

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 juin 2024

---

Composition : Mme LIVET, présidente  
Mme Gauron-Carlin, juge, et Mme Gabellon, assesseure  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée postale, mariée et mère d'un enfant, ayant essentiellement travaillé pour [...] puis, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007, pour W. \_\_\_\_\_ SA en tant qu'employée au service qualité à 50 %, a été victime d'une chute de cheval le 25 novembre 2007. En incapacité de travail dès le 26 novembre 2007, l'intéressée sera finalement licenciée pour le 30 septembre 2008.

A la suite d'une procédure de détection précoce initiée le 6 mai 2008 par la S. \_\_\_\_\_ Assurances, l'assurée a déposé, en date du 19 juin 2008, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison des suites de l'accident du 25 novembre 2007, invoquant deux fractures au crâne, une perte du goût, de l'odorat et du sens de l'équilibre, ainsi qu'une forte entorse au genou droit. Ultérieurement, l'intéressée a précisé que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 50 % (questionnaires des 15 août 2008 et 7 mai 2010).

Dans un rapport du 14 août 2008 à l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que le pronostic était favorable concernant le genou droit, sans restriction physique à ce niveau.

Du dossier de la S. \_\_\_\_\_ Assurances transmis le 26 août 2008 à l'OAI, il est ressorti que, sur le plan otoneurologique, l'intéressée présentait des anomalies des voies auditives du tronc cérébral à droite, ainsi qu'une dysfonction otolithique post-traumatique à l'origine de phénomènes d'attraction brusque et de chute lors des mouvements rapides de la tête ou du corps, la fracture occipitale ayant par ailleurs généré par contrecoup une dysfonction olfactive et gustative, ainsi qu'une contusion labyrinthique (rapport du 8 mai 2008 de la Dre C. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale).

Dans un rapport du 5 septembre 2008 à l'OAI, la Dre C. \_\_\_\_\_ a précisé que l'ancienne activité dans la distribution n'était plus envisageable compte tenu des vertiges, mais que l'on pouvait escompter une reprise à 50 % dans un premier temps dans une activité calme, sans déplacement ou port de charge, telle une activité d'employée de bureau.

D'un envoi de pièces complémentaires de la S. \_\_\_\_\_ Assurances à l'OAI le 3 novembre 2008, il est ressorti que, pour la Dre C. \_\_\_\_\_, il fallait prévoir une activité dans un endroit au calme, sans mouvement brusque de la tête ou du corps, sans déplacement intempestif et sans port de charge, une activité sédentaire à un bureau étant tout à fait possible (certificat médical du 3 décembre 2008).

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2009 au médecin-conseil de la S. \_\_\_\_\_ Assurances, le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a fait état d'une évolution peu favorable, avec des parosmies persistantes, une anosmie confirmée par un test psychophysique et une situation globale - surtout nutritionnelle - insatisfaisante.

Dans un rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> octobre 2009 établi sur mandat de l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics incapacitants de TCC et fracture occipitale gauche le 25 novembre 2007, avec troubles de l'équilibre sur déficit vestibulaire périphérique droit et dysfonction otolithique, anosmie totale et parosmies post-traumatiques et dénutrition protéino-énergétique modérée. Au chapitre des atteintes non incapacitantes, l'expert a notamment signalé des gonalgies intermittentes sur troubles dégénératifs débutants. Pour le surplus, l'expert Z. \_\_\_\_\_ a décrit des limitations fonctionnelles marquées par l'impossibilité d'effectuer des mouvements rapides du corps et de la tête, de se déplacer rapidement, de porter des charges excédant un poids léger ou de monter sur des escabeaux et des échelles, ainsi que par des difficultés à travailler en zone basse avec changements de posture itérative ou en hauteur. Il a ajouté que l'activité de factrice n'était plus exigible mais que dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans travail en hauteur ou

nécessitant des changements de postures itératifs, la capacité de travail était de 50 % depuis le 24 août 2009 et demeurait susceptible d'amélioration en fonction de l'état de nutrition.

Par rapport du 13 novembre 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), s'est rallié aux conclusions de l'expert Z.\_\_\_\_\_.

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 3 septembre 2010, un statut de 50 % active et 50 % ménagère a été reconnu à l'assurée. Quant aux empêchements ménagers, ils ont été estimés à 42,6 %.

Par décision du 22 février 2011 confirmant un projet du 5 octobre 2010, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2008, compte tenu d'un taux d'invalidité de 71,30 %, et supprimé le droit à cette prestation avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2009 - soit après trois mois d'amélioration depuis le 24 août 2009 - eu égard à un taux d'invalidité de 27,48 %. Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** Par compte-rendu du 15 décembre 2015 à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ayant repris le suivi de l'assurée depuis le 10 novembre 2015, a exposé que l'événement du 25 novembre 2007 avait entraîné un TCC, un syndrome post-commotionnel, une anosmie totale et parosmie avec hypoguesie, une contusion labyrinthique avec déficit vestibulaire périphérique droit et dysfonction otolithique, une paraparésie régressive sur site avec épisode régressif de paresthésies, une distorsion du genou droit, une plaie occipitale et une fracture occipitale gauche non déplacée. A cela s'ajoutaient un syndrome fémoro-patellaire droit avec chondropathie rotulienne de grade III et suspicion de lésion méniscale externe, et des troubles statiques des pieds (pieds plats) avec tendinopathie achilléenne et des péroniers latéraux droits en décembre 2015. Pour le Dr T.\_\_\_\_\_, la patiente pouvait difficilement réaliser autre chose qu'une activité

occupationnelle, à son rythme et à un taux de « ≤ 30 % », compte tenu des restrictions suivantes :

- "□ limitation de l'endurance globale (syndrome post-commotionnel)
- limitation dans la gestion des tâches multiples, dans la concentration
- intolérance au stress, à la foule, partiellement au bruit
- évitement des échelles, d'une activité en hauteur (échafaudages, etc.)
- évitement d'un travail au-dessus du niveau des épaules (vertiges ; risque de chute)
- évitement des positions accroupies, agenouillées, de l'usage fréquent des escaliers
- limitation dans le maintien de la position debout, dans les déplacements (vertiges, probable méniscopathie D, troubles statiques des pieds avec tendinopathies à D)
- évitement des entrées/sorties régulières de voiture (vertiges, chondropathie rotulienne)
- évitement des mouvements répétitifs de la tête (vertiges, nausées, vomissements)
- évitement d'activité impliquant des odeurs alimentaires, voire d'autres odeurs marquées (café, certains parfums, etc.)
- limitation dans une activité administrative (pas de formation; déficit de concentration et d'endurance)"

En date du 3 février 2016, M. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant les suites de l'accident du 25 novembre 2007.

Aux termes d'un rapport du 11 février 2016, le Dr T. \_\_\_\_\_ a relevé que la situation médicale de l'assurée était en aggravation progressive depuis plusieurs mois quant aux gonalgies droites. Il a par ailleurs signalé un syndrome du muscle pyramidal droit. Il a précisé que la capacité de travail - circonscrite à une activité occupationnelle - de « ≤ 30 % » existait au moins depuis le mois de novembre 2015 mais anamnestiquement depuis le polytraumatisme de 2007.

Par avis médical du 2 juin 2016, le Dr J. \_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que les pièces au dossier ne fournissaient aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé et que, d'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail était inchangée depuis la précédente décision.

Aux termes d'un rapport de synthèse du 9 juin 2016 consécutif à un séjour de l'assurée auprès de la Clinique [...] (ci-après : la Clinique N.\_\_\_\_\_) du 26 avril au 13 mai 2016 à l'initiative de la S.\_\_\_\_ Assurances, les Drs H.\_\_\_\_, X.\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_, du Service de réadaptation en neurologie de ladite clinique, ont notamment retenu les diagnostics de chute à cheval le 25 novembre 2007 avec TCC modéré (associé à une encéphalomalacie touchant le versant antérieur du gyrus rectus des deux côtés et lésion focale temporale du gyrus temporal supérieur droit, une fracture occipitale gauche non déplacée, une plaie occipitale suturée, ainsi qu'une contusion labyrinthique avec déficit vestibulaire droit, dysfonction otolithique et composante phobique fonctionnelle), distorsion du genou droit, céphalées tensionnelles, fatigue et difficultés attentionnelles. Les médecins de la Clinique N.\_\_\_\_\_ ont relevé en particulier ce qui suit :

## "LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION

[...]

**Du point de vue du traumatisme crânio-cérébral** lors de l'accident du 25.11.2007, l'impact par l'arrière avec fracture occipitale a provoqué des lésions de contre-coups au niveau du versant antérieur du gyrus rectus des deux côtés et lésion focale temporale du gyrus temporal supérieur droit. Ces éléments nous font retenir que la patiente a subi un TCC modéré.

**L'examen neuropsychologique** démontre de bonnes compétences cognitives dans les domaines investigués: langage, praxies, mémoire, fonctions exécutives et attentionnelles, raisonnement. Mais nous retenons la présence d'une nette perturbation de l'odorat cohérente et d'importantes difficultés ressenties à un test d'attention divisée, réussi mais au prix d'un effort important.

Le traumatisme crâniocérébral ne peut pas expliquer compl[è]t[e]ment les plaintes de fatigue et de difficultés attentionnelles rapportées par la patiente qui peuvent être en lien avec d'autres facteur : détresse psychologique, douleurs, gestion des sensations vertigineuses. Néanmoins, la patiente conserve de très bonnes compétences cognitives qui pourraient être exploitées dans une activité ne sollicitant pas le système vestibulaire.

**Du point de vue de l'odorat**, notre examen spécialisé démontre une nette diminution de l'olfaction, un goût conservé et la présence de quelques parosmies. Au v[u] du déroulement de l'accident et la présence des lésions du gyrus rectus, nous retenons clairement une origine post-traumatique. Après adaptation des repas, la patiente a pu prendre une alimentation correcte et elle s'est déplacé[e] au sein de la clinique sans difficulté.

**En ce qui concerne les vertiges**, la patiente a été vue par l'ORL, le Dr [...] pour un bilan oto-neurologique. Il confirme la présence d'un dysfonctionnement vestibulaire D. [...]

L'examen clinique démontre une instabilité en position debout et à la marche un peu inhabituelle, non dirigé[e] et non systématisé[e] avec des bon[s] réflexes de rattrapage. L'examen au posturographe ne démontre pas de résultats cohérents. Nous retenons donc une ancienne contusion labyrinthique post[-]traumatique avec un dysfonctionnement vestibulaire D mais aussi la présence d'une composante phobique-fonctionnelle. [...]

**Du point de vue psychiatrique:** l'évaluation actuelle ne permet pas de retenir un diagnostic psychiatrique. Aucune incapacité de travail pour motifs psychiatriques ne peut donc être avancée.

**Du point de vue orthopédique:** la patiente présente des douleurs qui prédominent au genou D avec une symptomatologie évoquant un syndrome fémoro-patellaire et des images objectives mettant en évidence une chondropathie de la rotule de grade III. A signaler que la chondropathie était déjà présente sur les images initiales. Elle présente également des douleurs externes de la cheville D, probablement sur une irritation des fibulaires chez une patiente qui a un petit trouble de la statique en varus supinatus. Concernant les douleurs proximales, il s'agit de douleurs de la musculature. Il n'y a pas d'atteinte au niveau de la hanche sur la base des constatations de l'examen clinique.

[...]

L'examen neurologique ne révèle aucun signe évocateur d'une atteinte neurologique somatique aux MI. L'ENMG, comprenant des neurographies sensitivomotrices des branches terminales des nerfs sciatiques et un EMG des muscles dépendant des myotomes L4-S1 à droite se situe également parfaitement dans la limite de la norme.

[...]

**Du point de vue professionnel**, la patiente a été évaluée dans nos ateliers sur des périodes jusqu'à 4 heures dans diverses activités manuelles simples. Elle se montre motivée et appliquée. Nous observons une légère instabilité lors de changements rapides des positions.

Dans différentes tests normés (VALPAR), nous constatons un rendement et un taux d'erreurs dans la norme.

La mini ECF réalisée retient un port de charges entre 15 et 25 kg avec 12.5 kg de lever de la taille à la hauteur de la tête, un équilibre sur la poutre insuffisant, des difficultés surtout lors des déplacements en arrière et de côté. A noter que le PACT à 131 indique qu'elle sous-estime ses capacités physiques. Une montée d'escaliers moyennement limitée en alterné avec une utilisation de la main courante et décharge du MID et la descente est biaisée.

La volonté de donner le maximum aux différents tests est considérée comme réelle et le niveau de cohérence comme moyen avec présence en effet de manifestations de vertiges lors du bilan mais aucune perte d'équilibre n'a été observée lors des tests de ports de charges. Nous avons observé des mouvements d'évitement comme l'extension cervicale au test de lever de la taille à hauteur de la tête et au test de travail au-dessus du niveau de la tête et une boiterie de décharge du MID au test de porter de la main droite et gauche.

Les limitations retenues à l'issue de cette évaluation sont les activités qui requièrent:

- Les changements fréquents et rapides de positionnement de la tête, du corps ou du regard et le travail en hauteur.
- Un travail très répétitif en position agenouillée.
- Les déplacements réguliers sur une longue distance et sur terrain irrégulier, ainsi que le port de charge lourdes très régulier.
- Des activités dans un lieu avec risque potentiel de fuite de gaz (au v[u] du problème de l'odorat).

Dans une activité professionnelle adaptée, nous retenons une capacité de travail de 100%, avec une diminution du rendement à 80% (diminution de la résistance à la fatigue en lien avec le TCC)."

Par avis médical SMR du 4 mai 2017, le Dr J. \_\_\_\_\_ s'est rallié à l'appréciation des spécialistes de la Clinique N. \_\_\_\_\_.

Aux termes d'un questionnaire complété le 20 juillet 2017, l'assurée a exposé que, bien portante, elle aurait travaillé à 100 % par nécessité financière.

A teneur d'un rapport du 12 décembre 2017 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ a en particulier indiqué que l'assurée présentait toujours des gonalgies droites d'intensité fluctuantes, auxquelles s'associaient diverses douleurs ostéoarticulaires, notamment à la hanche et à la cheville droites. Il a également mentionné un syndrome du muscle pyramidal des rotateurs externes de la hanche à droite. Il a encore précisé que le syndrome post-commotionnel et les troubles cognitifs demeuraient globalement stables et a souligné que l'intéressée avait perdu dix kilos durant les mois de juillet et août 2017 en raison de problèmes conjugaux.

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 20 décembre 2017, un statut de 100 % active a été reconnu à

l'assurée, dans l'optique d'une éventuelle séparation d'avec son mari. Quant aux empêchements ménagers, ils ont été estimés à 30,5 %.

Sur mandat de l'OAI, un bilan neuropsychologique a été mis en œuvre auprès d'A.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie. Dans son rapport y relatif du 14 mars 2018, cette dernière a confirmé la conservation de bonnes compétences cognitives et intellectuelles chez l'assurée, toutefois au prix d'un effort par moment considérable. Pour la neuropsychologue A.\_\_\_\_\_, le trouble neuropsychologique était actuellement minimal et n'entraînait pas d'impact significatif sur la capacité de travail. Sous l'angle des limitations, il y avait lieu d'éviter une activité sollicitant le système vestibulaire, compte tenu des nausées et de la fatigabilité ; à cela s'ajoutait qu'un possible état d'épuisement semblait influencer la capacité à mobiliser les ressources de manière optimale.

Par avis médical SMR du 9 mai 2018, le Dr J.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée présentait depuis 2015 une capacité de travail entière avec un rendement d'au moins 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la Clinique N.\_\_\_\_\_, étant précisé que les difficultés psychiques rapportées dans divers documents s'inscrivaient dans le contexte d'une crise conjugale n'ayant pas valeur de maladie.

D'un entretien le 14 décembre 2018 entre l'assurée et une collaboratrice du Service de réadaptation de l'OAI, il est notamment ressorti que l'intéressée exerçait une activité de surveillante à temps partiel auprès d'un établissement scolaire mais qu'elle y mettrait un terme au 31 décembre 2018 pour débiter un poste d'aide à l'intégration, sur appel et de manière très ponctuelle.

Dans un rapport du 16 juillet 2019 à l'OAI, la Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie, ont posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) dès l'entrée dans l'âge adulte, ainsi que de

trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) dès 2015, étant pour le surplus renvoyé aux diagnostics retenus par le Dr T.\_\_\_\_\_. La Dre P.\_\_\_\_\_ et la psychologue G.\_\_\_\_\_ ont attesté une incapacité de travail totale depuis le début du suivi en août 2017. Elles ont en particulier mentionné des idées suicidaires scénarisées et un épisode de passage à l'acte suicidaire par ingestion médicamenteuse dans le cadre d'un épisode dépressif en août 2017 ; les idées suicidaires étaient actuellement différées dans le temps, prenant la forme d'une demande d'aide au suicide en cours auprès de l'association EXIT. Elles ont exposé que l'assurée n'exerçait pas d'activité à ce jour, ayant débuté en novembre 2018 une activité d'aide à l'intégration à 50 % mais ayant dû l'interrompre après deux semaines dans le contexte d'un épuisement progressif. Elles ont en outre décrit les limitations fonctionnelles suivantes : alternance d'agitation psychomotrice et de ralentissement psychomoteur selon les périodes, épuisement, manque de confiance en soi, manque de flexibilité relationnelle, méfiance interpersonnelle, irritabilité, impulsivité, repli social, perte d'espoir, baisse d'énergie et de motivation, sentiment de révolte, découragement, résistance réduite au stress et à la pression, difficulté de gestion de la frustration et difficulté à identifier ses limites ; à cela s'ajoutait que l'intéressée se retrouvait vite en situation de débordement émotionnel altérant ses capacités cognitives et pouvait alors avoir tendance à agir de manière impulsive. Il était précisé qu'une activité à un taux d'environ 50 % pour des raisons psychiques serait envisageable à terme si la patiente sortait de son état dépressif actuel.

Par avis médical SMR du 23 août 2019, le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé qu'avant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, il y avait notamment lieu de solliciter des renseignements complémentaires auprès de la Dre P.\_\_\_\_\_.

Par rapport du 30 mars 2020, la Dre P.\_\_\_\_\_ et la psychologue G.\_\_\_\_\_ ont relevé ce qui suit :

**"1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?**

Evolution en dents de scie. En effet, en fin d'année 2019 la patiente s'est montrée plus agitée et agissante dans le contexte d'une relation amoureuse compliquée. Elle a arrêté d'un coup son traitement psychotrope ainsi qu'une grande partie de son traitement antidouleur. En séance, elle présentait des aspects hypomanes, se montrant logorrhéique avec une forte tendance à la digression ce qui rendait son discours confus et difficile à suivre. Elle présentait alors d'importantes difficultés de concentration et de mémorisation, ne se rappelant pas de nos discussions d'une semaine à l'autre. En outre, elle remettait régulièrement en question son suivi psychothérapeutique, affirmant vouloir l'arrêter tout en exprimant son besoin de le poursuivre.

Progressivement, Mme M. \_\_\_\_\_ a pu s'apaiser et les aspects hypomanes se sont actuellement atténués. L'humeur reste toutefois très labile, avec une forte irritabilité et une anxiété importante. Les difficultés dans les contacts interpersonnels persistent et suscitent des ruminations anxieuses envahissantes.

**2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?**

Mme M. \_\_\_\_\_ ne peut plus exercer le métier de factrice qu'elle exerçait auparavant et présente dans ce domaine une incapacité totale de travail en raison de séquelles somatiques de son accident de 2007.

**3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?**

50% depuis août 2019.

**4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?**

Difficultés interpersonnelles, méfiance, impulsivité, labilité d'humeur, manque de flexibilité relationnelle, abaissement de la tolérance à la frustration, capacité réduite à résister au stress et à la pression, fatigabilité, diminution des capacités de concentration.

Alternance d'agitation psycho-motrice et de ralentissement psychomoteur selon les périodes, risque d'épuisement

**5. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?**

A 100% du 11.08.2017 au 15.08.2019.

A 50% depuis le 15.08.2019.

**6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?**

[...]

Mme M.\_\_\_\_\_ a interrompu de sa propre initiative tout son traitement psychotrope ainsi qu'une grande partie de son traitement antidouleur au mois de décembre 2019. Une tentative de réintroduire un traitement antidépresseur (Lyrica) en janvier 2020 n'a pas abouti en raison des réticences de la patiente."

Par avis médical du 28 avril 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé sur le plan somatique, relevant d'une part que les troubles de l'équilibre, l'anosmie, la parosmie et les troubles cognitifs limités étaient quasiment stables et estimant d'autre part que la capacité de travail évaluée par la Clinique N.\_\_\_\_\_ à 80 % dans une activité adaptée était réaliste. A cela s'ajoutait que sur le plan articulaire, les diagnostics (gonarthrose, tendinopathie achilléenne) étaient peu étayés et n'étaient associés à aucune limitation fonctionnelle objectivée par des données cliniques. L'état psychique avait en revanche nettement évolué avec une assurée hypomane à plusieurs reprises, présentant une évolution en dents de scie et cessant son traitement sur un fond d'anosognosie. Cela étant, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a préconisé de suivre l'évaluation de la psychiatre traitante et de retenir une capacité de travail nulle depuis le 11 août 2017, puis de 50 % depuis le 15 août 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (*« difficultés interpersonnelles, impulsivité, manque de flexibilité relationnelle, abaissement de la tolérance à la frustration, capacité réduite à résister au stress et à la pression, fatigabilité, diminution des capacités de concentration, alternance d'agitation psychomotrice et de ralentissement psychomoteur, éviter les changements rapides de position de la tête, du corps, du regard, le travail en hauteur, le travail accroupi ou à genoux, le port de charges lourdes régulier, les déplacements en terrain accidenté »*).

Au cours d'un entretien téléphonique le 18 mai 2020 avec une collaboratrice de l'OAI, l'assurée a expliqué qu'elle avait été engagée pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2020 comme « *assistante d'aide à l'intégration* », à concurrence d'environ dix heures par semaine, et que dans ce contexte, alors qu'elle s'occupait d'un élève âgé de cinq ans le 14 janvier 2020, l'enfant l'avait atteinte à la mâchoire en se retournant. Depuis lors, l'intéressée rapportait des douleurs à la mâchoire, une

modification de la voix, ainsi que des brûlures à l'œsophage et à l'estomac. L'assurée a encore précisé avoir interrompu son suivi auprès de la Dre P. \_\_\_\_\_ et avoir changé de médecin généraliste. En cours d'entretien, l'intéressée a par ailleurs menacé d'attenter à sa vie.

Dans un rapport non daté indexé le 29 mai 2020 par l'OAI, la Dre V. \_\_\_\_\_, médecin assistante au Service de chirurgie orale et maxillo-faciale du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_), a fait état d'une prise en charge remontant au 8 mai 2020 et d'une incapacité de travail totale pour la période du 18 au 29 mai 2020. En termes de potentiel de réadaptation, la capacité de travail était évaluée à 100 %.

D'un compte-rendu de la permanence SMR du 26 juin 2020, il est ressorti que, de l'avis du Dr Q. \_\_\_\_\_, la capacité à exercer une activité adaptée à 50 % devait être confirmée et toute aggravation de l'état de santé exclue, dès lors que le dernier rapport de la psychiatre traitante était très récent.

Dans une fiche intitulée « *Calcul du salaire exigible* » datée du 26 juin 2020, l'OAI a fixé - sur la base de données statistiques pour une personne non qualifiée, en référence à l'année 2019 - à 54'954 fr. 62 le revenu sans invalidité et à 24'729 fr. 58 le revenu avec invalidité (moyennant un abattement de 10 % à raison des limitations fonctionnelles), aboutissant ainsi à un préjudice économique de 55 %. Il était en outre indiqué que l'assurée pourrait mettre sa capacité résiduelle de travail en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement ou opératrice sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres).

En date du 13 juillet 2020, l'OAI a adressé à l'assurée, représentée par Procap, un projet de décision dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2017 au 31

décembre 2017 [recte : 2018], suivi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2019, puis d'une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2019. Rappelant que le droit à une rente entière d'invalidité reconnu dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008 avait pris fin au 30 novembre 2009 compte tenu d'un taux d'invalidité de 27,48 %, l'office a retenu que l'état de santé de l'intéressée n'avait ensuite pas connu d'aggravation significative avant le 11 août 2017, des suites d'une nouvelle atteinte à la santé empêchant toute activité professionnelle, et qu'une activité professionnelle adaptée était exigible à un taux de 50 % à compter du 15 août 2019. Sur cette base, l'OAI a considéré que le droit à un quart de rente était ouvert depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017 compte tenu d'une invalidité moyenne calculée sur douze mois, suivi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, puis d'une demi-rente à partir 1<sup>er</sup> décembre 2019 (soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé, eu égard à un taux d'invalidité de 55 %).

Par deux décisions datées du 7 octobre 2020, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2017 au 31 décembre 2018, puis à une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2019 et à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2019, pour les motifs invoqués dans son projet de décision du 13 juillet précédent.

**C.** Désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, M. \_\_\_\_\_ a recouru le 6 novembre 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des deux décisions précitées, concluant à leur réforme et à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2016. L'intéressée a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante.

Par réponse du 25 février 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 24 mars 2021, la recourante a en particulier invoqué les suites de l'événement du 14 janvier 2020, soulignant que

l'intimé ne s'était pas procuré le dossier y relatif auprès de l'assureur-accidents compétent, à savoir le [...]. Elle a pour le surplus maintenu sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et sollicité l'appointement d'une audience aux fins d'exposer la gravité de ses atteintes. La recourante a en outre notamment produit les pièces suivantes :

- un rapport du 12 mars 2020 du Dr T.\_\_\_\_\_, adressant l'intéressée à la Consultation de chirurgie maxillo-faciale du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, en vue d'un avis post contusion de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) gauche le 14 janvier 2020, et énumérant de surcroît les atteintes présentées par la patiente, parmi lesquelles un syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) et des lombo-pygialgies chroniques avec syndrome du muscle pyramidal (des rotateurs externes de hanche) à droite ;

- une déclaration d'accident du 20 mai 2020 adressée au [...], faisant état d'un fort coup de tête au niveau de l'attache de la mâchoire le 14 janvier 2020, donné par un enfant que l'assurée tenait sur ses jambes ;

- un rapport d'IRM temporo-mandibulaire du 16 juin 2020 des Drs Y.\_\_\_\_\_, et O.\_\_\_\_\_, du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, concluant à l'absence d'argument pour une anomalie dégénérative ou traumatique des articulations temporo-mandibulaires ;

- un rapport du 10 juillet 2020 des Drs L.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe au Service de chirurgie orale et maxillo-faciale du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, et V.\_\_\_\_\_, exposant notamment ce qui suit en lien avec le suivi consécutif à l'événement du 14 janvier 2020 :

"Lors de notre première consultation, la patiente présentait des douleurs au niveau de la palpation de l'articulation temporo-mandibulaire gauche s'étendant en arrière de la branche montante de la mandibule. Nous avons également constaté une importante douleur à la palpation des muscles de la mastication à gauche avec une prédominance au niveau du muscle ptérygoïdien latéral gauche

ainsi que des muscles cervicaux. La patiente présentait une ouverture buccale limitée à 3 cm avec une déviation vers la droite ainsi qu'un trouble de l'occlusion avec une absence de contact au niveau des dents à gauche et une persistance de la déviation à droite. [...]

Au vu du tableau clinique, nous avons diagnostiqué un syndrome myofascial et cervical pour lequel nous avons instauré un traitement par physiothérapie, Sirdalud et anti-inflammatoires. Nous avons également effectué une OPG ainsi qu'une radiographie du crâne avec incidence de Worms afin d'exclure une fracture non diagnostiquée. A noter que ces examens se sont révélés négatifs.

Lors de la consultation suivante, à savoir le 09.06.2020, nous avons constaté une légère amélioration de la symptomatologie, notamment au niveau des douleurs de la musculature cervicale, mais avec une persistance de douleurs à la palpation des muscles de la mastication, toujours prédominantes au niveau ptérygoïdien latéral gauche, et à la palpation de l'ATM gauche. Nous avons également constaté une douleur à la palpation rétro-discale nous laissant suspecter une capsulite, raison pour laquelle nous avons demandé la réalisation d'une IRM du massif facial et des articulations temporo-mandibulaires qui n'a pas mis en évidence de dysfonction des articulations ou d'inflammation de ces dernières.

Lors de notre dernière consultation de contrôle du 22.06.2020, nous avons constaté une disparition complète des douleurs musculaires, à l'exception d'une douleur persistante au niveau du muscle ptérygoïdien latéral gauche. Nous avons également constaté une douleur persistante à la palpation de l'articulation temporo-mandibulaire gauche, rétro-mandibulaire gauche, ainsi qu'une amélioration de l'ouverture buccale ainsi que de l'occlusion buccale avec, cependant, la persistance d'une tendance à la déviation spontanée vers la droite, probablement à but antalgique.

Au vu de la clinique, et malgré l'absence de signe radiologique, nous confirmons la suspicion d'une capsulite de l'articulation temporo-mandibulaire gauche, raison pour laquelle nous aimerions effectuer une arthrocentèse comme traitement d'épreuve prévue le 15.07.2020.

Dans ce but, nous avons pris contact avec le Dr [...] qui nous lit en copie et avons décidé d'effectuer notre intervention avant la sienne. [...]."

- un rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 8 mars 2021, mentionnant en particulier les éléments suivants :

**"1. Quel est le status ?**

Six semaines après le traumatisme subi [le 14 janvier 2020], je constatais une asymétrie de mobilité des articulations temporo-mandibulaires (ATM), une tension musculaire sensible au niveau massétérien et temporal G, ainsi que des douleurs plus vives à la palpation rétro- et sous-mandibulaire proximale G. Au dernier

contrôle du 02.12.2020, je relevais la persistance d'un syndrome cervico-vertébral avec une hypertonie des muscles scalènes des 2 côtés, douloureux à la palpation ; un syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène bilatéral avec positivité de tous les tests à D [...] alors que les tests bilatéraux [...] étaient aussi positifs à G.

**2. Quels sont les diagnostics retenus ?**

- Syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène bilatéral avec plexopathie cervicale superficielle bilatérale suite à une contusion de l'ATM le 14.01.2020.

**3. Est-ce que les troubles qui subsistent à ce jour sont toujours en relation de causalité avec l'accident survenu le 14 janvier 2020 ? [...]**

[...] Le traumatisme du 14.01.2020 a été violent, [...] ; depuis lors et jusqu'à ce jour (au moins jusqu'au dernier contrôle du 02.12.2020) j'ai toujours pu constater la présence d'une nette contracture de la musculature masticatrice et cervico-thoracique (dont les scalènes). Là-dessus Mme M.\_\_\_\_\_ a développé - comme cela se voit fréquemment - un syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène, sur compression du plexus brachial par les muscles scalènes justement. [...]

**4. Pourriez-vous confirmer que l'état de santé de notre mandante n'est pas stabilisé ? [...]**

Oui. A la suite des consultations en chirurgie maxillo-faciale et surtout de l'injection de toxine botulique, la contraction musculaire et les douleurs locales ont régressé. L'on constate ainsi une amélioration. Toutefois, [...], il persiste une contracture musculaire qui peut être réduite avec un traitement ciblé, dont des exercices d'étirement musculaire que réalise Mme M.\_\_\_\_\_ quotidiennement, la médication antalgique, et un ou plusieurs nouveaux traitements de toxine botulique. [...]"

Par duplique du 14 avril 2021, l'intimé a maintenu sa position. L'OAI a pour l'essentiel estimé avoir mené l'instruction du dossier de manière satisfaisante.

Prenant spontanément position le 7 mai 2021, la recourante a complété ses conclusions, en ce sens qu'elle a subsidiairement demandé le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants. Pour le reste, elle a mis en doute l'existence d'une capacité résiduelle de travail sur le marché équilibré du travail compte tenu de l'importance de ses limitations fonctionnelles. Elle a en outre relevé que dans son avis médical SMR du 23 août 2019, le Dr J.\_\_\_\_\_ avait envisagé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire - laquelle n'avait cependant pas été mise en œuvre.

Par acte du 26 mai 2021, l'intimé a confirmé sa position.

Dans une écriture du 11 février 2022, la recourante a contesté l'appréciation émise par le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR, soulignant notamment que ce dernier s'était exclusivement déterminé sur pièces, ce qui paraissait pour le moins hasardeux compte tenu de la complexité du cas ; à cela s'ajoutait que l'on pouvait douter des compétences du Dr Q. \_\_\_\_\_ pour se prononcer de manière éclairée, dans la mesure où il ne pratiquait pas ni ne bénéficiait de l'autorisation de pratiquer sur sol suisse, pas plus qu'il n'était membre de la Fédération des médecins suisses. Elle s'est par ailleurs prévalu d'une incapacité de travail totale dans toute activité, a réfuté toute capacité à exercer un emploi sur le marché équilibré du travail et a reproché à l'intimé de ne pas avoir instruit les suites de l'accident du 14 janvier 2020. Pour étayer ses dires, la recourante a notamment produit :

- un rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 17 décembre 2021, exposant notamment que le traumatisme subi le 14 janvier 2020 avait engendré une contusion de l'articulation temporo-mandibulaire gauche accompagnée de douleurs neuropathiques de la sphère oto-rhino-laryngologique à gauche et d'une dysphonie, qu'une médication conséquente (dont des opiacés, myorelaxants, antiépileptiques et somnifères) avait été dispensée et qu'il s'en était suivi un arrêt de travail à 100 % prononcé tout d'abord par le Service de chirurgie maxillo-faciale du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_ puis par lui-même (au moins pour la période du 31 août au 31 décembre 2021) ; à cela s'ajoutait que la patiente avait développé un trouble dépressif favorisé par la dégradation de son état de santé, l'incertitude quant à son avenir et sa situation financière ;

- un rapport du 21 décembre 2021 du Dr I. \_\_\_\_\_, médecin praticien, lequel indiquait suivre l'assurée depuis le mois de juin 2020 et se rallier à l'appréciation du Dr T. \_\_\_\_\_ notamment quant à la clinique actuelle (syndrome douloureux chronique invalidant ; dysphonie ; trouble thymique important), étant de surcroît souligné que la capacité de travail

était nulle actuellement et serait très réduite même dans l'éventualité d'une évolution favorable des douleurs faciales ;

- un rapport du 25 janvier 2022 de la Dre P. \_\_\_\_\_ et de la psychologue G. \_\_\_\_\_, exposant notamment ce qui suit :

### **"1. Quel est le status ?**

Mme M. \_\_\_\_\_ présente une symptomatologie anxio-dépressive sévère avec une humeur abaissée ainsi qu'une très forte anxiété. Elle présente un abaissement de l'estime de soi, une fatigabilité, un ralentissement psychomoteur, des difficultés de concentration, une perte d'espoir, de fréquents accès de pleurs, des idées noires, un repli sur soi et une limitation des contacts sociaux, une baisse de motivation et une difficulté à se projeter dans l'avenir.

Mme M. \_\_\_\_\_ souffre également d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline qui se traduit par une importante fragilité narcissique, une impulsivité, une intolérance à la frustration, une labilité de l'humeur très importante, une difficulté à entretenir des relations équilibrées sur le long terme, avec une difficulté à réguler la distance à autrui, ainsi qu'à établir des limites dans ses relations. Les mécanismes de défense sont la projection, la fuite en avant, l'alternance d'idéalisation et de dénigrement. Les relations sont sujettes à un fort vécu d'intrusion. La patiente présente une grande sensibilité au sentiment d'abandon (se sentant vite rejetée ou indésirable), une lutte contre le sentiment de dépendance, une méfiance interpersonnelle. Cela se traduit également par une difficulté à prendre soin de soi dans la continuité. Au sein d'une même journée, et de manière imprévisible, il existe une oscillation entre des moments où la patiente se montre hyperactive et hypomane, et des moments où elle effectue des activités où elle va au-delà de ses limites physiques (liées aux accidents de 2007 et 2021), fréquemment jusqu'à tomber par terre ou même jusqu'au point de s'évanouir de douleur.

La conjonction de ces difficultés psychiques et des séquelles somatiques de ses accidents de 2007 et 2021 (notamment les douleurs chroniques, les vertiges et la perturbation du sens du goût qui a un impact sur l'appétit et sur le plaisir à s'alimenter) augmente également la fatigabilité et l'épuisement, avec une partie de la journée passée allongée pour se reposer ou dormir.

### **2. Quels sont les diagnostics retenus selon la CIM-10 ?**

- Trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31)
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F.33.2)

### **3. D'un point de vue strictement médical, quelles sont les limitations fonctionnelles retenues ?**

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : des difficultés relationnelles, une méfiance interpersonnelle, un manque de flexibilité relationnelle, une impulsivité, une fatigabilité accrue, une alternance d'agitation psycho-motrice et de ralentissement psychomoteur, une fluctuation de la motivation, une très importante fluctuation des capacités à recourir aux ressources cognitives, une diminution de la capacité de concentration, une diminution de la tolérance à la frustration, une irritabilité, une hypersensibilité au stress et à la pression, une diminution de l'estime de soi, une hypersensibilité à la critique, des moments d'effondrement émotionnel fréquents avec un sentiment de découragement et de perte d'espoir, une difficulté à identifier ses limites et à en tenir compte.

En conclusion, ces limitations fonctionnelles traduisent d'importantes fluctuations de l'humeur et du niveau d'anxiété qui sont très difficiles à gérer pour Mme M.\_\_\_\_\_, et qui contribuent à une importante fatigabilité et un risque élevé d'épuisement. Ces limitations fonctionnelles ont également pour conséquence d'importantes difficultés concernant la tenue d'une relation équilibrée sur le long terme pour Mme M.\_\_\_\_\_ qui se sent vite rejetée et mise de côté.

**4. Pourriez-vous confirmer que notre mandante n'est pas en mesure de travailler dans une quelconque activité lucrative, eu égard à ses atteintes à la santé et à ses limitations fonctionnelles ? Pourriez-vous motiver votre appréciation ?**

Sur le plan strictement psychiatrique, nous estimons la capacité de travail de Mme M.\_\_\_\_\_ à 40% dans le meilleur des cas, à la condition qu'elle prenne un traitement médicamenteux couvrant l'anxiété et la dépression et qu'elle bénéficie d'un suivi psychothérapeutique adapté à ses difficultés. En dehors de ces conditions, nous estimons que Mme M.\_\_\_\_\_ présente une incapacité totale de travail.

**5. Pourriez-vous confirmer que notre mandante était déjà à l'incapacité totale de travail dans toute activité avant le mois d'octobre 2020 ? Pourriez-vous motiver votre appréciation ?**

Mme M.\_\_\_\_\_ a interrompu son suivi chez nous en date du 11.05.2020. Nous ne pouvons donc pas évaluer sa capacité de travail à cette période. Cependant, au vu de notre connaissance de la patiente et de notre évaluation du 13 décembre 2021, Mme M.\_\_\_\_\_ se trouvait probablement en état d'épuisement à cette période en lien avec son état dépressif et son trouble de la personnalité.

**6. Quel est le pronostic ?**

On ne peut écarter une péjoration progressive de l'état de santé de Mme M.\_\_\_\_\_ et, consécutivement, de sa capacité de travail. Nous conseillons la reprise d'un suivi psychothérapeutique ainsi que d'une aide médicamenteuse afin que la patiente puisse mettre toutes les chances de son côté pour maintenir une capacité de travail de 40% sur le plan psychiatrique."

Par écriture du 28 février 2022, l'intimé a maintenu sa position.

Par arrêt du 12 mai 2023 (cause AI 355/20 - 132/2023), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a partiellement admis le recours de M.\_\_\_\_\_ et réformé les décisions du 7 octobre 2020, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2018 au 30 novembre 2019 puis d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2019.

Statuant le 19 février 2024 (cause 8C\_402/2023) sur le recours interjeté par M.\_\_\_\_\_, la IV<sup>e</sup> Cour de droit public du Tribunal fédéral a annulé l'arrêt précité et renvoyé la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour mise en œuvre de débats publics et nouvelle décision.

**D.** Reprenant l'instruction de la cause, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, le 12 mars 2024, cité les parties à comparaître à une audience de débats publics agendée au 22 avril 2024. Le 27 mars 2024, elle a accédé à la demande de dispense de comparution personnelle présentée le 18 mars 2024 par l'intimé. Saisie le 19 mars 2024 d'une demande de suspension de la procédure émanant de la recourante en lien avec l'apport en procédure d'une expertise privée, la juridiction cantonale l'a rejetée le 27 mars 2024 également au regard du principe de célérité et par appréciation anticipée des preuves, relevant de surcroît que la démarche alléguée n'était ni motivée ni étayée.

Au cours de l'audience de débats publics tenue le 22 avril 2024, la recourante a eu l'opportunité de plaider sa cause. Elle a également produit un procédé écrit du même jour, aux termes duquel elle confirmait ses conclusions, ainsi qu'un rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 12 avril 2024 dont elle a demandé à ce que les frais d'établissement soient mis à la charge de l'intimé, par 2'000 francs. S'agissant du rapport susdit, il détaillait les diagnostics somatiques incapacitants retenus à fin 2020

(polytraumatisme sur chute à cheval [avec TCC modéré, syndrome post-commotionnel, anosmie totale et parosmie avec hypoguesie, contusion labyrinthique avec déficit vestibulaire périphérique droit et dysfonction otolithique, paraparésie régressive sur site avec épisode régressif de paresthésies, distorsion du genou droit, plaie occipitale, fracture occipitale gauche non déplacée], TOS neurogène droit accentué par l'atteinte au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire gauche en janvier 2020, gonalgies droites sur neuropathie fémorale droite, ainsi que lombo-pygio-sciatalgies droites sur syndrome lombo-vertébral, raccourcissement du muscle ilio-psoas, arthropathie sacro-iliaque droite, contusion postéro-supérieure droite du bassin et syndrome du muscle pyramidal) ainsi que les limitations fonctionnelles y relatives et confirmait la capacité résiduelle de travail de 30 % au maximum. Le Dr T. \_\_\_\_\_ renvoyait en outre à l'appréciation de la Dre P. \_\_\_\_\_ pour l'aspect psychique, relevant toutefois une aggravation des symptômes depuis 2018 en particulier.

### **E n d r o i t :**

- 1.** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal doit statuer à nouveau dans la présente affaire, à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral du 19 février 2024 rendu en la cause 8C\_402/2023.
  
- 2.** En substance, le Tribunal fédéral a considéré que la requête émise par la recourante devant la juridiction cantonale visant à la tenue d'une audience publique tendait en tout cas en partie à la possibilité de plaider sa cause elle-même ou par l'intermédiaire de son mandataire, ce qui relevait de la publicité des débats. Dès lors que cette demande avait été rejetée alors même qu'elle avait été formulée en temps utile et en l'absence d'un motif s'opposant d'emblée à la tenue d'une audience publique, il y avait lieu d'admettre que la procédure cantonale était entachée d'un vice de procédure.

L'audience du 22 avril 2024 ayant permis à la recourante de voir sa cause plaidée, il y a par conséquent lieu désormais de trancher le litige sur le fond.

**3.** Est en l'espèce litigieux le bien-fondé des décisions rendues par l'OAI le 7 octobre 2020, allouant successivement à la recourante un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2017 au 31 décembre 2018, une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2019 et une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2019. L'intéressée estime plus particulièrement pouvoir prétendre à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 2016.

**4.** Diverses modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, dans le cadre du projet de révision « *développement continu de l'AI* » (modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [RO 2021 705] ; modification du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité [RO 2021 706]). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable en l'espèce compte tenu de la date des décisions attaquées, rendues le 7 octobre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). 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.

**b)** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] en corrélation avec l'art. 16 LPGa ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] ; cf. ATF 137 V 334, 130 V 393 et 125 V 146).

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961

sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

**d)** 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).

Pour des motifs de proportionnalité, il peut toutefois être renoncé à la procédure structurée d'administration des preuves lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas (ATF 145 V 215 consid. 7 ; 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3).

**6. 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).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

Les évaluations médicales effectuées par un SMR au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 8C\_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des

exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; TF 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.1 et les références citées).

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).

**c)** 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). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

**7.** En l'espèce, il est constant que l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 3 février 2016 par la recourante. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 22 février 2011 et les décisions litigieuses du 7

octobre 2020, l'état de santé de l'assurée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**a)** Lors de la procédure initiée à la suite de la première demande de prestations de l'assurée, l'OAI s'est essentiellement fondé sur le rapport d'expertise établi le 1<sup>er</sup> octobre 2009 par le Dr Z.\_\_\_\_\_. Celui-ci y retenait les troubles incapacitants de TCC et fracture occipitale gauche le 25 novembre 2007, avec troubles de l'équilibre sur déficit vestibulaire périphérique droit et dysfonction otolithique, anosmie totale et parosmies post-traumatiques, et dénutrition protéino-énergétique modérée. L'expert considérait par ailleurs que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement liées à l'état de dénutrition modéré et au déficit vestibulaire périphérique droit. Pour l'expert Z.\_\_\_\_\_, une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans travail en hauteur ni changements de posture itératifs était envisageable à 50 % depuis le 24 août 2009, ce taux étant susceptible d'amélioration en fonction de l'état de nutrition.

C'est sur cette base que, par décision du 22 février 2011, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au 30 novembre 2009.

**b)** Pour statuer sur les prétentions de l'intéressée dans le cadre de sa seconde demande de prestations, l'intimé s'est fondé principalement sur les avis émis les 28 avril et 26 juin 2020 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR, établissant la synthèse des informations médicales recueillies auprès des différents médecins consultés par l'assurée.

**8.** A titre liminaire, il y a lieu d'examiner les critiques d'ordre formel émises par la recourante à l'encontre de l'avis formulé par le Dr Q.\_\_\_\_\_.

**a)** En tant que l'assurée conteste le fait que ce médecin se soit prononcé sans observation clinique ou examen médical mais sur la seule base des pièces au dossier (cf. écriture du 11 février 2022), il y a lieu de

rappeler que les avis SMR opérant une synthèse de la documentation médicale à disposition ne sont pas dénués de valeur probante mais peuvent servir de socle à l'appréciation de l'administration ou du tribunal pour autant que leur fiabilité ne soit pas mise en doute (cf. consid. 5b supra). La pertinence de l'examen effectué dans le cadre d'une telle synthèse relève d'un aspect matériel, qui sera discuté ci-après (cf. consid. 9 et 10 infra).

**b)** S'agissant des critiques visant par ailleurs la capacité du Dr Q. \_\_\_\_\_ à se déterminer de manière éclairée au motif que ce médecin ne pratique pas ni n'a l'autorisation de pratiquer sur sol suisse et n'est du reste pas membre de la Fédération des médecins suisses (cf. déterminations du 11 février 2022), elles ne sont pas davantage fondées. D'une part, force est de constater que selon le Registre des professions médicales MedReg tenu par l'Office fédéral de la santé publique (<https://www.medregom.admin.ch>), le Dr Q. \_\_\_\_\_ est au bénéfice d'un diplôme de médecin, d'un titre de médecin praticien et d'une spécialisation en médecine du travail, reconnus en Suisse respectivement en 2015, 2018 et 2020. Dans cette mesure, il est donc habilité à émettre des avis médicaux pour le compte du SMR. En effet, depuis l'entrée en vigueur de la LPMéd (loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires ; RS 811.11) le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et ses révisions subséquentes, toute personne exerçant une profession médicale ne doit pas nécessairement disposer d'une autorisation au sens de ladite loi, en particulier si cette personne n'exerce pas une profession médicale sous sa propre responsabilité professionnelle (voir à cet égard art. 33a et 34 LPMéd ; voir également site internet de l'Office fédéral de la santé publique > Professions de la santé > Professions médicales > Registre des professions médicales - MedReg > Questions fréquentes [FAQ] sur MedReg) ; en outre, la législation actuelle n'érige pas l'affiliation à la Fédération des médecins suisses au rang de condition pour exercer la médecine en Suisse. D'autre part, il convient de souligner que le médecin du SMR a pour l'essentiel validé les conclusions des spécialistes de la Clinique N. \_\_\_\_\_ - au détriment des avis du Dr T. \_\_\_\_\_, dépourvus de réelle motivation - et celles de la psychiatre traitante telles qu'émisses au

cours de la procédure administrative. Cela étant, on ne voit pas en quoi la validation d'appréciation émises par des spécialistes nécessiterait un cursus médical spécifique.

**c)** Dans ces conditions, les griefs invoqués sur le plan formel ne peuvent qu'être rejetés.

**9.** Sur le plan somatique, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a conclu à une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité adaptée, relevant en particulier que les troubles de l'équilibre, l'anosmie, la parosmie et les troubles cognitifs limités étaient pour l'essentiel stables et que les diagnostics articulaires (gonarthrose et tendinopathie achilléenne), peu étayés, n'étaient associés à aucune limitation fonctionnelle objectivée par des données cliniques (cf. avis médical SMR du 28 avril 2020).

**a)** Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a essentiellement fondé son analyse sur les conclusions du rapport de synthèse établi par les médecins de la Clinique N. \_\_\_\_\_ le 9 juin 2016 (cf. avis médical SMR du 28 avril 2020). Il est plus particulièrement résulté de ce rapport que nonobstant les séquelles neurologiques de la chute de cheval du 25 novembre 2007, une distorsion du genou droit, des céphalées tensionnelles et de fatigue, ainsi que des difficultés attentionnelles, l'intéressée présentait une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement à 80 % dans une activité adaptée - soit une activité évitant les changements fréquents et rapides de positionnement de la tête, du corps ou du regard, le travail en hauteur ou très répétitif en position agenouillée, les déplacements réguliers sur une longue distance et sur terrain irrégulier, le port de charges lourdes très régulier ou les activités dans un lieu avec risque potentiel de fuite de gaz. Il convient plus particulièrement de relever que, selon les spécialistes de la Clinique N. \_\_\_\_\_, l'assurée conservait de très bonnes compétences cognitives pouvant être exploitées dans une activité ne sollicitant pas le système vestibulaire (cf. rapport de synthèse du 9 juin 2016 p. 6), ce qu'a ultérieurement confirmé la neuropsychologue A. \_\_\_\_\_ selon laquelle l'intéressée présentait un trouble neuropsychologique minimal sans impact significatif sur la capacité de travail (cf. rapport du 14 mars 2018 p.

4). C'est également le lieu de relever que dans le cadre de l'évaluation réalisée en 2016, les médecins de la Clinique N.\_\_\_\_\_ ont certes constaté que le Dr T.\_\_\_\_\_ retenait un syndrome du muscle pyramidal et des rotateurs externes de la hanche à droite, comprimant partiellement le nerf sciatique. Pour leur part, ils ont néanmoins observé que l'examen clinique orthopédique ne mettait en évidence aucune atteinte au niveau de la hanche et que les examens pratiqués au plan neurologique - en particulier au niveau des branches terminales des nerfs sciatiques et des muscles dépendant des myotomes L4-S1 à droite - se situaient dans la norme, sans signe d'une atteinte neurologique somatique aux membres inférieurs (cf. rapport de synthèse du 9 juin 2016 p. 5 et 7).

L'appréciation des médecins de la Clinique N.\_\_\_\_\_ met ainsi en évidence une évolution des troubles physiques depuis l'évaluation de l'expert Z.\_\_\_\_\_, marquée par le passage d'une capacité résiduelle de travail de 50 % en 2009 à une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % en 2016. Cette appréciation a été entièrement validée par le Dr J.\_\_\_\_\_ (cf. avis médicaux SMR des 4 mai 2017 et 9 mai 2018). Quant au Dr Q.\_\_\_\_\_ (cf. avis médical SMR du 28 avril 2020), il en a repris la substance mais en a cependant déduit une capacité résiduelle de travail de 80 %. Force est toutefois de souligner que, selon les conclusions claires des médecins de la Clinique N.\_\_\_\_\_, c'est bien une entière capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée qui doit être reconnue à l'assurée.

Pour le reste, l'appréciation des spécialistes de la Clinique N.\_\_\_\_\_ n'est pas sérieusement remise en question par les pièces versées en procédure administrative. Ainsi, les rapports médicaux établis par le Dr T.\_\_\_\_\_ les 15 décembre 2015, 11 février 2016 et 12 décembre 2017 procèdent à l'énumération de différents diagnostics et limitations fonctionnelles mais ne contiennent pas de réelle motivation et ne reposent en tous les cas sur aucun élément objectif qui aurait échappé à la synthèse effectuée par le Dr Q.\_\_\_\_\_ sous l'angle somatique. En particulier, l'existence d'une capacité résiduelle de travail égale ou

inférieure à 30 % (cf. rapports des 15 décembre 2015 et 11 février 2016) n'est pas étayée concrètement et ne peut, dès lors, être tenue pour vraisemblable.

**b)** Le 14 janvier 2020, l'assurée a de surcroît été atteinte au niveau de la mâchoire alors qu'elle s'occupait d'un élève dans le cadre de son activité d'aide à l'intégration, ce dont elle a informé l'OAI lors d'un entretien téléphonique le 18 mai 2020. L'office a conséquemment réceptionné, le 29 mai 2020, un rapport non daté de la Dre V. \_\_\_\_\_ n'évoquant aucun diagnostic et faisant état d'une incapacité de travail totale pour la période du 18 au 29 mai 2020, tout en évaluant la capacité de travail à 100 % en termes de potentiel de réadaptation. Le SMR - et corollairement l'OAI - a considéré qu'il n'en découlait aucune aggravation durable de l'état de santé (cf. compte-rendu de la permanence SMR du 26 juin 2020). On doit admettre que cette position n'était alors pas critiquable, compte tenu des indications fournies par la Dre V. \_\_\_\_\_, évocatrices d'une atteinte passagère.

Sur la base de ces éléments, on comprend donc que l'intimé ait rendu la décision querellée sans procéder à de plus amples investigations s'agissant des atteintes somatiques de la recourante.

**c)** Plusieurs pièces relatives à l'aspect somatique ont ultérieurement été produites dans le cadre de la présente procédure judiciaire.

**aa)** En ce qui concerne l'atteinte subie le 14 janvier 2020, les documents versés à la procédure montrent que, six semaines après l'événement, le Dr T. \_\_\_\_\_ a constaté une asymétrie de mobilité des articulations temporo-mandibulaires, une tension musculaire sensible au niveau massétérien et temporal gauche, ainsi que des douleurs plus vives à la palpation rétro- et sous-mandibulaire proximale à gauche (cf. rapports du Dr T. \_\_\_\_\_ des 12 mars 2020 p. 2 et 8 mars 2021 p. 1). Il a en conséquence adressé la patiente aux spécialistes en chirurgie maxillo-faciale du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_ en mars 2020 pour un avis post

contusion de l'articulation temporo-mandibulaire gauche (cf. rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 12 mars 2020 p. 1), relevant à cette occasion les disponibilités de l'assurée en fonction de son horaire de travail (cf. ibid. p. 2) - étant rappelé que l'intéressée était alors employée à hauteur de dix heures par semaine comme aide à l'intégration jusqu'au 31 juillet 2020 (cf. procès-verbal d'entretien du 18 mai 2020). On sait de surcroît que, dans le cadre de la prise en charge au Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ débutée le 8 mai 2020, une période d'incapacité de travail totale a été attestée pour une durée de douze jours, du 18 au 29 mai 2020, avec une pleine récupération escomptée du point de vue de la réadaptation (cf. rapport de la Dre V.\_\_\_\_\_ indexé le 29 mai 2020). Cette prise en charge a mis en lumière une amélioration de la symptomatologie douloureuse au cours du mois de juin 2020 et a conduit à la confirmation d'une suspicion de capsulite de l'articulation temporo-mandibulaire gauche, justifiant une arthrocentèse prévue pour le 15 juillet 2020 avant une seconde intervention par l'anesthésiologue [...] (cf. rapport des Dres L.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ du 10 juillet 2020). Si, à un contrôle du 2 décembre 2020, le Dr T.\_\_\_\_\_ a constaté la persistance d'un syndrome cervico-vertébral avec une hypertonie des muscles scalènes, il a également admis que les consultations en chirurgie maxillo-faciale et une injection de toxine botulique avaient permis une régression de la contracture musculaire et des douleurs, la poursuite du traitement étant dans ces conditions indiquée sous forme d'exercices d'étirement musculaire, d'antalgie non spécifiée et d'éventuelles nouvelles injections de toxine botulique afin de réduire la contracture musculaire (cf. rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 8 mars 2021).

Ces éléments illustrent ainsi que dans un premier temps, selon les constats médicaux relatifs à la période courant jusqu'à la fin de l'année 2020 à tout le moins, l'atteinte subie au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire a connu une évolution favorable, sous traitement relativement peu invasif, et n'a pas été mise en lien avec une limitation durable de la capacité de travail de la recourante - situation qui prévalait par conséquent lorsque l'intimé a rendu les décisions litigieuses, le 7 octobre 2020. Sur le vu des éléments objectifs qui précèdent, on ne peut

que relativiser les limitations fonctionnelles décrites par le Dr T.\_\_\_\_\_ le 12 avril 2024 et supposées refléter la situation en lien avec la contracture musculaire à la fin de l'année 2020. Force est en effet de relever que rien dans les avis médicaux de l'époque n'évoquait de limitations significatives au niveau de l'endurance, de la communication orale ou des déplacements (cf. rapport du 12 avril 2024 p. 4 à 8).

S'il est vrai que le Dr T.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 17 décembre 2021, a décrit une situation dégradée, avec des douleurs neuropathiques de la sphère oto-rhino-laryngologique à gauche et une dysphonie assorties d'une médication lourde (opiacés, myorelaxants, antiépileptiques et somnifères) et justifiant une nouvelle période d'arrêt de travail, cette évolution est de toute évidence intervenue dans un second temps et, quoi qu'il en soit, postérieurement aux décisions rendues par l'OAI le 7 octobre 2020, qui définissent le cadre temporel de l'examen du juge (cf. TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 et les références citées). Partant, on ne saurait en tenir compte dans le cadre du présent litige. Le même constat s'impose s'agissant du syndrome douloureux chronique invalidant relevé le 21 décembre 2021 par le Dr I.\_\_\_\_\_ sur le vu de « *la clinique actuelle* ».

**bb)** Quant au diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial, évoqué pour la première fois devant la juridiction de céans, il doit être appréhendé avec circonspection.

On notera, à cet égard, que l'atteinte susdite est empreinte d'un certain flou sur le plan diagnostique, dès lors que le Dr T.\_\_\_\_\_ a mentionné le 12 mars 2020 un syndrome du défilé thoraco-brachial droit, qu'il a fait état le 8 mars 2021 d'un syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène bilatéral, qu'il n'a évoqué aucune atteinte de ce type le 17 décembre 2021 et qu'il a finalement signalé un syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène droit le 12 avril 2024. Il faut souligner, de surcroît, que le Dr T.\_\_\_\_\_ a, dans un premier temps, clairement indiqué que cette atteinte s'était développée suite à la contusion de l'articulation temporo-mandibulaire subie le 14 janvier 2020 (cf. rapport du 8 mars

2021). Or il a ensuite modifié sa position, pour retenir que le syndrome du défilé thoraco-brachial s'était développé depuis 2019 et avait ultérieurement été accentué par l'événement du 14 janvier 2020 (cf. rapport du 12 avril 2024 p. 3 et 9). Ce revirement, dépourvu de la moindre explication, ne peut qu'apparaître sujet à caution. A cela s'ajoute que, chronologiquement, le diagnostic susdit a été mentionné par le Dr T.\_\_\_\_\_ pour la première fois le 12 mars 2020 (cf. rapport du 12 mars 2020 p. 1), sans autre indication, et que ce médecin n'a au final appuyé sa position que sur des tests spécifiques réalisés le 2 décembre 2020 (cf. rapport du 12 avril 2024 p. 3), qui reflètent ainsi la situation clinique à une date postérieure à celle des décisions attaquées. Il convient également de relever que des limitations fonctionnelles contre-indiquant le travail au-dessus du niveau des épaules avaient déjà été signalées par le Dr T.\_\_\_\_\_ au cours de la procédure administrative, en lien avec des vertiges et des risques de chute (cf. rapports des 15 décembre 2015 [p. 2], 11 février 2016 [p. 2] et 12 décembre 2017 [p. 2]), et que les spécialistes de la Clinique N.\_\_\_\_\_ avaient, pour leur part, constaté des mouvements d'évitement au test de travail au-dessus du niveau de la tête mais sans pour autant estimer qu'il en résultait une limitation fonctionnelle objective (cf. rapport de synthèse du 9 juin 2016 p. 8). Partant, le fait que le Dr T.\_\_\_\_\_ ait ultérieurement réitéré cette même limitation fonctionnelle pour la mettre désormais en lien avec un syndrome du défilé thoraco-brachial (cf. rapport du 12 avril 2024 p. 8) n'apporte, en définitive, rien de nouveau mais constitue tout au plus une appréciation différente d'un élément déjà invoqué. On notera encore, au surplus, que les autres limitations fonctionnelles mentionnées en lien avec cette atteinte (notamment au niveau de l'utilisation de moyens de transport ou le port régulier de charges au-delà de 5 à 10 kg [cf. rapport du 12 avril 2024 p. 7]) reposent davantage sur des affirmations catégoriques que sur une motivation objective.

De telles circonstances sont par conséquent insuffisantes pour conclure à une atteinte à la santé incapacitante, à tout le moins à la date des décisions litigieuses.

**cc)** Au cours de la présente procédure judiciaire, le Dr T.\_\_\_\_\_ a également mentionné des développements au niveau de l'appareil locomoteur.

Ainsi, dans son rapport du 12 mars 2020, le Dr T.\_\_\_\_\_ a réitéré le diagnostic de syndrome du muscle pyramidal (précédemment réfuté par les spécialistes de la Clinique N.\_\_\_\_\_) et a mentionné de surcroît des lombo-pygalgies chroniques, sans toutefois étayer d'aucune façon ses observations ; on relèvera, au surplus, que la seule mention de douleurs - par définition subjectives - n'équivaut pas à la constatation objective d'un diagnostic. De tels éléments ne sauraient, partant, remettre en question les conclusions des spécialistes de la Clinique N.\_\_\_\_\_ reprises par le Dr Q.\_\_\_\_\_.

Aux termes de son rapport du 12 avril 2024, le Dr T.\_\_\_\_\_ a décrit des lombalgies, pygalgies et sciatalgies droites sur syndrome lombovertébral, un raccourcissement du muscle ilio-psoas, une arthropathie sacro-iliaque droite, une contusion postéro-supérieure droite du bassin et un syndrome du muscle pyramidal, précisant qu'il s'agissait là de diagnostics cliniques retenus à fin 2020. S'agissant du syndrome du muscle pyramidal, force est de rappeler qu'il avait déjà été écarté en 2016, sur la base d'un examen clinique et d'investigations notamment neurologiques ; le fait qu'il ait été à nouveau mentionné le 12 avril 2024 sans aucun élément objectif nouveau ne saurait par conséquent être déterminant. Concernant le syndrome lombovertébral, le Dr T.\_\_\_\_\_ s'est appuyé sur les constatations faites lors d'un examen clinique du 26 août 2020 (ayant montré un Schober lombaire à 10-12 cm, une distance doigts-sol de 20 cm, des douleurs à la pression des apophyses épineuses de L3 à L5 et une contracture de la musculature paravertébrale lombaire à prédominance droite [cf. rapport du 12 avril 2024 p. 3 et note de bas de page n° 2]). C'est dire que ces constatations n'ont été objectivées au mieux que le 26 août 2020. Ainsi, même dans l'hypothèse d'une détérioration de l'état de santé dans le contexte d'un octroi rétroactif de rente (cf. consid. 13 infra), une telle aggravation ne pourrait entrer en ligne de compte qu'à l'issue d'un délai de trois mois depuis le 26 août

2020 (art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; TF 9C\_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5 ; TFA I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b), délai qui n'était manifestement pas échu lorsque les décisions attaquées ont été rendues le 7 octobre 2020. Quant aux autres atteintes mentionnées sur le plan locomoteur, rien ne permet de les tenir pour contemporaines des décisions du 7 octobre 2020, le Dr T.\_\_\_\_\_ s'étant contenté d'affirmer qu'elles avaient été retenues à la fin de l'année 2020 sans qu'aucune indication concrète n'en atteste toutefois, ces diagnostics n'ayant notamment pas figuré dans les précédents comptes-rendus de ce médecin des 8 mars ou 17 décembre 2021.

Plus généralement, force est de relever que les éléments mis en exergue par le Dr T.\_\_\_\_\_ se basent sur des constatations cliniques extrêmement maigres - sans corrélation avec des examens d'imagerie (s'agissant notamment des troubles rachidiens, de l'arthropathie ou des raccourcissements musculaires) - et les douleurs subjectives rapportées par la recourante. De tels éléments sont insuffisants pour considérer comme vraisemblables les limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr T.\_\_\_\_\_ du point de vue de l'endurance, de l'entrée/sortie en voiture et du port de charges (cf. rapport du 12 avril 2024 p. 4 à 8).

**dd)** Pour le surplus, les rapports médicaux produits devant la Cour de céans se réfèrent aux atteintes investiguées et discutées dans les phases antérieures de la procédure, sans apporter d'éléments concrets qui auraient échappé à l'examen du Dr Q.\_\_\_\_\_. Il n'y a dès lors pas lieu d'étendre l'analyse à ce sujet.

**c)** Pour ce qui est de l'aspect physique, il convient donc de reconnaître à la recourante une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée.

Tout au plus ajoutera-t-on, par surabondance, qu'il demeure loisible à l'intéressée d'invoquer une aggravation de son état de santé somatique devant l'OAI, pour la période postérieure au 7 octobre 2020.

**10. a)** Sur le plan psychique, il est constant que les mesures d'instruction mises en œuvre suite au dépôt de la nouvelle demande de prestations le 3 février 2016 n'ont, dans un premier temps, révélé aucune atteinte significative. Notamment, aucune pathologie psychiatrique n'a été mise en lumière au cours du séjour de l'assurée à la Clinique N. \_\_\_\_\_ en 2016 (cf. rapport de synthèse du 9 juin 2016 p. 7).

**b)** Dans un deuxième temps, la Dre P. \_\_\_\_\_ et la psychologue G. \_\_\_\_\_ ont indiqué que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale dès le 11 août 2017 puis de 50 % dès le 15 août 2019, en lien avec un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et un trouble dépressif récurrent alors d'intensité sévère sans symptômes psychotiques, avec une évolution en dents de scie et des aspects hypomanes (cf. rapports des 16 juillet 2019 et 30 mars 2020). Se fondant sur les éléments ainsi mis en exergue par les thérapeutes de la recourante, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a conséquemment conclu à une capacité de travail nulle depuis le 11 août 2017, puis de 50 % depuis le 15 août 2019. Cela étant, les avis médicaux recueillis en procédure administrative étant concordants et la recourante n'émettant sur ce point aucun grief concret, il apparaît superflu de procéder dans le présent contexte à un examen plus détaillé de la situation à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence (cf. consid. 4d supra).

**c)** Il est vrai qu'à l'occasion d'un entretien téléphonique du 18 mai 2020, l'assurée a menacé d'attenter à sa vie (« *L'assurée pleure à chaudes larmes, nous informe qu'elle "n'a plus que [sic] se tirer une balle" et verbalise d'autres menaces pour sa vie* »). De tels propos, s'ils laissent certes transparaître le désarroi de la recourante au cours de l'entretien susdit, constituent néanmoins un élément strictement subjectif qui n'est relayé par aucun constat médical objectif au dossier. Ils ne suffisent donc pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une péjoration concrète de l'état de santé psychique.

**d)** Concernant les pièces produites par la recourante, elles ne témoignent pas d'une aggravation significative sur le plan psychiatrique. En effet, dans son rapport du 17 décembre 2021, le Dr T.\_\_\_\_\_ - qui n'est, du reste, pas psychiatre - a certes évoqué une problématique psychique mais sans autre motivation ; de même, dans son compte-rendu du 12 avril 2024, ce même médecin a mentionné une tendance à l'aggravation mais n'a pas détaillé son propos et s'est contenté pour le surplus de renvoyer à l'appréciation de la Dre P.\_\_\_\_\_. Quant à la Dre P.\_\_\_\_\_ et la psychologue G.\_\_\_\_\_, leur rapport du 25 janvier 2022 mentionne, il est vrai, une capacité résiduelle de travail désormais évaluée à 40 %, mais sans en exposer le fondement, respectivement sans expliquer l'évolution survenue depuis le précédent compte-rendu du 30 mars 2020 qui fixait la capacité résiduelle de travail à 50 %. Quoi qu'il en soit, leur appréciation concerne une période postérieure à la décision attaquée, le rapport daté du 25 janvier 2022 indiquant que la capacité de travail était « *désormais* » de 40 %. Par ailleurs, pour la période antérieure à octobre 2020, les auteurs du rapport relèvent qu'elles ne peuvent pas évaluer la capacité de travail de la recourante, celle-ci ayant interrompu son suivi en mai 2020. On ne peut, donc, se contenter du probable état d'épuisement évoqué sans autre précision par les spécialistes susdites pour la période antérieure au mois d'octobre 2020, au regard de l'interruption du suivi le 11 mai 2020.

**e)** Il suit de là que, pour ce qui est de l'aspect psychiatrique, rien n'incite à s'écarter des conclusions émises par le Dr Q.\_\_\_\_\_, reprises par l'OAI.

**11.** Sur le vu des éléments qui précèdent, il y a donc lieu de s'en tenir à la synthèse médicale établie par le Dr Q.\_\_\_\_\_ et de reconnaître à la recourante une capacité de travail nulle depuis le mois de juin 2017, respectivement de 50 % dans une activité adaptée depuis le mois d'août 2019.

**12. a)** Les critiques plus généralement formulées par la recourante à l'encontre de l'instruction menée par l'intimé sur le plan médical doivent

également être écartées. D'une part, on ne saurait reprocher à l'OAI de ne pas avoir requis le dossier relatif à l'événement du 14 janvier 2020 auprès de l'assureur-accidents compétent ou de ne pas avoir instruit plus avant les conséquences de cet événement (cf. réplique du 24 mars 2021 p. 5 et déterminations du 11 février 2022 p. 6). En effet, force est de rappeler que, suite à l'annonce faite par l'assurée le 18 mai 2020, l'office a sollicité des informations auprès du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ (cf. rapport de la Dre V.\_\_\_\_\_ indexé le 29 mai 2020), lesquelles ne laissaient pas suspecter d'incapacité de travail durable en lien avec ce nouvel élément. C'est d'autre part en vain que la recourante se prévaut de l'avis médical SMR du Dr J.\_\_\_\_\_ du 23 août 2019 évoquant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (cf. déterminations de la recourante du 7 mai 2021 p. 3), puisque cette mesure est de toute évidence apparue comme superflue au vu des renseignements médicaux complémentaires fournis par la suite et ayant fondé la synthèse opérée - de manière convaincante (cf. consid. 9 et 10 supra) - par le Dr Q.\_\_\_\_\_. Il apparaît en d'autres termes que, contrairement à ce soutient la recourante, l'instruction diligentée par l'OAI satisfait aux exigences posées en la matière (art. 43 al. 1 LPGA).

**b)** Il suit de là que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, telle que requise par la recourante, s'avère superflue et doit être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et les références citées).

**13.** Quand bien même la recourante a essentiellement concentré son argumentaire autour de l'aspect médical, il incombe encore à la Cour de céans de se prononcer plus globalement sur l'ensemble des éléments ayant conduit à la détermination du taux d'invalidité et, corrélativement, du droit à la rente.

**a)** Concernant la méthode d'évaluation de l'invalidité, il n'est pas contesté que la recourante, laquelle s'était précédemment vu reconnaître un statut mixte de 50 % active et 50 % ménagère lors de la

procédure ayant mené à la décision du 22 février 2011, doit désormais être considérée comme une personne active à 100 %. L'invalidité doit par conséquent être évaluée désormais à la lumière de la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

**b)** La recourante conteste par ailleurs sa capacité à exercer sur un marché équilibré du travail compte tenu de ses limitations fonctionnelles (cf. déterminations des 7 mai 2021 et 11 février 2022).

**aa)** La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C\_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2).

**bb)** En l'occurrence, les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée - telles que décrites par le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR le 28 avril 2020 - ne peuvent certes pas être négligées. Pour autant, elles n'apparaissent pas telles que seule une forme d'activité restreinte ou irréaliste (à cet égard, voir TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références citées) demeurerait accessible à la recourante. On évoquera, à cet égard, les pistes mentionnées le 26 juin 2020 par le Service de réadaptation de l'OAI - à savoir : « *un travail simple et répétitif*

*dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement, opératrice sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres) ».* Les circonstances de la présente affaire ne justifient donc pas de s'écarter de la notion de marché du travail équilibré.

**c)** Pour ce qui est de l'évaluation du préjudice économique, il y a d'emblée lieu de noter que la décision querellée se réfère à la notion d'invalidité moyenne pour allouer à la recourante le droit à un quart de rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2017 au 31 décembre 2018. Force est toutefois de constater que cette notion n'existe pas en assurance-invalidité. Si la loi connaît la notion d'incapacité de travail moyenne pour calculer le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, elle ne connaît en revanche pas, que ce soit sur le plan légal ou réglementaire, la notion d'invalidité moyenne pour fixer le degré d'invalidité. De fait, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que seule la notion d'incapacité de travail était déterminante sous l'angle de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (voir TFA I 75/03 du 6 février 2004 consid. 3.2, se référant à l'ancien art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur à l'époque). A l'évidence, la notion d'invalidité moyenne sur laquelle se fonde l'office intimé pour déterminer le droit à la rente est dépourvue de base légale et, partant, viole le droit fédéral.

Cela posé, il apparaît qu'aucun droit à la rente ne peut être reconnu pour les atteintes strictement somatiques invoquées dès 2016 à l'appui de la nouvelle demande de prestations de l'assurée. En effet, dans la mesure où l'absence d'activité stable depuis de nombreuses années justifie d'établir les revenus sans et avec invalidité sur la base des mêmes données statistiques relatives à une activité non qualifiée (comme cela découle, en particulier, de la fiche « *Calcul du salaire exigible* » du 26 juin 2020), ce que la recourante ne conteste pas, il s'ensuit que le degré d'invalidité se confond en l'espèce avec celui de l'incapacité de travail (TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2 et les références citées), étant de surcroît précisé que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein

temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'en principe, il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (TF 9C\_759/2018 du 18 février 2019 consid. 2 et les références citées). De ce qui précède, il ressort que l'assurée, capable sur le plan somatique d'exercer une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement de 20 %, doit à cet égard se voir reconnaître un taux d'invalidité de 20 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Il apparaît que la recourante a ensuite présenté une capacité de travail nulle dans toute activité dès le mois d'août 2017 en lien avec des troubles (psychiques) nouveaux par rapport aux atteintes prises en considération lors de la précédente décision du 22 février 2011, laquelle reposait exclusivement sur des troubles somatiques. Compte tenu du délai de carence d'une année posé à l'art. 28 al. 1 let. b LAI et dans la mesure où le calcul d'une incapacité de travail moyenne (voir notamment sur la question TF 9C\_1018/2010 du 12 mai 2011 consid. 3.2 et les références citées) n'entre pas en considération eu égard à l'exigibilité définie par les médecins de la Clinique N. \_\_\_\_\_ en lien avec les atteintes somatiques préexistantes (pleine capacité de travail avec diminution de rendement de 20 %), l'intéressée peut en conséquence prétendre à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 2018. L'assurée a ensuite récupéré une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée à compter du mois d'août 2019, aboutissant à un taux d'invalidité de 55 % selon les calculs effectués par l'office intimé – calculs qui ne sont pas contestés par la recourante et qui, vérifiés d'office, peuvent être confirmés. Le droit à une demi-rente peut donc être reconnu à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2019, soit après trois mois d'amélioration (art. 88a al. 1 RAI).

Dans cette mesure, il apparaît que la position de l'office intimé ne peut être que partiellement suivie. Pour le surplus, on soulignera encore que la perception d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2018 au 30 novembre 2019 s'avère plus favorable à la recourante que l'octroi d'un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2017 au 31 décembre 2018

puis d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2019 tel qu'initialement décidé par l'intimé.

**14.** En tant que la recourante sollicite que les frais d'établissement du rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 12 avril 2024 soient mis à la charge de l'OAI, il y a lieu de relever que les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 in fine ; TF 08C\_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR UV n° 24 p. 75). Tel n'est toutefois pas le cas en l'espèce, de sorte que les frais d'établissement du rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ ne sauraient être mis à la charge de l'OAI.

**15. a)** En conclusion, le recours doit être partiellement admis et les décisions attaquées réformées, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> août 2018 au 30 novembre 2019, puis à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2019.

**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 en l'occurrence à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante par 200 fr. et de l'OAI par 200 francs.

**c)** La recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduite à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité réduite à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**

**prononce :**

- I. Le recours déposé le 6 novembre 2020 par M.\_\_\_\_\_ est partiellement admis.
  
- II. Les décisions rendues le 7 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées, en ce sens que M.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2018 au 30 novembre 2019 puis à une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2019.
  
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de M.\_\_\_\_\_.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M.\_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens réduits.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour M.\_\_\_\_\_),
- 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 :