

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 janvier 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
MM. Neu et Wiedler, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Yvan Henzer, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 8, 16, 17 et 43 LPGA ; art. 8, 28 LAI ; art. 88a RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] 1967, célibataire, a obtenu un diplôme de contrôleur de la circulation aérienne en 1991. Elle a été engagée à plein temps auprès de F._____SA à compter de septembre 2009 et a occupé un poste d'auditrice interne dès mars 2017. Son revenu annuel, y inclus un treizième salaire, se montait à 179'424 fr. en 2018, auquel s'ajoutait une gratification de fin d'année de 18'287 francs (cf. rapport d'employeur du 8 novembre 2019).

En incapacité totale de travail à compter du 27 février 2019, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 30 août 2019, invoquant un trouble de l'adaptation.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a sollicité le dossier constitué par G._____, assureur perte de gain en cas de maladie, ainsi que des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée, les Drs D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et U._____, médecin généraliste.

Était notamment versé au dossier de G._____ un rapport d'expertise psychiatrique rédigé le 25 juillet 2019 par le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier avait retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive de gravité moyenne, dans le contexte d'un grave conflit professionnel. L'incapacité totale de travail se poursuivait, mais était susceptible de s'amender à compter du 1^{er} septembre 2019 avec adaptation du traitement pharmacologique. Un risque de chronicisation était non négligeable, tandis que les tests psychométriques mettaient en évidence une tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes.

Par rapport du 15 novembre 2019 à l'OAI, le Dr D._____ a fait état d'un épuisement professionnel depuis l'automne 2018 et d'un épisode dépressif moyen depuis juin 2019, responsables d'une incapacité totale de travail, dans un contexte de difficultés au travail. L'assurée avait développé un cortège de symptômes anxiodépressifs, associé à une perte de poids, un trouble du sommeil, une forte labilité émotionnelle avec prédominance de tristesse et d'anxiété, une perte de motivation, une anhédonie, un épuisement et une ambivalence. Le pronostic était bon en vue du recouvrement d'une capacité de travail à 100 %. A court terme, seule demeurait envisageable une activité occupationnelle simple à un taux de 20 %, hors du milieu professionnel.

Le Dr U._____ a indiqué à l'OAI, le 20 janvier 2020, que sa patiente souffrait d'un épisode dépressif moyen et d'un trouble de l'adaptation depuis l'automne 2018. Le suivi spécialisé se poursuivait avec une bonne compliance, malgré une intolérance à de nombreux antidépresseurs dont l'introduction avait été tentée par le psychiatre traitant.

L'OAI a mis en œuvre des mesures d'intervention précoce sous forme de coaching, du 14 février au 15 août 2020, auprès du Centre H._____Sàrl (cf. communications de l'OAI des 9 mars, 29 mai et 1^{er} juillet 2020). Ledit centre a conclu que l'assurée avait besoin de temps et devrait probablement procéder à une reprise très progressive, d'abord en milieu protégé, avant de réintégrer le marché primaire du travail (cf. rapport du 2 juillet 2020).

Dans l'intervalle, l'assurée s'est soumise à une nouvelle expertise psychiatrique, réalisée par le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de G._____. Dans son rapport du 2 juin 2020, l'expert a conclu au diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel d'intensité moyenne sans syndrome somatique (F32.10), entraînant une incapacité totale de travail. Une augmentation du traitement antidépresseur devait permettre une reprise du travail à 50 %

dès le 1^{er} juillet 2020 et à 100 % dès le 1^{er} août 2020, étant donné la résolution des conditions à l'origine de l'arrêt de travail.

Par courriel du 28 octobre 2020, l'assurée a informé l'OAI avoir conclu une convention avec son employeur, laquelle mettait fin aux rapports de travail au 30 juin 2021. Elle précisait qu'une contre-expertise avait été réalisée sur mandat du nouvel assureur perte de gain en cas de maladie, J._____SA, laquelle avait été confiée au Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes de son rapport du 29 septembre 2020, ce spécialiste faisait état du diagnostic d'épisode dépressif moyen, en rémission (F32.1). Les limitations fonctionnelles avaient trait uniquement aux conséquences du déconditionnement au travail. La capacité de travail était de 30 % dès le 12 octobre 2020, puis de 50 % dès le 1^{er} novembre 2020, avant d'atteindre 100 % le 1^{er} décembre 2020. Le traitement pharmacologique devait se poursuivre durant plusieurs mois au titre de prévention de la récurrence.

Le 9 février 2021, le Dr D._____ a rapporté à l'OAI que sa patiente présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel traité et stabilisé, ainsi qu'un déconditionnement au travail. Il préconisait un réentraînement au travail, au départ à un taux de 40 %, susceptible d'augmentation selon l'évolution. Au titre de limitations fonctionnelles, il mentionnait une fatigabilité fluctuante, des difficultés de concentration (concentration possible sur une tâche durant 1h 30 une fois par jour) et de mémorisation (mémoire verbale). Le pronostic était qualifié de bon à moyen et long terme, sous réserve d'une évaluation rhumatologique en cours, au motif d'une possible maladie du tissu conjonctif, auprès de la Dre M._____, spécialiste en rhumatologie et maladies osseuses.

Par rapport du 23 avril 2021, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) s'est rallié aux conclusions formulées par le Dr L._____ et retenu une incapacité totale de travail dans toutes activités du 27 février 2019 au 11 octobre 2020, de 70 % jusqu'au 30 octobre 2020 et de 50 % jusqu'au 30 novembre 2020. La capacité de travail était entière dans toutes activités dès le 1^{er} décembre 2020.

L'OAI a établi un projet de décision le 28 avril 2021, informant l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2020 au 31 janvier 2021, suivie d'une demi-rente d'invalidité durant le mois de février 2021. Compte tenu d'une capacité de travail entière dans toutes activités dès le 1^{er} décembre 2020, le droit à la rente s'éteignait le 28 février 2021.

Le Dr D._____ a adressé un nouveau rapport à l'OAI le 11 mai 2021, exposant que sa patiente souffrait d'un trouble du spectre de l'hypermobilité, mis en évidence par la Dre M._____ dans un rapport du 3 mai 2021. De l'avis du Dr D._____, ce diagnostic, vraisemblablement décompensé de manière concomitante à la survenance de l'épuisement professionnel et de l'état dépressif, expliquait la longue et lente évolution du tableau clinique présenté par l'assurée, ainsi que l'échec des traitements psychiatriques. Le spécialiste précisait que sa patiente était toujours en incapacité totale de travail, mais pouvait participer à hauteur de 40 % à un réentraînement au travail. L'état de santé se complexifiait par ailleurs du fait de la réminiscence d'un abus sexuel survenu dans l'adolescence (récemment relaté par l'assurée) et de maltraitances physiques et psychologiques dans l'enfance, lesquels laissaient suspecter un état de stress post-traumatique. Une évaluation neuropsychologique était envisagée et une expertise pluridisciplinaire préconisée. Était annexé le rapport de la Dre M._____ du 3 mai 2021, laquelle concluait au diagnostic de troubles du spectre de l'hypermobilité, en l'absence de syndrome monogénique de type syndrome d'Ehlers Danlos, sous réserve des résultats d'une échographie cardiaque. Elle recommandait des séances de physiothérapie et des antalgiques, sans avoir prévu de réexaminer l'assurée.

Par courrier du 26 mai 2021, complété le 1^{er} juin 2021, l'assurée, assistée de Me Yvan Henzer, a contesté le projet de décision de l'OAI du 28 avril 2021, se fondant sur les rapports communiqués par le Dr D._____ les 9 février et 11 mai 2021, ainsi que sur les conclusions de la Dre M._____ du 3 mai 2021. Elle a requis une instruction

complémentaire de sa situation sur le plan médical, en sus de la mise en œuvre d'une mesure de réentraînement au travail.

L'OAI a sollicité un rapport auprès de la Dre N._____, spécialiste en cardiologie. Celle-ci a relaté, le 8 juin 2021, avoir procédé à un contrôle de l'assurée le 3 juin 2021. Elle concluait à l'absence de dilatation de l'aorte et de valvulopathies, en dépit d'un minime épanchement péricardique sans répercussions hémodynamiques. Elle n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée.

Le 1^{er} juillet 2021, la Dre M._____ a signalé à l'OAI n'avoir rencontré l'assurée qu'à une seule reprise, confirmant avoir conclu à des troubles du spectre de l'hypermobilité. Les limitations fonctionnelles concernaient la marche en terrain accidenté, la marche en terrain plat, le port de charges, la possibilité d'alterner les positions assise et debout toutes les 30 minutes, le positionnement correct au poste de travail pour respecter l'instabilité du bassin et la faiblesse des muscles cervicaux profonds, ainsi que l'instabilité des omoplates, le port de charges en bras de levier et le stress potentiellement responsable de blessures de l'appareil locomoteur et d'augmentation des troubles dysautonomiques. La mise en place d'une rééducation augurait d'un bon pronostic en termes de capacité de travail.

Le 15 juillet 2021, le SMR a maintenu sa précédente appréciation du cas. Il observait que le trouble du spectre de l'hypermobilité ne figurait pas dans la CIM-10, que les critères cliniques d'un état de stress post-traumatique n'étaient pas mentionnés, ni relevés par les différents experts psychiatres, et que des troubles du registre neuropsychologique étaient évoqués de longue date, sans étayage au moyen d'un rapport spécialisé.

Par courrier du 29 juillet 2021, l'assurée a informé l'OAI de son inscription auprès des organes de l'assurance-chômage à compter du 1^{er} juillet 2021. Sa capacité à suivre un réentraînement au travail était

augmentée à 50 % selon certificat de son psychiatre traitant, avec une capacité de travail de 30 %. Elle avait par ailleurs été assignée à un cours auprès de la Fondation R._____ sous l'égide de l'assurance-chômage.

Sollicité pour avis, le Service juridique de l'OAI a souligné, le 21 janvier 2022, qu'il convenait de considérer que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail au jour de l'expertise réalisée par le Dr L._____, dans la mesure où seul un déconditionnement au travail imposait une reprise d'activité progressive. Par ailleurs, ainsi que l'avait considéré le SMR, les troubles rhumatologiques ne constituaient pas un diagnostic avéré et étaient de toute manière présents de longue date, sans avoir entravé le parcours professionnel de l'assurée.

Fondé sur cet avis, l'OAI a élaboré un nouveau projet de décision le 31 janvier 2022, envisageant d'allouer à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période limitée du 1^{er} février au 31 décembre 2020, compte tenu d'une pleine capacité de travail exigible dans toutes activités dès le 1^{er} octobre 2020.

A la même date, l'assurée a annoncé à l'OAI qu'un stage en entreprise allait être organisé par le biais de la Fondation R._____. Elle présentait désormais une capacité de travail de 50 % et une capacité de 80 % à la poursuite d'un réentraînement au travail.

Le 4 mars 2022, l'assurée, toujours assistée de Me Henzer, a derechef contesté le projet de décision émis par l'OAI, se prévalant des avis convergents de ses médecins traitants, lesquels considéraient que la reprise d'une activité professionnelle à plein temps n'était pas possible en l'état. Etaient produits de nouveaux documents, à savoir :

- un rapport ostéopathique du 15 février 2022, rédigé par l'ostéopathe P._____, laquelle signalait assumer le suivi de l'assurée à raison d'une fois par mois depuis 2011 pour des douleurs récurrentes et tenaces du rachis, des membres et du système viscéral ; elle mettait en évidence

les répercussions du syndrome d'Ehlers Danlos, à son avis posé depuis 2021 dans le cas de l'assurée ;

- un rapport du Dr U._____ du 17 février 2022, reprenant l'historique du cas de l'assurée et faisant état des symptômes florides allégués (articulations douloureuses, fatigue constante, articulations instables, mouvements incontrôlés, peau fine et transparente, hypermobilité articulaire permanente, extrémités froides, intestins irrités, douleurs extra-articulaires sous-costales, gencives rétractées, dents cassantes, pollakiurie, pertes urinaires, antécédents de cystites, fausses routes quotidiennes, éructations, difficultés à l'endormissement, palpitations au réveil, bouffées de chaleur, douleurs en décubitus latéral, cauchemars, souffle court avec sifflements respiratoires occasionnels, dyspareunie, dysménorrhée, faiblesse proprioceptive, difficultés à la marche, chute permanente des cheveux, carence en vitamine D, électrostatisme, hypersensibilité, hyperosmie, troubles de l'attention, de la mémoire, du comportement, avec anxiété, émotivité, spectre autistique et suradaptation, yeux secs, rétention d'eau, brouillard mental, fonctionnement au ralenti, acouphènes et sensations de baisse d'audition) ; l'assurée n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle à plein temps, au vu de ce cortège de symptômes ;
- deux rapports du Dr D._____ du 28 février 2022, lequel avait procédé à l'historique asséculogique de sa patiente et notamment rappelé ses critiques des différentes conclusions expertales ; le spécialiste faisait mention des diagnostics d'un état de stress post-traumatique chronique, en activation depuis mai 2020, consécutif à des violences physiques et psychiques dans l'enfance et à un attouchement sexuel à l'adolescence, d'une modification de la personnalité à la suite de séquelles traumatiques et d'une maladie du tissu conjonctif de type hypermobile avec dysautonomie et potentielle expansion somatique ;

l'assurée n'avait pas pu se voir reconnaître une pleine capacité de travail depuis le suivi entamé en 2019 en raison d'une crise de santé majeure touchant un nombre important de facteurs de régulation de la santé psychique et psychosomatique, malgré sa compliance ; elle présentait une crise durable, durant laquelle la maladie rhumatismale était en phase d'intensification ; un état de stress post-traumatique avait émergé et les mémoires corporelles, sous forme de symptômes psychosomatiques, se faisaient jour de manière plus intense ; les limitations fonctionnelles avaient trait à une importante fatigabilité physique avec des épisodes d'épuisement, à une fatigabilité psychique en lien avec l'énergie requise par les relations interpersonnelles, à une hypersensibilité au stress, à une capacité de concentration et d'attention diminuée, ainsi qu'à une recrudescence périodique des symptômes douloureux.

L'assurée a fait parvenir à l'OAI de nouveaux certificats du Dr U._____, retenant une capacité de travail de 30 % en mars 2022, de 60 % en juillet 2022 et de 50 % en août 2022.

Dans un avis du 1^{er} septembre 2022, le SMR a observé que les rapports versés au dossier ne corroboraient pas les explications du Dr D._____ quant à l'apparition d'un état de stress post-traumatique et s'en est tenu aux conclusions formulées par le Dr L._____. Il a par ailleurs réitéré que la Dre M._____ avait retenu un diagnostic non évoqué dans la CIM-10, lequel ne nécessitait aucun suivi spécialisé. Une modification objective et tangible de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise du Dr L._____ n'était donc pas rendue plausible.

Par courrier du 13 octobre 2022, l'OAI a signalé à l'assurée que le projet de décision contesté était maintenu sur la base de l'avis du SMR du 1^{er} septembre 2022.

L'OAI a établi sa décision le 2 février 2023, allouant à l'assurée une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1^{er} février au 31 décembre 2020.

B. B._____, représentée par Me Henzer, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 7 mars 2023. Elle a conclu principalement à sa réforme, en ce sens que lui soit allouée une « rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2020 au 31 juillet 2021, de 75 % du 1^{er} août 2021 au 30 novembre 2022, de 50 % du 1^{er} décembre 2022 au 31 janvier 2023 et de 25 % à compter du 1^{er} février 2023 ». A titre subsidiaire, elle a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour le cas où les explications communiquées par ses médecins traitants seraient jugées insuffisantes. Elle a, pour l'essentiel, repris les arguments invoqués au stade de la procédure d'audition, contestant la valeur probante des conclusions du Dr L._____ et se prévalant des avis de ses médecins traitants, qui la considéraient partiellement, voire totalement, incapable de reprendre une activité lucrative sur le marché ordinaire du travail. Etaient annexés à son mémoire de recours de nouvelles pièces, à savoir :

- un rapport final du Service de l'emploi du 2 mai 2022, communiquant le bilan d'une mesure de formation conduite du 7 septembre 2021 au 6 mars 2022 ; ce document mettait en évidence le comportement irréprochable de l'assurée au cours de la mesure, sa persévérance, sa résilience et sa flexibilité ; elle n'était toutefois pas prête à se confronter à des tâches complexes, en dépit de la validation d'une cible professionnelle en qualité d'assistante administrative ; un stage avait été réalisé au sein de la société I._____SA du 10 au 25 février 2022, à un taux d'activité progressif entre 20 % et 50 % ; l'entreprise constatait que l'assurée n'était pas en mesure de dépasser un taux d'activité de 30 % pour des motifs physiques et psychologiques ;

- un nouveau rapport du Dr D. _____ du 6 mars 2023, lequel réitérait les diagnostics et limitations fonctionnelles précédemment évoqués ; la capacité de travail était difficile à quantifier, mais était estimée à 60 % dès le 1^{er} février 2023 en accord avec le Dr U. _____ ; dite capacité devrait être vérifiée dans l'exercice effectif d'une activité professionnelle.

L'OAI a répondu au recours le 17 avril 2023 et conclu à son rejet. Il s'est une nouvelle fois référé à l'appréciation du Dr L. _____, lequel avait relevé un manque de cohérence auprès de l'assurée. L'OAI a, au surplus, renvoyé à une analyse du SMR du 4 avril 2023, lequel concluait à l'absence d'éléments nouveaux étayés à satisfaction pour corroborer une restriction de la capacité de travail depuis l'expertise réalisée par le Dr L. _____.

L'assurée a maintenu ses conclusions dans une réplique du 10 mai 2023.

L'OAI en a fait de même aux termes d'une duplique du 25 mai 2023.

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

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let.

a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté 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]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente, postérieurement au 31 décembre 2020.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

b) En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) La décision attaquée date du 2 février 2023. Elle porte sur une demande formelle déposée par la recourante le 30 août 2019, en raison d'une incapacité de travail survenue le 27 février 2019. Se pose par

ailleurs la question du recouvrement d'une capacité de travail entière dès le mois d'octobre 2020 et de son évolution jusqu'à la décision litigieuse. Dans la mesure où les éléments déterminants de l'état de fait sont ainsi pour la plupart antérieurs au 1^{er} janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit.

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).

c) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

d) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

5. a) 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]).

b) 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si, en revanche, la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

c) 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).

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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

7. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance

à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales entraînent directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de cette dernière, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

8. a) En l'espèce, il est incontesté que la recourante est atteinte de troubles psychiques qui ont justifié une incapacité totale de travail de longue durée, à compter du 27 février 2019. Dans ce contexte, on dispose de trois expertises psychiatriques sollicitées par les assureurs perte de gain en cas de maladie, confiées aux Drs C._____, K._____ et L._____ en 2019, respectivement en 2020, ainsi que des rapports établis régulièrement par le Dr D._____, en sa qualité de psychiatre traitant de la recourante. On peut d'emblée observer qu'au fil de l'instruction du dossier, les spécialistes ont mentionné différents diagnostics et procédé à des évaluations divergentes de la capacité de travail exigible. Le Dr C._____ a, dans un premier temps, retenu un trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive de gravité moyenne, justifiant une incapacité totale de travail jusqu'en septembre 2019, avec risque de chronicisation (cf. rapport d'expertise du 2 juillet 2019). Dans un second temps, le Dr K._____ a fait état d'un trouble dépressif, épisode actuel d'intensité moyenne, sans syndrome somatique (F32.10), lequel entraînait une incapacité totale de travail jusqu'en juillet 2020, puis autorisait une reprise progressive d'activité pour atteindre un taux d'activité de 100 % dès août 2020 (cf. rapport d'expertise du 2 juin 2020). Enfin, le Dr L._____ a estimé que la recourante présentait un épisode dépressif moyen, en rémission (F32.1), ce qui autorisait une reprise d'activité

progressive dès octobre 2020 avant le recouvrement d'une capacité totale de travail en décembre 2020 (cf. rapport d'expertise du 29 septembre 2020). Quant au Dr D._____, il a rapporté un épuisement professionnel et un épisode dépressif moyen (cf. rapport du 15 novembre 2019), puis un trouble dépressif récurrent, stabilisé et traité (cf. rapport du 9 février 2021). Il a, ultérieurement, évoqué un état de stress post-traumatique, en activation depuis mai 2020 et une modification durable de la personnalité, associés à une maladie du tissu conjonctif mise en évidence par la Dre M._____ (cf. rapport du 28 février 2022). S'agissant de la capacité de travail de sa patiente, le Dr D._____ s'est, pour l'essentiel, référé aux certificats établis par le Dr U._____ et a, préalablement à toute activité professionnelle, préconisé un réentraînement au travail, destiné à mesurer le potentiel de la recourante à réintégrer le marché ordinaire du travail de manière progressive (cf. notamment : rapport du 6 mars 2023). D'entente avec la Dr U._____, le Dr D._____ a considéré que la recourante était dotée d'une capacité de travail, à des taux très partiels et fluctuants, dès juillet 2021. Il en est allé de même s'agissant de sa capacité à se consacrer à un réentraînement au travail. Le SMR, de son côté, s'en tient, en substance, aux constats et conclusions énoncés par le Dr L._____. Il a par ailleurs écarté le diagnostic d'un état de stress post-traumatique, considérant que ce dernier était insuffisamment étayé (cf. avis des 23 avril, 15 juillet 2021, 1^{er} septembre 2022 et 4 avril 2023).

b) On peut, en l'occurrence, retenir comme établi que la recourante a connu une incapacité totale de travail, en tous cas jusqu'au mois d'octobre 2020. Pour la période postérieure, il n'est toutefois pas possible de statuer précisément sur le tableau clinique présenté par la recourante et son évolution, ni sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative sur le marché ordinaire du travail. Il apparaît en effet que les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr L._____ revêtent une ancienneté certaine à la date de la décision litigieuse, alors que dites conclusions ont été contredites par les observations rapportées par le Dr D._____ (avec mention du nouveau diagnostic d'état de stress post-traumatique), ainsi que par l'expérience concrète réalisée au sein de l'entreprise I._____SA sous l'égide de la Fondation R._____ (cf. rapport

final du Service de l'emploi du 2 mai 2022). Il est certes constant que les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle (TF 9C_323/2018 du 20 août 2018 consid. 4.2 et les références citées). Cela étant, in casu, les observations rapportées par I._____SA font état d'un taux d'activité maximal de 30 % exigible de la recourante, alors que son comportement au cours de la mesure a été qualifié d'« irréprochable ». En outre, les données médicales à disposition ne permettent pas de conclure à une stabilisation avérée de l'état de santé psychique de la recourante dès octobre 2020. L'allégation de la survenance d'un état de stress post-traumatique, peu investiguée, avec des répercussions fluctuantes et les recommandations en vue de nouveaux examens, notamment sur le plan neuropsychologique, auraient justifié - au minimum - un complément d'expertise auprès du Dr L._____, voire une nouvelle expertise destinée à clarifier la situation à compter d'octobre 2020. On ajoutera qu'à l'occasion d'un tel complément, l'intimé aurait pu requérir que le spécialiste mandaté procède à une analyse conforme aux exigences posées par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 7 *supra*), eu égard en particulier aux ressources à disposition de la recourante et à la question de la cohérence.

9. a) Sur le plan somatique, on retient que la recourante semble atteinte d'un trouble du spectre de la mobilité, lequel ne requiert toutefois aucun suivi spécialisé, en dépit des limitations fonctionnelles énumérées par la Dre M._____ (cf. rapport du 1^{er} juillet 2021). En outre, ont été relatés nombre de symptômes somatiques ou psychosomatiques par le Dr U._____, dont on ignore s'ils ont fait l'objet d'investigations spécialisées et seraient expliqués par des substrats objectifs (cf. rapport du 17 février 2022).

b) Faute d'une évaluation expertale du registre de la médecine interne et/ou de la rhumatologie, force est de constater que l'on ne dispose pas, en l'occurrence, d'un tableau clinique complet du cas de la recourante. Fait également défaut, in casu, une appréciation consensuelle du cas qui se prononcerait de manière globale sur les atteintes à la santé

devant être retenues et leurs répercussions en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles.

c) Il s'ensuit qu'il n'est pas possible, en l'état du dossier, de déterminer si une amélioration durable de la situation est effectivement survenue depuis le mois d'octobre 2020 et, partant, si l'intimé était légitimé à supprimer la rente d'invalidité allouée jusqu'au 31 décembre 2020 en faisant application par analogie de l'art. 17 LPGA.

10. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd., 2020, n° 17 et 29 ad art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à

l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) Vu l'instruction lacunaire du tableau clinique présenté par la recourante à compter d'octobre 2020, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour compléter le dossier notamment sur le plan médical. Il lui incombera, après avoir obtenu le détail des incapacités de travail prononcées en faveur de la recourante depuis octobre 2020 et actualisé les pièces médicales, de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire de l'intéressée. Dite expertise comportera à tout le moins des volets de médecine interne générale, de rhumatologie et de psychiatrie (accompagnée d'une évaluation neuropsychologique), ainsi que de toute discipline qui pourrait entrer en ligne de compte aux yeux des futurs experts. A l'issue de ce complément, l'intimé statuera à nouveau sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente, au-delà du 31 décembre 2020.

11. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

b) Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles

présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 139 V 399 consid. 5.5 ; 124 V 108 consid. 2a).

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

d) Compte tenu de la jurisprudence précitée, l'attention de l'intimé est attirée sur le fait que la recourante était âgée de plus de 55 ans lors de l'établissement de la décision du 2 février 2023, ce qui impliquait l'examen des mesures professionnelles susceptibles d'entrer en ligne de compte dans son cas. Selon les résultats de l'instruction complémentaire à conduire du point de vue médical, il incombera à l'intimé de procéder à l'analyse desdites mesures avant l'établissement d'une nouvelle décision.

12. **a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 2 février 2023 annulée en ce qu'elle concerne la période postérieure au 31 décembre 2020. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment sur le plan médical, et nouvelle décision à compter du 1^{er} janvier 2021.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La 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). Etant donné l'importance et la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 3'000 fr., débours et TVA compris, et de la porter à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 2 février 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, en ce qu'elle concerne la période postérieure au 31 décembre 2020, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont portés 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 à la recourante une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Yvan Henzer, à Lausanne (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :