents médicaux produits par l'assurée, le SMR a, dans son avis médical du 28 novembre 2022, indiqué qu'il n'y avait aucune raison médicale pour s'écarter des conclusions de l'expertise d'avril 2022, ni pour modifier la position du SMR. Le psychiatre traitant attestait certes une aggravation depuis novembre 2021 (date antérieure à l'expertise), sans toutefois apporter un changement thérapeutique et sans modifier les limitations fonctionnelles, déjà discutées par l'expert, chez une assurée qui disposait des ressources externes (l'aide de son fils pour l'administratif).

q) Par décision du 13 juin 2023, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2020, confirmant son projet de décision du 7 septembre 2022.

B. a) Par courrier daté du 12 juillet 2023 (remis par porteur le 14 juillet 2023), S. _____ a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. En substance, elle a nié être capable de travailler à 100 %, contestant la valeur probante de l'expertise qui contenait de nombreuses erreurs. Elle a renvoyé à différents documents médicaux figurant déjà au dossier. Elle a, par ailleurs, rappelé son parcours de vie difficile, notamment son enfance auprès d'une mère alcoolique et dépressive et d'un père travaillant de longues heures et ne s'occupant que peu de ses enfants, ses relations difficiles avec son frère durant l'adolescence, puis, à l'âge adulte, la mort de sa fille de deux ans dans un tragique accident lors d'une promenade en famille, devant ses yeux, alors qu'elle était enceinte de 5 mois de son fils. Elle a également décrit son quotidien au moment du dépôt de son recours.

b) Dans sa réponse du 27 septembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant le caractère probant de l'expertise et l'absence d'élément produit par la recourante permettant de la remettre en cause. Il

a, en outre, souligné qu'il ressortait de l'expertise que l'activité habituelle de secrétaire restait exigible, la capacité de résistance et d'endurance de la recourante pouvant cependant être diminuée si elle était confrontée à des situations trop stressantes ou à un travail en *open space* et qu'il existait, sur le marché du travail équilibré, des postes répondant à ces exigences, renvoyant à une communication interne établie le 27 septembre 2023 par le Service de réhabilitation et produite à l'appui de son écriture.

c) Par courrier daté du 18 novembre 2023 (remis par porteur le 20 novembre 2023), la recourante a requis l'audition, comme témoins, des Drs P._____, V._____, de son ergothérapeute, de sa référente lors de la mesure AI et de son fils.

A l'appui de son écriture, elle a notamment produit un rapport établi le 16 novembre 2023 par le Dr P._____. Celui-ci a rappelé le traitement suivi par la recourante, relevé la persistance de son trouble anxieux et indiqué qu'à la date du 15 novembre 2023, l'échelle de l'anxiété TAG-7 était à 17 points, l'échelle de Lebowitz pour l'anxiété sociale était à 114 points, indiquant un impact majeur sur le fonctionnement social et des évitements fréquents de nombreuses situations et d'interactions sociales, cette symptomatologie ne répondant que partiellement au traitement anxiolytique. Le médecin précité a constaté un état dépressif avec une intensité qui variait mais tendait à s'aggraver, l'échelle de la dépression BDI était, à la date du 15 novembre 2023, de 25 points avec une symptomatologie d'intensité moyenne malgré un traitement antidépresseur poursuivi depuis longtemps. La pathologie psychiatrique chronique de la recourante impliquait des limitations fonctionnelles significativement prononcées ou totales sur les points suivants selon la mini CIF-APP : la mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles, la flexibilité et l'adaptabilité, les activités spontanées et proactives, la capacité d'affirmation de soi, la capacité de contact et de conversation avec des tiers et la capacité d'intégration dans un groupe. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

d) Dans sa duplique du 18 décembre 2023, l'OAI a réitéré ses conclusions, renvoyant à l'avis médical établi par le SMR du 12 décembre 2023 et produit avec son écriture. Celui-ci a souligné que le tableau clinique, les diagnostics, les limitations fonctionnelles et le traitement retenus par le Dr P._____, dans son rapport du 16 novembre 2023, restaient inchangés. Il n'y avait aucun élément médical justifiant une aggravation ou un changement de l'état de santé par rapport à l'expertise qui restait médicalement cohérente.

C. Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1^{er} mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité postérieurement au 30 juin 2020.

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, la décision litigieuse, rendue le 13 juin 2023, fait suite à la demande de prestations déposée le 26 juillet 2018, en raison d'une incapacité de travail survenu dès janvier 2018. Le droit à la rente est né en janvier 2019. Se pose par ailleurs la question du recouvrement d'une capacité de travail entière dès le mois de mars 2020 et de son évolution jusqu'à la décision litigieuse. Les éléments pertinents étant antérieurs au 1^{er} janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit.

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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) 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).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations

du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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).

5. a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

b) 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).

6. a) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise psychiatrique, a estimé que la recourante disposait d'une

capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 8 janvier 2018 et d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 31 mars 2020. Dans sa réponse du 27 septembre 2023, il a souligné qu'en réalité, la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, sa capacité de résistance et d'endurance pouvant être diminuée face à des situations trop stressantes.

Quant à la recourante, elle remet en cause le bien-fondé de cette appréciation, plus particulièrement la valeur probante de l'expertise contestant avoir retrouvé une quelconque capacité de travail.

b) Sur le plan formel, le rapport d'expertise remplit tous les requis juridiques permettant de lui reconnaître 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 2018 (rapport d'expertise, p. 3 à 13). Il a rapporté les plaintes de l'expertisée et établi une anamnèse détaillée sur les plans familial, personnel, professionnel et social, relationnel, médical, ainsi que systématique (*ibid.*, p. 13 à 20). Cet expert a procédé à un examen clinique et des examens sanguins. Il a encore interpellé le médecin psychiatre traitant afin qu'il réponde à une série de questions (*ibid.* p. 22 à 23 et rapport du Dr P. _____ du 15 février 2022). Les conclusions de l'expert sont dûment motivées, claires et exemptes de contradiction.

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, à savoir la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Il a été en mesure de discuter en détail les diagnostics retenus (*ibid.* p. 23 à 24). Il a, par ailleurs, expliqué et motivé de manière circonstanciée les raisons justifiant de s'écarter des conclusions du psychiatre traitant et d'exclure certains diagnostics susceptibles d'entrer en ligne de compte (*ibid.* p. 23 à 24). L'expert a procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes au regard des indicateurs juridiques

applicables (cf. *supra* consid. 4e) et s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la recourante.

c) Tout d'abord, la recourante soutient que le rapport d'expertise comporte des erreurs. Toutefois elle n'indique pas quelles seraient ces erreurs, ni en quoi elles seraient de nature à remettre en cause le bien-fondé de l'expertise. Elle expose ensuite son parcours de vie et son quotidien. Si l'on comprend aisément que les épreuves de vie que la recourante a traversées sont très difficiles, les éléments dont elle fait état ressortent, pour l'essentiel, de l'expertise et n'ont pas été ignorés de l'expert. Ainsi, ce faisant, elle n'établit pas d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet.

d) Pour le surplus, la recourante reproche à l'expert, en substance, de s'être éloigné de l'avis de ses médecins traitants, se référant aux rapports médicaux produits à l'appui de ses objections devant l'intimé et à l'appui de son recours.

aa) S'agissant du rapport établi par le Dr P._____ le 24 octobre 2022, il ne contient pas de véritable élément nouveau qui aurait été ignoré de l'expert. En effet, la vision négative que la recourante a d'elle-même comme le relatif isolement social dans lequel elle vit ont déjà été décrits dans le cadre de l'expertise (cf. rapport d'expertise, p. 18). Le médecin précité reproche à l'expertise de minimiser l'impact des troubles de la recourante sur sa vie quotidienne. Toutefois, cette seule affirmation ne constitue qu'une appréciation différente d'une même situation et ne permet pas de remettre en cause le raisonnement de l'expert, faute d'éléments objectifs. Pour le surplus, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr P._____ avaient déjà été évoquées par ce médecin dans son rapport du 15 février 2022, à la suite de l'interpellation de l'expert, si bien qu'elles étaient connues de celui-ci. Malgré le constat du Dr P._____ d'une aggravation de l'état de santé de

la recourante dans son rapport du 24 octobre 2022, il retient des limitations fonctionnelles inchangées, si bien qu'il n'apporte pas d'élément nouveau qui aurait été ignoré de l'expert. Quant au rapport établi par la Dre V. _____ le 28 septembre 2022, il ne fait que résumer l'anamnèse médicale de la recourante, jusqu'à sa prise en charge par le Dr P. _____. Elle n'apporte aucun élément nouveau qui aurait été ignoré de l'expert.

Les rapports des médecins traitants ne sont ainsi pas propres à remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou à en établir le caractère incomplet, notamment quant aux limitations fonctionnelles retenues ou à la capacité de travail de la recourante.

bb) Concernant le rapport médical établi le 16 novembre 2023 par le Dr P. _____, il fait état de résultats à différentes échelles (échelle de l'anxiété TAG-7, échelle de Liebowitz, échelle de la dépression BDI, échelle CIF-APP) au 15 novembre 2023. Ces éléments sont postérieurs à la décision attaquée et il ne peut, par conséquent, pas en être tenu compte dans la présente cause, qui se limite à l'examen de l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue.

e) En définitive, l'appréciation faite par l'expert de la situation médicale de la recourante est claire et convaincante, sans qu'il n'existe au dossier d'éléments antérieurs à la décision attaquée, justifiant de s'éloigner de ses conclusions.

f) Sur le vu de ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise établi le 1^{er} avril 2022, dont la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter. Partant, il sied de suivre les conclusions de l'expert et de retenir que la recourante a présenté une incapacité totale de travail depuis début 2018 jusqu'à fin mars 2020 et qu'elle a retrouvé, depuis le 31 mars 2020, une capacité de travail de 100 % tenant compte des limitations fonctionnelles retenues, à savoir éviter un environnement trop stressant et le travail dans un *open-space*.

Le point de savoir si l'activité habituelle de secrétaire constitue une activité adaptée, comme l'a retenu l'expert et comme le soutient l'intimé dans sa réponse du 27 septembre 2023 souffre de demeurer indécis. En effet, l'intimé a retenu, dans la décision attaquée, que tel n'est pas le cas, ce qui est plus favorable à la recourante (puisque cela implique un calcul du taux d'invalidité sur la base de la comparaison des revenus [cf. *infra* consid. 7] et l'examen du droit à des mesures professionnelles [cf. *infra* consid. 8]).

7. S'agissant du droit à la rente, l'intimé a retenu que l'incapacité de travail de la recourante avait débuté le 8 janvier 2018 et que le délai de carence de l'art. 28 LAI avait pris fin le 8 janvier 2019. A cette date, la recourante présentait toujours une incapacité totale de travail si bien que le droit à la rente prenait naissance au 1^{er} janvier 2019. En outre, dans la mesure où la recourante avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 31 mars 2020, la rente pouvait être revue à compter du 30 juin 2020, l'amélioration déterminante de la capacité de gain ayant duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 1 RAI). Ces éléments, qui ne sont pas remis en cause par la recourante, ne sont pas critiquables. C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu que la recourante avait droit à une rente entière entre le 1^{er} janvier 2019 et le 30 juin 2020 et qu'elle a ensuite procédé à la comparaison des revenus afin d'établir le taux d'invalidité depuis cette dernière date

Sur le plan économique, la recourante ne conteste pas les revenus sans et avec invalidité (y compris l'abattement de 10 %), le recours à l'Enquête suisse sur la structure des salaires ou le calcul du taux d'invalidité. Contrôlés d'office, les chiffres et calculs de l'intimé peuvent être confirmés. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a fixé le taux d'invalidité à 29 %, dès le 30 juin 2020, mettant fin au droit à la rente dès cette date.

8. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir,

maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

b) En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

c) Il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si celui-ci a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Les organes de l'assurance-invalidité doivent se fonder sur le moment du prononcé de la décision de l'office AI pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint (ATF 148 V 321 consid. 7.3).

Selon la jurisprudence, en l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation, c'est-à-dire lorsque la volonté de se réadapter n'existe pas pour des raisons étrangères à l'invalidité, la rente peut être réduite ou supprimée sans examen préalable de mesures de réinsertion (TF 8C_19/2016 du 4 avril 2016 consid. 5.2.3, in SVR 2016 IV n° 27 p. 80 ; 9C_442/2017 du 8 juin 2018 consid. 3.2.3 et les nombreuses références). L'absence de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à la réadaptation ne doit être présumée que si elle est établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 138 V 218 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_368/2012 du 28 décembre 2012 consid. 3.1). Pour établir cette volonté, il faut notamment tenir compte des déclarations faites à l'administration et aux experts médicaux concernant la conviction d'être malade ou la motivation au travail. Les explications et les demandes formulées dans la procédure de préavis et devant le tribunal cantonal des assurances peuvent également être pertinentes (TF 9C_231/2015 du 7 septembre 2015 consid. 4.2 et les références citées).

d) L'intimé a retenu que la recourante ne pouvait plus exercer sa profession de secrétaire auprès de son ancien employeur mais qu'elle pouvait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité administrative en lien avec ses compétences sous réserve de privilégier des tâches non stressantes, par exemple du *back office*.

La recourante n'a pas contesté le refus de mesures professionnelles. A cet égard, on relèvera que l'intimé a retenu que l'activité habituelle de la recourante n'était plus adaptée « auprès de son ancien employeur ». Toutefois, les activités envisagées par l'intimé sont très proches de celles d'une secrétaire, les seules limitations relevant de l'environnement dans lequel elle devrait exercer ses compétences. Ainsi les activités envisagées ne nécessitent pas de formation supplémentaire, les compétences de la recourante étant suffisantes pour lui permettre de trouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Aucune mesure ne paraît dès lors susceptible d'améliorer sa capacité de gain et c'est à juste titre que l'intimé n'en a pas accordée.

e) Quant aux mesures de réadaptation en raison de l'âge de la recourante, il ressort du rapport final établi le 16 août 2022 par le service de réadaptation de l'intimé qu'aucune mesure ne permettrait de réduire le préjudice économique, en raison de l'inaptitude subjective de la recourante à la réadaptation. Il ressortait en effet de l'expertise, s'agissant des attentes de la recourante par rapport à l'AI, qu'elle s'estimait inapte à travailler et qu'elle souhaitait une rente entière d'invalidité. Ces éléments, comme le refus de mesure, ne sont pas contestés par la recourante - qui maintient qu'elle n'est pas apte à travailler - et sont suffisants pour justifier le refus de toute mesure.

9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par l'audition des témoins requis par la recourante. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée de la pertinence des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 13 juin 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 mis à la charge de S._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- S._____,
- 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 :