

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 octobre 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
 M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

O._____, à [...], recourante, représentée par Swiss Claims Network SA, à
Fribourg,

et

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

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

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de bijoutier, travaillait depuis le 1^{er} juin 2005 comme bijoutière-joaillière au service de FA. _____ SA. Le 2 mai 2011, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), signalant être en incapacité de travail depuis le 4 novembre 2010 en raison d'un burn out et d'une dépression sévère.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli des informations auprès de l'employeur qui a indiqué, le 11 mai 2011, que le salaire annuel de l'assurée était de 89'250 fr. depuis le 1^{er} janvier 2011.

Dans un rapport du 11 juillet 2011, le Dr J. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif, de trouble dépressif récurrent et de trouble de la personnalité dépendante. Il était d'avis que l'assurée présentait une incapacité de travail totale de manière durable dans l'activité de joaillière.

Sur mandat d'expertise de l'assureur perte de gain, l'assurée a été examinée le 11 octobre 2011 par le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 14 octobre 2011, l'expert a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif récurrent d'intensité moyenne, sans symptômes psychotiques, réactionnel à un conflit professionnel, actuellement en rémission partielle (F33.11). Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné une accentuation de certains traits de personnalité, traits de personnalité histrionique (Z73.1), et des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Il a précisé que les traits de personnalité histrionique de l'assurée influençaient négativement la capacité de travail, sans qu'un trouble de la personnalité ne puisse être retenu. L'expert a aussi observé que la capacité de résilience de l'investiguée était réduite. Il était d'avis que l'incapacité de travail de la prénommée était justifiée au moment de

l'expertise. Le Dr F. _____ a émis un pronostic favorable concernant la récupération d'une pleine capacité de travail, mais il préconisait la poursuite d'une prise en charge psychothérapeutique hebdomadaire compte tenu du risque de rechute dépressive.

Il ressort d'une notice téléphonique du 14 mars 2012 versée au dossier que l'assurée a repris le travail à 50 % le 9 janvier 2012 auprès de son employeur à un poste avec des tâches simples d'archivage et de collage de pièces.

Selon une notice téléphonique du 17 octobre 2012, l'assurée a informé l'OAI que son employeur lui avait proposé une nouvelle fonction dans le domaine du marketing qu'elle exerçait depuis une semaine au taux de 50 %.

Le 23 septembre 2013, le Dr J. _____ a indiqué à l'OAI que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail depuis le 7 janvier 2013.

Par deux décisions séparées du 7 juillet 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2011 au 30 avril 2012 et une demi-rente pour la période du 1^{er} mai 2012 au 31 mars 2013.

B. Le 21 octobre 2014, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité, en mentionnant être en incapacité de travail totale depuis juin 2014 et présenter comme atteinte à la santé un burnout et une dépression sévère.

Dans un rapport du 12 mars 2015, le Dr J. _____ a indiqué à l'OAI que la recourante avait décompensé sur un mode anxiodépressif en été 2014 dans le cadre d'un conflit professionnel, ajoutant que l'assurée rapportait des actes relevant de mobbing survenus entre 2012 et 2014. Il a précisé que l'exacerbation de l'état anxiodépressif avait conduit à une hospitalisation psychiatrique à V. _____ en décembre 2014.

Dans un rapport du 12 juin 2015, la Dre D._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 6 février 2015. Elle lui avait été adressée par le médecin traitant en raison de rachialgies chroniques de longue date qui étaient exacerbées depuis deux mois. Les douleurs lombaires étaient accompagnées de fessalgies et de douleurs irradiant au niveau de la périhanche droite et sur la face latérale de la cuisse droite. La Dre D._____ a également mentionné que l'assurée avait fait une chute le 9 mai 2015 et présentait depuis lors une symptomatologie au niveau de la cheville droite qui avait déjà subi une entorse par le passé. Elle a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites non irritatives et non déficitaires sur troubles dégénératifs et discopathies pluriétagées L4-L5 et L5-S1 et de périarthrite de hanche droite d'accompagnement. Elle était d'avis que l'activité habituelle de l'assurée, qui impliquait la position statique assise et cambrée, n'était pas adaptée à la problématique lombaire et que l'assurée devrait pouvoir exercer une activité permettant d'alterner la position assise et debout. Elle a ajouté que sa patiente était demandeuse d'un reclassement professionnel en tant que maître socio-éducatif.

Dans un rapport du 21 juin 2015, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif modéré (F32.1) depuis juin 2014 et de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.3) depuis plusieurs années. Elle était d'avis que la capacité de travail pourrait être de 50 % dès le mois de juillet 2015 si la symptomatologie continuait de se stabiliser.

Dans un rapport du 22 juillet 2015, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de hernie discale L5-S1 sur rupture de l'anneau fibreux.

Dans un rapport du 10 août 2015, le Dr K._____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif récurrent et de lombalgies. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné un status post plastie ligamentaire de la cheville gauche en 2004, un status post plastie ligamentaire de la cheville

droite en 2006, un status post synovectomie du fléchisseur du 4^e doigt gauche, une polyarthrite de la hanche droite et des migraines sans aura. Il était d'avis que l'activité de bijoutière-joaillière n'était plus exigible en raison des dorsalgies et lombalgies et qu'une réadaptation professionnelle était souhaitable.

Le 25 septembre 2015, le service de réadaptation de l'OAI a estimé que l'activité de bijoutière qualifiée qu'exerçait l'assurée au sein de son précédent employeur n'était plus adaptée en raison de limitations fonctionnelles physiques et psychiques et que la prise en charge d'une reconversion professionnelle pouvait lui être octroyée (rapport « IP - Proposition de DDP » du 25 septembre 2015).

L'OAI a ainsi mis l'assurée au bénéfice d'une formation pratique de maîtresse socioprofessionnelle à compter du 1^{er} octobre 2015 au taux de 100 % (cf. communication du 1^{er} octobre 2015).

Dans un rapport du 9 octobre 2015, la Dre B._____, psychiatre traitante de l'assurée depuis août 2015, a indiqué à l'OAI que sa patiente présentait une fatigue importante, des troubles du sommeil de longue date, ainsi qu'une fragilité dans la gestion des émotions et du stress. Il lui semblait adéquat de diminuer la charge de travail de l'assurée en lui permettant de poursuivre la mesure professionnelle au taux de 80 % au lieu de 100 %. Elle a précisé qu'elle voyait l'assurée à raison d'un entretien par semaine, qu'une infirmière en psychiatrie intervenait aussi et que l'assurée poursuivait sa médication de fluoxétine.

L'OAI a donné une suite favorable à cette demande et la formation pratique s'est donc poursuivie au taux de 80 %.

Le 1^{er} août 2017, l'assurée a débuté une formation théorique de maîtresse socioprofessionnelle auprès de l'école U._____, en parallèle à sa formation pratique dont le taux de présence a été ramené à 50 %. Sur la base des informations médicales obtenues, l'OAI a en effet accepté que le stage pratique se poursuive au taux de 50 % compte tenu de la

formation théorique de 30 % (cf. rapport « REA - Proposition/bilan de mesure du 3 avril 2017 et communications du 3 mai 2017 de l'OAI).

La formation professionnelle s'est terminée avec succès en septembre 2020 avec l'obtention d'un diplôme de maîtresse socioprofessionnelle.

Du 11 au 15 septembre 2020, l'assurée a séjourné à H. _____ pour un suivi neurologique. Dans le rapport du 3 novembre 2020 relatif à ce séjour, les médecins de cet établissement ont mentionné que l'assurée avait consulté les urgences du T. _____ le 10 septembre 2020 en raison de troubles neurologiques sensitivo-moteurs. Elle présentait alors depuis le 5 septembre 2020 une faiblesse au niveau des extenseurs du genou droit et un pied tombant à droite. Elle avait par la suite développé des troubles sensitifs avec une hypoesthésie du pied droit ainsi qu'au niveau du visage à droite. Elle décrivait également des céphalées en casques d'installation progressive, d'intensité modérée, pulsatiles avec photo et phonophobie, sans aura visuelle, ainsi que la présence de nausées sans vomissement. Les médecins de H. _____ ont aussi indiqué que leurs collègues du T. _____ suspectaient essentiellement des troubles d'origine fonctionnelle au vu du status neurologique et de l'imagerie chez une patiente connue pour des antécédents de somatisation. Les médecins de H. _____ ont posé le diagnostic principal de déficit neurologique d'origine fonctionnelle avec diagnostic différentiel de hernie discale L5-S1. En présence d'une évolution rassurante, l'assurée avait pu rentrer à domicile le 15 septembre 2020. Pour la suite, il était notamment prévu de réaliser des infiltrations facettaires et de la physiothérapie bihebdomadaire.

Dans le cadre de ce séjour hospitalier, l'assurée a été examinée par le Dr S. _____, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis, qui a estimé qu'elle présentait une symptomatologie qui correspondait à une lombosciatique. A cet égard, il a observé que l'imagerie mettait en évidence une hernie discale L5-S1 qui rentrait en conflit avec la racine S1 à droite et qui comparativement aux imageries

précédentes avait augmenté en taille avec une compression bien plus marquée. Le 22 septembre 2020, l'assurée a été vue à nouveau par ce spécialiste, qui a noté qu'elle marchait avec une canne en raison des douleurs et qu'une infiltration péri-durale au niveau L5-S1 réalisée une semaine plus tôt avait amélioré la situation pendant quelques jours seulement. Il avait alors proposé un geste chirurgical à l'assurée sans pouvoir lui promettre une amélioration au vu des rapports de ses collègues neurologues qui mettaient en évidence une symptomatologie mixte (cf. rapport du 30 octobre 2020 du Dr S._____).

Le 23 octobre 2020, la Dre B._____ a informé l'OAI que l'état de santé somatique de l'assurée s'était dégradé en été 2020, précisant que la prénommée s'était faite opérée en octobre d'une hernie discale qui s'inscrivait dans un contexte de douleurs chroniques (lombalgies, épicondylite, hyperlaxité ligamentaire, migraines, troubles neurologiques) et de fatigue chronique qui l'épuisaient depuis plusieurs années et qui l'avaient contrainte à effectuer sa réinsertion professionnelle à temps partiel. Si le trouble dépressif récurrent était alors stabilisé, les douleurs somatiques et la fatigue chronique généraient un épuisement psychique également. Elle était d'avis que l'activité de maîtresse socioprofessionnelle était adaptée à l'état de santé de l'assurée, mais elle ne pensait pas que sa patiente pourrait l'exercer à plein temps, un taux d'activité de 50 % lui paraissant souhaitable afin d'assurer l'exercice d'une activité professionnelle sur le long terme.

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2020, le Dr S._____ a indiqué avoir procédé le 9 octobre 2020 à une décompression et ablation de la hernie discale L5-S1 avec une bonne évolution, l'assurée signalant que ses douleurs avaient pratiquement disparu. Il lui avait prescrit de la physiothérapie pour renforcement musculaire et diminution des quelques douleurs résiduelles persistantes au niveau lombaire. L'assurée l'avait informé qu'elle avait retrouvé un travail pour le mois de février 2021 et il ne voyait pas de contre-indication à une reprise du travail. Il n'avait pas prévu de revoir la patiente, qui avait prochainement rendez-vous en

rhumatologie pour un avis en lien avec un éventuel syndrome d'Ehlers Danlos.

Dans un rapport du 11 décembre 2020, la Dre W._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que l'assurée présentait depuis toujours des problématiques de l'appareil locomoteur de type entorses, subluxations et douleurs. Cette spécialiste a posé le diagnostic de très probable syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile et retenu une dysfonction locomotrice avec hyperlaxité, troubles de la proprioception et de la stabilisation, ainsi qu'une dysfonction cutanée et une dysfonction neurologique. La question se posait d'un syndrome des tissus conjonctifs et elle préconisait d'investiguer les petites fibres. Elle avait prescrit un traitement pour la problématique du sommeil et la fatigue.

Dans un rapport du 16 décembre 2020 à l'OAI, la Dre L._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après cure de hernie discale minimale invasive L5-S1 droite, de syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile, de troubles statiques et dégénératifs du rachis (discopathies L4-L5 et L5-S1 avec arthrose postérieure étagée), de migraines chroniques, de troubles du sommeil et de troubles dépressifs récurrents. Concernant l'intervention de la hernie discale du 9 octobre 2020, les suites avaient été simples et l'évolution favorable avec réduction de l'intensité du syndrome radiculaire, mais des lombalgies basses persistaient. Elle a expliqué que la hernie discale s'inscrivait dans un contexte de syndrome douloureux chronique et que les douleurs au plan ostéoarticulaire étaient intenses, multiples et concernaient tant le rachis cervical que lombaire avec des douleurs lors des mouvements exigeant force ou maintien de la même position. Les migraines étaient marquées avec plus de quinze épisodes par mois et entraînaient des troubles de la concentration. La Dre L._____ a estimé que la capacité de travail dans l'activité de bijoutière était nulle depuis 2010. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50 % depuis l'obtention du diplôme de maîtresse socioprofessionnelle. Elle a toutefois ajouté qu'un programme de réhabilitation du rachis et du périnée

était en cours et qu'elle avait prescrit à l'assurée un arrêt de travail à 100 % qui avait été prolongé jusqu'au 31 janvier 2021.

Dans un rapport du 27 janvier 2021, elle a confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport en précisant que les lombalgies et des douleurs du coude droit avaient été exacerbées par une chute sur le verglas survenue le 26 janvier 2021. Elle était d'avis que cet événement ne devrait pas entraver le début de l'activité professionnelle de l'assurée, dont la capacité de travail était de 50 % dès le 1^{er} février 2021. Comme limitations fonctionnelles, elle a mentionné l'impossibilité de rester debout de façon prolongée, de porter des charges lourdes ou d'effectuer des mouvements de rotation du tronc, les gestes répétitifs qui étaient contre-indiqués, ainsi que des troubles de la concentration dans un contexte de migraines, de trouble dépressif et de troubles du sommeil. Elle a précisé avoir émis des arrêts de travail de 100 % du 8 septembre 2020 au 31 janvier 2021.

Le 1^{er} février 2021, l'assurée a débuté une activité de maîtresse socioprofessionnelle au taux de 50 % auprès de CR. _____ pour un salaire mensuel brut de 2'871 fr. 65, versé treize fois l'an, sur la base d'un contrat de travail de durée indéterminée.

Le 16 février 2021, elle a consulté le service des cardiopathies du T. _____. Dans un rapport du 26 mars 2021 relatif à cette consultation, les médecins de ce service ont mentionné que l'assurée signalait une dyspnée d'effort évoluant depuis environ un an avec dyspnée dès un étage d'escaliers depuis six mois, des œdèmes des chevilles apparaissant en fin de journée, ainsi que des palpitations depuis juillet 2020 survenant au repos ainsi qu'à l'effort. Ils ont conclu que la situation cardiologique de la patiente restait dans l'ensemble rassurante et qu'il n'y avait pas d'arguments pour une origine cardiaque à cette dyspnée d'effort. Des examens complémentaires allaient toutefois être réalisés.

Dans un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du coude droit réalisée le 6 avril 2021 en raison de douleurs persistantes à

la suite d'une chute, le Dr PE._____, radiologue, a conclu à une épicondylite radiale avec une petite fissure intrinsèque de 5 mm et à l'absence de fracture.

Le 4 juin 2021, la Dre B._____ a informé l'OAI que l'état de santé psychique de l'assurée se dégradait et qu'elle était au bord de l'implosion.

A la suite d'un avis du 18 juin 2021 du Dr AL._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), préconisant la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, l'OAI a signalé à l'assurée qu'il estimait nécessaire qu'elle se soumette à une expertise.

Le 20 août 2021, la Dre B._____ a indiqué à l'OAI qu'elle avait dû mettre l'assurée en arrêt maladie en raison d'un état d'épuisement. Elle a ajouté qu'elle ne comprenait pas la décision de mettre en œuvre une expertise, qui angoissait et surchargeait sa patiente.

Dans un courriel du 17 septembre 2021, R._____ a informé l'OAI que l'assurée était hospitalisée dans cet établissement depuis le 2 septembre 2021.

Dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire que l'OAI a confié à P._____, l'assurée a été vue le 14 octobre 2021 par le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 29 octobre 2021 par le Dr M._____, médecin praticien, et le 4 novembre 2021 par le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie. Les experts ont retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de status post chirurgie lombaire, de fragilité capillaire dans le contexte d'un syndrome d'Ehlers Danlos, de céphalées chroniques migraineuses avec ou sans aura traitées, d'acro-syndrome des extrémités et de maladie des petites fibres neurologiques des extrémités. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, de déconditionnement lombaire et cardio-musculaire avec syndrome de

dysbalance musculaire, de douleurs articulaires et syndrome douloureux chronique probablement en lien avec un syndrome d'Ehlers Danlos de type hypermobile, d'insomnies chroniques sans substrat somatique interniste, d'adhérences abdominales post laparoscopie exploratrice et post appendicectomie, de presbycusie non appareillée, de constipation chronique traitée, d'hypermétropie et presbytie corrigées et d'allergie aux pénicillines. Ils ont conclu que d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée avait toujours été de 100 % excepté de février à octobre 2015 en raison du conflit professionnel aigu avec l'employeur. Sur le plan rhumatologique, ils ont retenu que la capacité de travail dans l'activité de maîtresse socioprofessionnelle avait toujours été de 100 %, sauf entre octobre 2020 et janvier 2021 en raison de la cure de hernie discale. Du point de vue de la médecine interne, ils ont estimé que la capacité de travail médico-théorique avait été de 100 % jusqu'en octobre 2017, puis de 70 % en moyenne depuis novembre 2017 en raison de l'exacerbation des migraines et qu'elle était désormais de 85 % (par baisse de rendement) depuis le 1^{er} février 2021 avec la mise en place d'un traitement qui avait permis de réduire la fréquence des céphalées (rapport d'expertise du 7 mars 2022).

Dans un rapport du 2 novembre 2021, la Dre W._____ a confirmé le diagnostic de syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile, précisant que les critères diagnostics 2017 de Malfait étaient remplis. Il n'y avait pas de traitement médical pour cette maladie, mais seulement pour certains symptômes. Elle a émis un pronostic positif. Selon elle, la capacité de travail devrait être améliorée avec une rééducation adéquate locomotrice et l'assurée pourrait probablement passer d'une capacité de travail de 50 % à 60 % d'ici quelques mois puis jusqu'à 80 %. Cette évolution dépendrait de la capacité de récupération de l'assurée, mais aussi des autres diagnostics qui restaient à exclure, notamment les troubles du sommeil et la neuropathie des petites fibres.

Dans un rapport du 15 décembre 2021, le Dr G._____, directeur médical adjoint à R._____ a indiqué que l'assurée avait été hospitalisée dans cet établissement du 2 septembre au 27 novembre

2021. Elle avait été adressée à la clinique par la psychiatre traitante en raison d'une décompensation anxieuse et dépressive sur fond d'épuisement psychique prolongé et sévère. A l'admission, le tableau clinique était caractérisé par la présence d'une tristesse importante, d'une anxiété, d'un sentiment de désespoir, d'une baisse de l'élan vital, d'une perception négative du futur avec ruminations suicidaires et d'un sentiment d'injustice envahissant. Le Dr G._____ a aussi relevé la présence d'une anhédonie, d'une fatigue importante, d'une dévalorisation massive et d'une préoccupation parfois envahissante concernant sa situation sociale. L'assurée présentait une symptomatologie dépressive d'intensité sévère, dans un contexte de trouble dépressif récurrent avec des aspects chroniques installés, aggravés par l'asthénie probablement induite par le syndrome d'Ehlers Danlos. Le Dr G._____ a aussi indiqué que les douleurs chroniques et la fatigue importante de l'assurée étaient en partie liées à la dépression mais aussi probablement au syndrome d'Ehlers Danlos. Un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2), a été posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Le Dr G._____ a également mentionné le syndrome d'Ehlers Danlos en précisant que l'évaluation de l'impact exact de ce trouble sur la capacité de travail incombait à un somaticien. Durant l'hospitalisation, une incapacité de travail avait été attestée de 100 % du 2 septembre au 14 novembre 2021, puis de 75 % dès le 15 novembre 2021. Le Dr G._____ a émis un pronostic réservé quant à l'évolution de la capacité de travail de l'assurée et il lui semblait peu probable qu'une récupération puisse aller au-delà du taux de 50 % au vu de la fragilité psychique de l'assurée.

Il ressort d'un courriel du 21 mars 2022 de l'assureur perte de gain à l'OAI que l'assurée a repris son travail de maîtresse socioprofessionnelle au taux contractuel de 50 % depuis le 19 décembre 2021.

Se déterminant le 23 mars 2022 sur l'expertise de P._____, le Dr AL._____ du SMR a mentionné qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter, en précisant qu'il convenait toutefois d'admettre l'existence d'une

incapacité de travail totale durant la période d'hospitalisation de l'assurée. Il a conclu à une capacité de travail nulle depuis 2014 dans l'ancienne activité de bijoutière-joaillière. Dans l'activité de maîtresse socioprofessionnelle qui était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, il a retenu les capacités de travail suivantes : 100 % de novembre 2015 à octobre 2017, 70 % de novembre 2017 à septembre 2020, 0 % d'octobre 2020 à janvier 2021, 85 % de février 2021 à juillet 2021, 0 % d'août 2021 au 14 novembre 2021, 50 % du 15 novembre 2021 au 18 décembre 2021 et 85 % dès le 19 décembre 2021.

Dans un projet de décision du 28 avril 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière du 1^{er} avril 2015 au 30 avril 2021, sous déduction des indemnités journalières versées. Il a estimé que son état de santé s'était amélioré depuis le 1^{er} février 2021 et qu'une capacité de travail de 85 % était exigible depuis lors dans l'activité de maîtresse socioprofessionnelle qui était adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que la rente était supprimée au 1^{er} mai 2021.

Dans un courrier du 20 mai 2022, l'assurée, désormais représentée par Swiss Claims Network SA, a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision, en faisant valoir qu'elle n'était pas en mesure de travailler à un taux supérieur à 50 %. Le 22 juin 2022, elle a complété ses observations en contestant la valeur probante de l'expertise de P._____ et a produit un rapport du 20 juin 2022 de la Dre B._____, qui s'est déterminée sur le volet psychiatrique de l'expertise dont elle ne partageait pas les conclusions et qui a conclu qu'il était impératif que le taux d'activité de l'assurée n'excède pas 50 % pour pouvoir préserver une capacité de gain sur la durée.

Dans un avis du 6 juillet 2022, le Dr AL._____ du SMR a proposé de poursuivre l'instruction afin de recueillir des informations sur la période d'hospitalisation à R._____ et sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise.

Le 3 août 2022, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 25 juillet 2022 de la Dre L._____, dans lequel cette spécialiste s'est déterminée sur le volet somatique de l'expertise, en observant notamment que l'impact des troubles liés au syndrome d'Ehlers Danlos avait été minimisé.

Sur interpellation de l'OAI, la Dre B._____ a établi le 23 août 2022 un rapport dans lequel elle a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (F33.4), en précisant que l'évolution depuis la fin de l'année 2021 était stationnaire et fragile. Elle a exposé qu'après son travail, l'assurée rentrait chez elle manger puis faisait souvent une sieste d'une à deux heures. Elle peinait par ailleurs à faire les tâches administratives et ménagères, se reposait souvent dans son temps libre et avait peu de loisirs et peu de contacts sociaux. Les limitations fonctionnelles durables étaient une anxiété importante, une labilité émotionnelle, un trouble du sommeil et une fragilité psychique, ce qui induisait une instabilité permanente et une grande fatigue. A cela s'ajoutaient les douleurs physiques et le temps consacré aux rendez-vous médicaux et à la physiothérapie. La psychiatre traitante a ajouté que l'assurée réussissait tout juste à maintenir son activité adaptée au taux de 50 %.

A la demande de l'OAI, R._____ lui a adressé le 12 octobre 2022 la lettre de sortie de l'assurée relative à son hospitalisation du 2 septembre au 27 novembre 2021.

Le 24 janvier 2023, l'assurée a transmis divers rapports médicaux à l'OAI, notamment les suivants :

- un rapport du 21 juillet 2022 du Dr A._____, médecin chef au Département de gynécologie obstétrique de TR._____, mentionnant que l'assurée avait séjourné du 15 au 16 juin 2022 dans ce service pour la pose d'un TVT (« Tension-free vaginal tape » ou bande vaginale sans tension) pour une incontinence d'effort ;

- un protocole opératoire du 8 décembre 2022 de la Dre LJ._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relatif à la mise en place d'une prothèse trapézo-métacarpienne touch à droite pour une rhizarthrose. Dans l'anamnèse, la Dre LJ._____ a mentionné que l'assurée avait été victime d'une chute dans les escaliers, à la suite de laquelle elle avait conservé des douleurs importantes à la base de son pouce malgré plusieurs infiltrations et un traitement d'ergothérapie.

Le 6 février 2023, l'assurée a remis à l'OAI un rapport du 2 février 2023 de Y._____, infirmière clinicienne au BA._____, qui a mentionné être chargée du suivi infirmier de l'assurée depuis 2016 à une fréquence d'une fois par semaine. Elle a expliqué que l'état de santé somatique et mentale dégradé de l'assurée avait demandé un travail de fond sur l'anxiété, la confiance en soi, l'estime de soi et la thymie pour lesquels elle avait consulté la Dre B._____. Sur le plan somatique, les lombalgies, sciatalgies et migraines, très présentes, entraînaient une asthénie conséquente, une baisse de l'humeur et des troubles du sommeil. Concernant la reconversion professionnelle, Y._____ a observé que l'assurée avait été très investie dans le cadre de cette mesure mais avait été régulièrement mise en arrêt de travail sur conseil de l'infirmière et de la psychiatre traitante en raison d'un épuisement dû aux douleurs et que ce parcours avait été difficile pour l'assurée. Un accompagnement hebdomadaire et les capacités de l'assurée lui avaient néanmoins permis de terminer sa formation professionnelle. Elle a ajouté que l'état de santé de la prénommée sur le plan physique s'était dégradé et qu'après une « errance médicale » en lien avec une symptomatologie multiple, ce n'était qu'en 2020 que le syndrome d'Ehlers Danlos avait été évoqué, lequel était compatible avec la clinique présentée par l'assurée depuis de nombreuses années. Entre la fin de la formation professionnelle et la conclusion du contrat de travail avec CR._____, la santé de l'assurée n'avait cessé de se dégrader, la prénommée ayant dû subir de nombreuses interventions chirurgicales et des hospitalisations, la dernière à la R._____ dans un contexte d'épuisement psychique avec des idées suicidaires tant elle souffrait dans son corps. Sa connaissance de la

problématique de santé de l'assurée en raison d'un suivi intensif et continu depuis de nombreuses années lui permettait de dire que l'état de santé somatique de l'assurée avait un impact direct sur l'état de santé mentale. Pour l'infirmière Y._____, un 50 % d'incapacité de travail était évident au risque que l'état de santé de l'assurée ne se dégrade au point de ne plus avoir aucune capacité de travail. Elle a ajouté que la santé de l'assurée nécessitait un suivi médical pluridisciplinaire et infirmier pour permettre une poursuite d'activité à 50 % sur le long terme.

Se déterminant le 2 mars 2023 sur les nouvelles pièces versées au dossier, le Dr AL._____ du SMR a proposé de retenir que la recourante présentait une capacité de travail de 50 % depuis décembre 2021 (au lieu de 85 %) et a renvoyé à son appréciation du 23 mars 2022 pour les périodes d'incapacité de travail antérieures.

Dans un projet de décision du 30 mars 2023, annulant et remplaçant le précédent projet de décision du 28 avril 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière du 1^{er} avril 2015 au 30 avril 2021, sous déduction des indemnités journalières versées, puis une rente de 65 % à compter du 1^{er} août 2022. L'OAI a estimé qu'à l'issue de sa formation en septembre 2020, l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 31 janvier 2021 et que son état de santé s'était amélioré dès le 1^{er} février 2021 avec une capacité de travail de 85 % dans une activité adaptée, ce qui entraînait la suppression de sa rente entière à compter du 1^{er} mai 2021, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail. Par la suite, elle avait présenté une aggravation de son état de santé en août 2021, avec une incapacité de travail de 50 % dans toute activité adaptée, ce qui entraînait un degré d'invalidité de 65 % et ouvrait le droit à une rente de 65 % dès le 1^{er} août 2022, au terme du délai d'atteinte d'une année.

Dans un courrier du 10 mai 2023, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, en faisant valoir qu'elle présentait une incapacité de travail sans interruption depuis le dépôt de sa demande de prestations. Avec son écriture, elle a produit divers certificats d'incapacité de travail.

Se déterminant le 3 juillet 2023 sur les nouvelles pièces produites par l'assurée, le Dr AL._____ du SMR a estimé qu'elles n'apportaient aucun élément nouveau sur le plan médical.

Par décision du 14 juillet 2023, directement notifiée à l'assurée, l'OAI, par l'intermédiaire de la Caisse de compensation [...], a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de 65 % dès le 1^{er} juillet 2023, en l'informant qu'une seconde décision portant sur les droits rétroactifs dès avril 2015 lui parviendrait ultérieurement.

Le 4 septembre 2023, l'OAI, toujours par l'intermédiaire de la Caisse de compensation [...], a rendu deux décisions par lesquelles il a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité, respectivement du 1^{er} avril 2015 au 31 décembre 2015 et du 1^{er} septembre 2020 au 30 avril 2021.

Le même jour, il a rendu une troisième décision octroyant à la prénommée une rente de 65 % du 1^{er} août 2022 au 30 juin 2023.

Dans un courriel du 5 septembre 2023, l'OAI a expliqué l'absence de versement de rente d'invalidité entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 août 2020 par le fait que des indemnités journalières de l'assurance-invalidité avaient été versées à l'assurée durant cette période.

A la suite de divers échanges entre le mandataire de l'assurée et l'OAI et la Caisse de compensation [...], cette dernière a transmis au conseil de l'assurée la décision du 14 juillet 2023 par courriel du 11 septembre 2023, en lui confirmant que le délai pour une éventuelle « opposition » commençait à courir dès réception dudit courriel.

A noter que les décisions précitées portent par erreur l'en-tête de l'Office cantonal AI de Genève au lieu de l'OAI.

C. Par acte de son mandataire du 2 octobre 2023 (date du sceau postal), O. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre les décisions du 4 septembre 2023 en concluant à leur annulation et à la reconnaissance du droit à une rente d'invalidité ininterrompue depuis le 1^{er} avril 2015, précisant qu'elle contestait uniquement le refus de lui allouer une rente pour la période du 1^{er} mai 2021 au 30 juillet 2022. En substance, elle a contesté la valeur probante de l'expertise de P. _____ sur laquelle s'était fondé l'OAI pour retenir une capacité de travail de 85 % entre le 1^{er} février 2021 et le 30 juillet 2021 et a soutenu que sa capacité de travail n'avait jamais dépassé le taux de 50 % durant cette période, de sorte qu'il y avait lieu de lui reconnaître une invalidité de 65 % depuis le 1^{er} mai 2021. A l'appui de son recours, elle a produit diverses pièces.

Dans sa réponse du 21 novembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours.

La recourante a confirmé ses conclusions le 1^{er} décembre 2023.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si la personne assurée ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

b) En l'espèce, l'intimé s'est prononcé sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015 par quatre décisions séparées. Il a ainsi rendu la première décision du 14 juillet 2023

pour la période courante en octroyant une rente de 65 % à compter du 1^{er} juillet 2023 puis a rendu dans un deuxième temps les trois décisions du 4 septembre 2023 réglant le droit aux prestations pour la période antérieure.

Au vu des principes exposés au considérant précédent, l'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2021. Il peut être précisé que l'octroi d'une rente entière à la recourante du 1^{er} avril 2015 au 30 avril 2021, sous réserve des périodes durant lesquelles des indemnités journalières AI lui ont été versées, n'est pas contesté et ne paraît pas critiquable.

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

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

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

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

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

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

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

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. a) En l'espèce, l'intimé a reconnu que la capacité de travail de la recourante est nulle depuis mai 2014 dans son activité habituelle de bijoutière-joaillière qui n'est médicalement plus exigible. Il l'a mise au bénéfice d'une reconversion professionnelle dans le métier de maîtresse socioprofessionnelle, qui s'est terminée avec succès en septembre 2020. Les parties s'accordent sur le fait que cette activité est adaptée aux limitations fonctionnelles de la prénommée, mais divergent sur le taux de la capacité de travail dans cette profession ou dans toute autre activité adaptée. A l'issue de cette formation, la recourante a trouvé un emploi dans ce domaine au taux de 50 % dès le 1^{er} février 2021.

L'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise de P. _____ et sur l'avis du Dr AL. _____ du SMR pour retenir qu'à la fin de sa reconversion professionnelle, la recourante a présenté une incapacité de travail totale du 1^{er} octobre 2020 au 31 janvier 2021 dans toute activité adaptée, ce qui justifiait le maintien d'une rente entière allouée dès le 1^{er} avril 2015, mais qu'elle avait ensuite recouvré une capacité de travail de 85 % dès le 1^{er} février 2021, ce qui entraînait un degré d'invalidité de 14 %, qui était inférieur au taux de 40 % nécessaire pour maintenir le droit à la rente, de sorte qu'une rente entière a été octroyée jusqu'au 30 avril 2021 (soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de la recourante). L'intimé a aussi estimé que l'état de santé de la recourante s'était aggravé par la suite et que sa capacité de travail était désormais de 50 % depuis août 2021, ce qui entraînait un degré d'invalidité de 65 %, et l'a mise au bénéfice d'une rente de 65 % dès le 1^{er} août 2022, en faisant application du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI).

L'intimé semble avoir considéré que l'invalidité entre 2014 et janvier 2021 résultait du trouble dépressif uniquement et que l'incapacité de travail de 50 % depuis août 2021 est due à une nouvelle atteinte à la santé d'origine somatique, ce qui justifierait l'application du délai de carence d'une année avant l'octroi d'une rente.

b) Pour les raisons qui seront exposées ci-dessous, l'intimé ne peut pas être suivi lorsqu'il retient que la recourante a présenté une nouvelle atteinte à la santé en août 2021 à l'origine d'une nouvelle incapacité de travail de 50 % dès cette date, les éléments du dossier devant conduire la Cour de céans à considérer que la recourante présente une incapacité de travail de 50 % dans toute activité adaptée déjà depuis le 1^{er} février 2021 en raison d'atteintes à la santé incapacitantes qui prévalaient antérieurement à cette date.

c) En effet, si la deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée en août 2014 reposait sur un nouvel épisode dépressif, il ressort du dossier que des atteintes physiques incapacitantes se sont très tôt ajoutées à la problématique psychiatrique. La recourante présente en particulier des lombo-sciatalgies droites sur hernie discale L5-S1 droite, ainsi que des lombalgies dans le cadre de troubles dégénératifs et discopathies pluri-étagées. L'intimé a reconnu que la problématique lombaire n'était plus compatible avec l'activité habituelle de bijoutière-joaillière et a mis l'assurée au bénéfice d'une formation de maîtresse socioprofessionnelle à compter d'octobre 2015. La recourante présente également des douleurs chroniques multiples, des migraines, des troubles du sommeil et une fatigue chronique dans un contexte de syndrome d'Ehlers Danlos. Si cette maladie ne lui a été diagnostiquée qu'à la fin de l'année 2020, les symptômes précités sont présents depuis plusieurs années selon les rapports médicaux versés au dossier. C'est dans un tel contexte d'atteintes tant somatiques que psychique que l'intimé a accepté d'adapter à la baisse le taux de présence de la recourante à la formation pratique prévue initialement à 100 %. En 2015 déjà, le taux de présence de la recourante a été ramené à 80 %, puis a été réduit à 50 % en 2017 lorsque la prénommée a débuté en parallèle

sa formation théorique. Alors que l'épisode dépressif a connu une évolution favorable et que la Dre B. _____ a observé en octobre 2020 que le trouble dépressif était stabilisé, tel n'a pas été le cas de l'état de santé somatique de la recourante qui s'est dégradé dans le courant de l'été 2020 et a fait l'objet de diverses investigations médicales. En septembre 2020, elle a consulté pour des troubles sensitivo-moteurs et le diagnostic de déficit neurologique d'origine fonctionnelle a été évoqué. Les douleurs lombaires se sont également péjorées et ont donné lieu à des infiltrations sans obtenir le résultat escompté. Le Dr S. _____ a lui aussi relevé en septembre 2020 l'existence d'une symptomatologie mixte tout en mettant en évidence une lombosciatique S1 à droite après avoir observé sur les imageries que la hernie discale L5-S1 de la recourante avait augmenté en taille. Le 9 octobre 2020, la recourante a subi une cure de hernie discale et le Dr L. _____ a observé, le 16 décembre 2020, que cette intervention avait permis de réduire le syndrome radiculaire hyperalgique qu'elle présentait auparavant, mais que des lombalgies basses persistaient. Elle a ajouté que la hernie s'inscrivait dans un contexte de syndrome douloureux chronique, la recourante présentant des douleurs multiples au niveau du rachis cervical et lombaire. Elle avait également des migraines fréquentes et marquées qui entraînaient des troubles de la concentration. La recourante présentait alors aussi une épicondylite droite qui la gênait dans les gestes répétitifs. A la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, la Dre L. _____ a indiqué qu'elle était de 50 % depuis l'obtention du diplôme de maître socioprofessionnel, mais elle a ajouté qu'un programme de réhabilitation du rachis était en cours et que l'arrêt de travail de 100 %, qu'elle avait attesté depuis le 8 septembre 2020, avait été prolongé jusqu'au 31 janvier 2021. A noter que déjà en octobre 2020, la Dre B. _____ estimait elle aussi que la recourante ne pourrait pas travailler sur le long terme à un taux supérieur à 50 % même dans l'activité adaptée de maîtresse socioprofessionnelle. En décembre 2020, la recourante a consulté la rhumatologue W. _____ qui a posé le diagnostic de très probable syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, diagnostic qui a aussi été retenu par la Dre L. _____, qui s'est déterminée à nouveau sur la capacité de travail de la recourante par la suite en confirmant que la

capacité de travail était de 50 % depuis le 1^{er} février 2021 (cf. son rapport du 27 janvier 2021 et ses certificats d'arrêt de travail ultérieurs). Précisons qu'après des investigations complémentaires, la Dre W._____ a confirmé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, précisant que les atteintes des tissus conjonctifs étaient locomotrice, cutanée, neurologique et le sommeil (cf. son rapport du 2 novembre 2021). En juin 2021, la Dre B._____ a réitéré que la capacité de travail de la recourante était de 50 % dans toute activité pour une longue durée, précisant que l'état de santé psychique de la prénommée était préoccupant. Elle a ajouté que la recourante était au bord de l'implosion et qu'elle nécessiterait un arrêt de travail, mais que sa patiente s'y refusait par crainte de perdre son emploi. Dès le 20 août 2021, la recourante a été mise en arrêt de travail par sa psychiatre traitante, qui l'a adressée à R._____ en raison d'une décompensation anxieuse et dépressive sur fond d'épuisement psychique prolongé et sévère. Au cours de cette hospitalisation, qui a duré du 2 septembre au 27 novembre 2021, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique a été posé. Les médecins de cette clinique ont attesté une incapacité de travail de 100 % du 2 septembre au 15 novembre 2021, puis de 75 % dès le 15 novembre 2021. Ils ont par ailleurs émis un pronostic réservé quant à l'évolution de la capacité de travail. Ils étaient d'avis qu'au vu de la fragilité psychique de la recourante, il leur semblait peu probable qu'une récupération de la capacité de travail puisse aller au-delà du taux de 50 %.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante présente depuis de nombreuses années des atteintes à la santé incapacitantes non seulement de nature psychiatrique, mais aussi somatique. Ce n'est du reste pas seulement en raison du nouvel épisode dépressif apparu en 2014 que l'intimé a pris en charge les frais d'une reconversion professionnelle, qui s'est imposée aussi en raison des troubles physiques de la recourante. Aucune pièce médicale du dossier ne permet de retenir que la prénommée aurait présenté une atteinte à la santé incapacitante purement psychique jusqu'en février 2021, puis une différente atteinte incapacitante de nature somatique dès le mois d'août 2021, comme semble l'avoir fait l'intimé.

Il faut ensuite constater que les rapports des médecins traitants ne permettent pas de corroborer l'appréciation de l'intimé selon laquelle l'état de santé de la recourante s'est amélioré dès février 2021 avec une capacité de travail de 85 % entre février et juillet 2021. La recourante présente de nombreuses atteintes à la santé et comorbidités qui ont une incidence sur sa capacité de travail de longue date. Outre les céphalées chroniques migraineuses considérées comme incapacitantes par les experts de P._____, elle présente des douleurs articulaires, un syndrome douloureux chronique dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, ainsi que des insomnies entre autres, qui entraînent une asthénie importante. Sur le plan psychiatrique, il existe chez la recourante une comorbidité psychiatrique significative qui nécessite un suivi médical conséquent et un traitement médicamenteux antidépresseur depuis de nombreuses années, comme l'a observé le Dr AL._____ du SMR. La recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent depuis de très nombreuses années, qui a été en rémission à certaines périodes, mais qui a connu des épisodes de décompensation entraînant des incapacités de travail et des hospitalisations, la dernière entre septembre et novembre 2021, nonobstant un suivi psychiatrique régulier. Tous les médecins traitants, tant rhumatologues que psychiatres, qui se sont prononcés sur la capacité de travail de la recourante ont conclu qu'elle ne pouvait pas travailler au-delà du taux de 50 % déjà en février 2021 que ce soit dans l'activité de maîtresse socioprofessionnelle que dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans son avis du 2 mars 2023, le Dr AL._____ du SMR a révisé en partie sa précédente appréciation du 23 mars 2022 en admettant lui aussi que la recourante présentait de nombreuses atteintes à la santé et comorbidités qui entraînaient une incapacité de travail durable de 50 % (au lieu du taux de 85 % retenu précédemment) mais depuis décembre 2021. Pour la période antérieure, il a renvoyé à son précédent avis, dans lequel il avait retenu une capacité de travail de 85 % de février à juillet 2021 sur la base de l'expertise de P._____, puis de 0 % d'août au 14 novembre 2021 et de 50 % du 15 novembre au 18 décembre 2021 en raison de l'hospitalisation psychiatrique à R._____. Cela étant, le Dr AL._____ n'a pas expliqué

les raisons qui l'ont conduit à confirmer une capacité de travail de 85 % entre février et juillet 2021, alors que les pièces médicales versées au dossier reflètent que la situation de la recourante durant cette période était semblable à celle prévalant à compter décembre 2021. Si une aggravation transitoire ayant entraîné l'hospitalisation en psychiatrie de la recourante du 2 septembre au 27 novembre 2021 est avérée, aucun rapport médical ne fait état d'une amélioration de l'état de santé de la recourante entre février et juillet 2021, par rapport à sa situation médicale qui prévaut depuis décembre 2021.

Concernant l'avis des experts de P._____, qui concluent que seules les céphalées entraînent une diminution de la capacité de travail par baisse de rendement de 15 % depuis le 1^{er} février 2021, il ne peut pas être suivi. Cette appréciation, qui est en opposition avec les constatations unanimes de tous les spécialistes qui se sont déterminés sur la capacité de travail de la recourante, repose sur une expertise qui comporte des informations contredites par les pièces du dossier, qui ne tient pas compte de toutes les informations médicales existantes à la date de l'expertise, qui paraît insuffisamment étayée sur des points importants et qui en définitive ne peut pas être considérée comme probante.

En particulier, l'expert psychiatre de P._____ a estimé qu'au jour de l'examen, le 14 octobre 2021, le trouble dépressif récurrent de la recourante était en rémission depuis plusieurs années et que sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis à tout le moins octobre 2015 au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique (rapport d'expertise, p. 49). Or, cette appréciation est contredite par les constatations des médecins de R._____, qui ont retenu à la même époque l'existence d'un épisode dépressif sévère avec incidence sur la capacité de travail dans toute activité et ont dû modifier la médication habituelle de la recourante et introduire un traitement de Venlafaxine 300 mg par jour au vu de l'importante symptomatologie dépressive présentée par la recourante. Alors que l'expert E._____ était informé de cette hospitalisation psychiatrique par la recourante, puisqu'il la mentionne dans son rapport, il n'a pas interpellé les psychiatres de la clinique et n'a pas discuté l'épisode

dépressif sévère retenu par ces derniers. Il s'est questionné sur l'adéquation du fort dosage de Venlafaxine pour un trouble dépressif en rémission (rapport d'expertise, p. 49), sans chercher les raisons de l'instauration de ce traitement, qui a été prescrit pour un épisode dépressif grave lequel a été ignoré par l'expert. L'appréciation du Dr E. _____ apparaît par ailleurs insuffisamment motivée sur certains points importants. Selon lui, la formation professionnelle suivie pendant plusieurs années sous l'égide de l'OAI, la réussite de celle-ci et l'engagement de la recourante à l'issue de la reconversion professionnelle témoignent des capacités d'adaptation de la prénommée (rapport d'expertise, p. 47). Or, comme vu plus haut, la formation professionnelle prévue initialement au taux de 100 % a rapidement dû être adaptée à la baisse compte tenu de l'état de santé de la recourante, qui n'a jamais pu assumer un taux de présence correspondant à une activité à plein temps. Il ressort par ailleurs des rapports de la psychiatre traitante et de celui de l'infirmière Y. _____ que c'est avec de grandes difficultés et la nécessité d'un suivi et d'un soutien importants que la recourante a pu mener à bien sa reconversion professionnelle, qui lui a permis d'exercer la nouvelle profession de maîtresse socioprofessionnelle qu'elle exerce au taux réduit de 50 % depuis le 1^{er} février 2021 et non à plein temps. Ces éléments, qui reflètent des difficultés d'adaptation, n'ont pas été discutés par l'expert de P. _____. L'analyse des capacités et ressources de la recourante par l'expert psychiatre apparaît également lacunaire, puisqu'il s'est limité à indiquer « aucun problème » aux critères d'évaluation selon la mini-CIF sans étayer son appréciation (rapport d'expertise, p. 50). Sur le plan somatique, le rapport d'expertise de P. _____ apparaît également insuffisamment motivé, en particulier concernant l'incidence du syndrome d'Ehlers-Danlos sur la capacité de travail. Si l'expert interniste a estimé que les céphalées et la fragilité capillaire avaient une incidence sur la capacité de travail, il n'a pas vraiment développé la question des effets des autres symptômes de la recourante qui peuvent entrer dans le cadre de cette maladie, telles les douleurs chroniques, les troubles du sommeil et la fatigue chronique, alors qu'il a admis que les douleurs articulaires et le syndrome douloureux chronique étaient probablement en lien avec le syndrome d'Ehlers Danlos.

En définitive, la Cour de céans retient, conformément à l'avis de l'ensemble des médecins traitants, que la recourante présente depuis le 1^{er} février 2021 une capacité de travail de 50 % dans l'activité de maîtresse socioprofessionnelle et dans toute autre activité adaptée, sauf durant l'hospitalisation psychiatrique du 2 septembre au 27 novembre 2021. L'incapacité de travail plus importante survenue lors de cette hospitalisation n'a pas duré trois mois, de sorte qu'elle n'influence pas le droit à la rente (cf. art. 88a al. 1 RAI). L'avis de l'OAI de retenir une capacité de travail de 50 % à partir d'août 2021 et de 85 % pour les sept mois qui précèdent ne repose pas sur une appréciation convaincante des preuves compte tenu de tout ce qui précède.

6. Il reste à examiner le degré d'invalidité de la recourante dès le 1^{er} février 2021.

Selon les informations communiquées à l'époque par FA. _____ SA, le salaire annuel de la recourante était de 89'250 fr. en 2011 dans son ancienne activité de bijoutière-joaillière. Après indexation à 2021 au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2023), le revenu sans invalidité de la recourante s'élève à 96'076 fr. 49 pour l'année 2021.

Selon le contrat de travail conclu avec CR. _____, la recourante perçoit un salaire mensuel de 2'871 fr. 65, versé treize fois l'an, dans sa nouvelle activité de maîtresse socioprofessionnelle qu'elle exerce auprès de cet employeur depuis février 2021 au taux de 50 %, de sorte que son revenu avec invalidité est de 37'331 fr. 45 (2'871,65 x 13).

Le degré d'invalidité de la recourante est donc de 61,14 % (96'076,49 - 37'331,45 / 96'076,49 x 100) depuis le 1^{er} février 2021 et ouvre le droit à trois-quarts de rente (art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021) depuis le 1^{er} mai 2021, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

7. En conclusion, le recours doit être admis et les décisions des 14 juillet et 4 septembre 2023 doivent être réformées en ce sens que la recourante a droit à trois-quarts de rente dès le 1^{er} mai 2021, les décisions pouvant être confirmées pour la période antérieure au 1^{er} mai 2021.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité 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 la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** Les décisions rendues les 14 juillet 2023 et 4 septembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées en ce sens que O._____ a droit à trois-quarts de rente depuis le 1^{er} mai 2021. Elles sont confirmées pour la période antérieure au 1^{er} mai 2021.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à O._____ à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Swiss Claims Network SA (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :