

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 décembre 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Métral et Piguet, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, titulaire d'une licence en sciences sociales et d'un bachelor en enseignement primaire, exerçant en tant qu'enseignante à l'Etablissement primaire de D._____, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 26 mars 2013 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une dépression.

A teneur du questionnaire pour l'employeur complété le 17 avril 2013 par la Direction générale de l'enseignement obligatoire du canton de Vaud, il est apparu que l'assurée était engagée depuis le 1^{er} août 2011 en tant que maîtresse généraliste pour le cycle primaire, qu'elle avait initialement effectué un horaire de 28 heures par semaine équivalant à un taux de 100 % mais que, depuis le 29 octobre 2012, son horaire était réduit à 16 heures de travail par semaine correspondant à un taux de 57,1429 %. A ce questionnaire était annexé un décompte du 16 avril 2013 faisant état d'un taux d'absence de 100 % pour la période du 30 août au 28 octobre 2012, respectivement de 42,86 % pour la période du 29 octobre 2012 au 23 avril 2013.

Aux termes d'un formulaire 531^{bis} daté du 18 avril 2013, l'assurée a précisé que, bien portante, elle aurait travaillé comme « *enseignante primaire* » à 100 % depuis le mois d'août 2011, par nécessité financière et intérêt.

Dans un rapport du 18 avril 2013, le Dr Q._____, médecin associé à l'Unité de santé au travail de la Policlinique U._____, a signalé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen dans le cadre d'un syndrome d'épuisement professionnel.

Par rapport du 13 juin 2013, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les atteintes avec impact sur la

capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11), et de difficultés liées à l'emploi (Z56). Sur le plan anamnestique, il a précisé que la patiente avait suivi un premier traitement de 1999 à 2006 pour des angoisses et une dépression, qu'elle avait ensuite été suivie dès 2010 pour des angoisses et des paniques, puis qu'elle avait consulté à nouveau dès avril 2012 avant de s'adresser à lui en novembre 2012. S'agissant du pronostic, le Dr Z._____ a relevé que le trouble anxio-dépressif était en interaction avec la personnalité de la patiente (haute exigence personnelle) mais que celle-ci présentait une légère amélioration de la thymie, avait pu maintenir son activité (actuellement à 50 %) et montrait une capacité à rechercher et utiliser des ressources ; il a ainsi estimé que du temps était nécessaire pour travailler sur la personnalité, mais que le pronostic était bon. Le Dr Z._____ a ajouté qu'en complément à la médication prescrite, l'assurée avait commencé une thérapie cognitivo-comportementale auprès du psychologue A._____. Il a en outre décrit des limitations sous forme de difficultés dans la gestion du stress et des émotions et de très haute exigence personnelle, se manifestant par un épuisement physique et psychique et une réaction anxio-dépressive. Le Dr Z._____ a encore considéré que, pour le moment, l'activité exercée était exigible à 55 % avec une diminution de rendement (perte de temps, d'attention et d'énergie due à une anxiété très marquée, à la chronicité des troubles du sommeil et aux symptômes anxio-dépressifs réactionnels), que la préservation de l'activité professionnelle dans les meilleures conditions possibles (stress limité par un taux de travail adapté) pouvait contribuer au maintien psychologique de la patiente, et que le taux de travail pourrait être augmenté progressivement avec l'abaissement des symptômes anxio-dépressifs, un taux de 60 à 100 % étant évoqué dès l'été 2013.

Par courrier électronique du 11 octobre 2013, le Service du personnel de l'Etat de Vaud a informé l'OAI que l'assurée avait repris son poste à plein temps. Puis, lors d'un entretien téléphonique trois jours plus tard avec une collaboratrice de l'OAI, l'intéressée a signalé qu'elle avait baissé son taux d'activité à 57 % mais que l'enseignement s'avérait malgré tout difficile et que les angoisses ressurgissaient.

Répondant le 6 novembre 2013 à un questionnaire adressé par l'OAI, le Dr Z. _____ et le psychologue A. _____ ont posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission avec des symptômes résiduels notamment anxieux (F33.11), et d'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile et narcissiques (Z73). Ils ont notamment exposé ce qui suit :

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

Rémission des symptômes dépressifs au cours de l'été 2013 jusqu'à une rechute transitoire face à la rentrée scolaire hypothéquée par une grossesse involontaire. Puis l'évolution reste difficile, malgré une nouvelle amélioration des symptômes dépressifs permettant à Mme V. _____ par exemple de passer 1 semaine d'escalade en [...]. Avec la rémission des symptômes dépressifs, les éléments qui prédominent de plus en plus relèvent du spectre de la personnalité. Face aux échecs ou difficultés potentiels, elle manifeste des stratégies dysfonctionnelles marquées par une ambivalence et une rigidité avec des exigences inadaptées. Elle utilise des moyens de défense empêchant l'élaboration des situations problématiques. Ce comportement entrave la modification des schémas cognitifs et de la gestion émotionnelle. Néanmoins, ce fonctionnement, persistant depuis des années, n'entraîne pas d'incapacité de travail durable, malgré la souffrance qu'il cause actuellement.

3. *[Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle d'enseignante ? Depuis quand ? (sachant qu'un équivalent plein temps enseigne 28 périodes par semaines)]*

La patiente a abaissé son taux de travail à 50 % de sa propre initiative suite à des questionnements quant à son choix professionnel.

4. *[Si elle n'est toujours pas entière, pourrait-elle être meilleure dans une autre activité médicalement adaptée ? à quel taux et depuis quand ?]*

Sans objet. Néanmoins, une activité lui laissant un maximum d'autonomie tout en lui fixant des objectifs clairs par exemple dans un cadre académique serait bénéfique à long terme.

5. *[Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?]*

Ruminations de type jugement.

6. *[Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?]*
Incapacité à 45% du 29.01.2013 au 01.08.2013."

A l'occasion d'un entretien téléphonique le 20 janvier 2014 avec une collaboratrice de l'OAI, l'assurée a annoncé qu'elle avait signé un avenant à son contrat de travail pour la rentrée d'août 2013, afin de

diminuer son taux d'activité de 100 % (28 périodes) à 60 % (16 périodes), mais qu'elle s'épuisait et se trouvait à nouveau en incapacité de travail totale.

Interpellé par l'OAI, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, nouveau médecin traitant de l'assurée depuis le 28 novembre 2013, s'est déterminé le 23 juin 2014. Il a posé le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.11 [sic]), et indiqué que l'assurée pouvait effectuer deux jours et demi de travail dans son métier et dans son école actuelle, l'activité étant adaptée. Concernant les limitations fonctionnelles, il s'est référé aux éléments de dépression endogène. Il a en outre signalé les périodes d'incapacité de travail suivantes : 100 % du 12 décembre 2013 au 28 février 2014, 75 % du 1^{er} au 30 mars 2014, 50 % du 1^{er} au 30 avril 2014, 25 % du 1^{er} mai au 31 mai 2014, 0 % du 1^{er} juin au 31 juillet 2014 et 42,85 % du 1^{er} août au 1^{er} novembre 2014.

Dans des observations complémentaires du 8 octobre 2014, le Dr C._____ a signalé un diagnostic de « F33.2 » confirmé par le Dr G._____, psychiatre-psychothérapeute à l'Hôpital psychiatrique M._____, et précisé que l'incapacité de travail était de 39,3 % d'un 100 %. En annexe figurait un courrier électronique adressé le 10 janvier 2014 au Dr C._____ par le Dr G._____, dont on extrait ce qui suit :

"Status: La patiente se trouve sans aucun doute dans un état dépressif avec impression de ne plus sentir des émotions (mais est néanmoins souvent en pleure durant l'entretien), anhédonie, perte d'énergie et de confiance en elle, trouble de la concentration quand elle lit ou prépare des cours (qui ne s'observent pas durant l'entretien), ruminations autour de son avenir, perte d'espoir et envie d'être morte sans scénarios concrets.

Considération diagnostiques. Selon l'anamnèse elle s'est trouvée de l'âge de 15 [à] 28 ans dans un premier long épisode dépressif et de l'âge de 32 à maintenant dans un deuxième long épisode interrompé par une brève rémission à 35 ans liée à la réussite de sa formation comme enseignante. Les changements d'orientation professionnelle me semblent être dus au manque de confiance de la patiente, qui ne se sentait pas à l'aise dans ses fonctions professionnelles, plutôt qu'à des épisodes hypomaniaques. Je n'ai pas trouvé anamnestiquement de tels symptômes. Donc le

diagnosti[c] d'un trouble dépressif majeur récurrent me paraît le plus probable."

Par avis du 24 octobre 2014, les Dresses K._____ et R._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), se sont prononcées en faveur d'une expertise psychiatrique au regard de l'absence d'éléments cliniques objectifs ou de monitoring thérapeutique, des réponses peu satisfaisantes concernant l'évolution clinique depuis novembre 2013, des divergences diagnostics entre les deux psychiatres traitants et de l'âge de l'assurée. C'est ainsi que l'OAI a mandaté le Département de santé mentale des [...] (ci-après : Hôpitaux X._____), où l'assurée a été examinée les 12 et 14 janvier 2016 par le Prof. P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue S._____, spécialiste en psychothérapie FSP. Dans leur rapport du 25 janvier 2016, les experts ont en particulier relevé ce qui suit :

"3. Diagnostics (si possible selon classification ICD 10)

3.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

- F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger.
- Z73.1 Traits de personnalité anxieuse.

3.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Aucun.

[...]

4. Traitement et réadaptation

4.1 La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art [...] ?

Après une longue période suivi d'orientation analytique, l'expertisée a trouvé actuellement un meilleur équilibre à travers une approche moins exposante sur le plan affectif. La thérapie actuelle, qui consiste à prescrire un traitement psychotrope avec suivi mensuel, est adéquate.

4.2 Indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée au cours des thérapies effectuées

L'expertisée s'est toujours montrée participative au cours des thérapies effectuées.

4.3 Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes indépendamment de la motivation de l'assurée

La poursuite du traitement actuel va permettre une amélioration qui devrait atteindre une capacité de travail de 80% d'ici la fin de l'année 2016, en considérant le nouveau contexte de vie (maternité) qui nécessite une adaptation existentielle. En effet, ses traits de personnalité anxieuse risquent d'alimenter de nouvelles perturbations thymiques dans un avenir proche.

4.4 Indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès

Non applicable.

4.5 Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de l'assurée ?

Oui, les problèmes rencontrés ces dernières années dépendent du tableau clinique de l'assurée et en particulier de la récurrence de ses décompensations dépressives.

4.6 Dans quelle mesure ?

L'expertisée présente des traits de personnalité anxieuse qui, dans des situations d'exposition au stress, alimentent des effondrements dépressifs. Dans ce sens et indépendamment de son amélioration clinique récente, elle est clairement à risque de nouvelles décompensations dès qu'elle doit affronter des changements nécessitant des choix sur le plan relationnel.

4.7 Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation

Non applicable, l'expertisée a toujours une activité professionnelle.

5. Cohérence

La trajectoire de vie de Mme V._____ met en évidence une personnalité fragile de fond caractérisée par une immaturité relationnelle, une sensibilité accrue au stress et une insécurité de fond. Elle présente les premières difficultés avec une dépression sévère avec caractéristiques psychotiques (sentiment de dissociation avec un environnement qui devient particulièrement hostile et dangereux) au moment de la fin de son parcours universitaire (1999). L'expertisée décrit très bien une perte de repères (le groupe d'étudiants auquel elle était rattachée se morcelait car chacun suivait son propre chemin professionnel) avec une interrogation pour sa vie future. Un suivi thérapeutique est mis en place avec un arrêt précoce des médicaments et une stabilisation de la situation se manifeste progressivement.

L'apparition d'un nouvel épisode à la fin de sa formation professionnelle d'enseignante primaire (2012) reflète à nouveau sa difficulté à faire face à des choix existentiels. Malgré une adaptation sociale satisfaisante sous forme de trompe l'œil, elle s'est montrée

vulnérable sur le plan affectif mais aussi dans une perspective existentielle. Un nouveau suivi thérapeutique et médicamenteux est mis en place avec une amélioration. Une modification du traitement engendre un état moins favorable au printemps 2013. Un nouveau changement de médecin et de médicaments en janvier 2014 semble apporter une meilleure stabilité psychique chez l'expertisée avec en parallèle la rencontre de son compagnon actuel et la réalisation du souhait d'avoir un enfant (accouchement prévu le [...] 2016) et de s'ancrer dans un contexte familial rassurant.

Une prise de conscience de la nécessité d'un traitement médicamenteux est aujourd'hui acquise par l'expertisée. L'état d'un épisode dépressif léger est toujours latent avec une humeur dépressive (malgré les médicaments), une fatigabilité avec une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi avec des idées de culpabilité qui transparaissent encore dans son discours et une attitude pessimiste face à l'avenir. La fragilité de fond de sa personnalité (dont la dimension névrotique est évidente mais qui peut décompenser de manière bruyante avec des éléments dissociatifs francs sous l'emprise du stress) implique de maintenir une activité professionnelle au maximum à 80% afin de lui permettre d'adapter sa vie professionnelle aux symptômes sub-dépressifs qui l'accompagnent mais aussi afin de prévenir de nouvelles décompensations dépressives plus graves.

6. Capacité de travail

6.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'à aujourd'hui est évaluée à 80%.

6.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

Non applicable."

En date du [...] 2016, l'assurée a donné naissance à un fils.

Donnant suite à un questionnaire complémentaire adressé le 9 mai 2016 par l'OAI, le Dr C._____ a exposé le 13 mai suivant que l'évolution était bonne mais que la fragilité psychique restait intacte. Quant à la capacité de travail, il a indiqué qu'elle était stationnaire depuis août 2014, qu'elle devait le rester avec une aptitude à 60 % et une inaptitude à 40 % et que l'activité exercée était adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr C._____ a évoqué une fatigabilité, de l'anxiété et un état dépressif léger constant.

Par avis médical du 8 juin 2016, le Dr F._____, du SMR, a estimé qu'il y avait lieu de s'en tenir aux conclusions du Prof. P._____, les dernières observations du Dr C._____ étant peu justifiées.

En date du 19 octobre 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a retenu que, selon les investigations médicales entreprises, rien ne s'opposait à la mise en valeur d'une entière capacité de travail et de gain dès la rentrée d'août 2013, y compris dans l'activité d'enseignante. Si l'assurée avait certes diminué son taux d'occupation à 60 % tant pour des raisons personnelles que suite à la naissance de son enfant, il n'en demeurait pas moins qu'une restriction de plus de 20 % sur un équivalent plein temps n'était pas objectivable médicalement. Le préjudice n'atteignant pas 40 %, le droit à la rente AI devait conséquemment être nié.

Par écriture du 24 novembre 2016, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Elle a soutenu en résumé qu'elle était au bénéfice d'un contrat d'enseignante généraliste à 100 % auprès de l'Etat de Vaud, qu'elle s'était trouvée en arrêt complet dès la fin 2013 suite à la résurgence d'un épisode dépressif et qu'elle avait ensuite pu progressivement rétablir sa capacité de travail à 60 % grâce à une nouvelle prise en charge psychiatrique et médicamenteuse. Elle a joint à son écriture une attestation du 15 novembre 2016 du directeur de l'Etablissement primaire de D._____, certifiant l'existence d'un contrat de durée indéterminée à un taux de 100 % depuis le 1^{er} août 2011, ainsi qu'une attestation du 21 novembre 2016 du Dr T._____, médecin généraliste traitant, confirmant avoir vu l'intéressée le 12 novembre 2013 et indiquant que celle-ci était alors sous le coup d'un état dépressif important et travaillait à 60 %.

Par décision du 7 décembre 2016, l'OAI a confirmé son projet du 19 octobre précédent, dont il a repris la motivation. Par lettre explicative du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'office a rappelé que nonobstant les périodes d'arrêt de travail présentées dès août

2012 à des taux fluctuants, les investigations médicales entreprises ne permettaient pas d'objectiver des troubles clairement et durablement incapacitants, étant précisé que l'absence de suivi avéré et de traitement avaient été pris en considération. L'OAI a ajouté avoir retenu un statut d'active tel que revendiqué par l'intéressée, admettant à cet égard une « *diminution de rendement* » de 20 % au maximum en lien avec la maternité intervenue en 2016 – soit des considérations hors champ médical. Or, même avec une diminution de rendement de 20 % pendant quelques mois entre la naissance de l'enfant et la fin de l'année 2016, aucune restriction continue de 40 % (d'un plein temps) sur la capacité de travail depuis 2013 n'était médicalement justifiée.

B. Par acte daté du 21 janvier 2017, envoyé sous pli recommandé le 23 janvier 2017, V. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant (implicitement) à la réforme de cette décision et à la reconnaissance de son droit à une rente AI. En substance, la recourante a contesté les éléments de fait retenus dans la décision attaquée. Elle a ainsi souligné qu'elle s'était trouvée sous le coup d'un nouvel épisode dépressif majeur dès le mois de juin 2013. Elle a en outre argué que son contrat de travail prévoyait certes un taux d'occupation de 100 % inchangé depuis 2011 mais que, pour des raisons médicales liées à sa pathologie dépressive et indépendantes de la naissance de son enfant, elle effectuait un horaire à 60,7 % depuis le mois de juin 2014 et se trouvait en arrêt maladie à hauteur de 39,3 %. La recourante a de surcroît fait valoir qu'elle était suivie par le Dr C. _____ et prenait quotidiennement du Deroxat 20 mg, rappelant par ailleurs ses thérapies passées. Enfin, V. _____ a soutenu que la perte de gain lie à sa pathologie dépressive avait atteint le stade actuel bien avant sa grossesse. A son recours, la prénommée a joint un onglet de pièces dont une attestation du 18 décembre 2006 du Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, certifiant que l'intéressée avait suivi une psychothérapie analytique du 30 novembre 1998 au 18 décembre 2006, ainsi que diverses attestations de formation continue émises entre mai 2012 et juillet 2013.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 6 mars 2017.

Aux termes de sa réplique du 28 mars 2017, la recourante a exposé qu'elle s'opposait à l'appréciation du Dr Z._____ lui reconnaissant une pleine capacité de travail et que, si elle se reconnaissait dans le rapport d'expertise des Hôpitaux X._____, elle était toutefois en désaccord avec l'exigibilité de 80 % qui y était retenue. Elle a en revanche souligné que la capacité résiduelle de travail de 60 % évoqué par son médecin traitant lui permettait d'être active tout en prenant soin des difficultés inhérentes à sa maladie. La recourante s'est par ailleurs déclarée prête à se soumettre à une nouvelle expertise.

Dupliquant le 28 avril 2017, l'intimé s'en est tenu aux conclusions du rapport d'expertise des Hôpitaux X._____.

Par écriture du 11 juillet 2017, la recourante a annoncé le suicide de sa mère et invoqué un parcours de vie atypique, avec une maladie dépressive avérée et « *probablement fortement héréditaire* ».

C. Dans l'intervalle, sur interpellation de la juge instructeur, le Prof. P._____ a établi un complément d'expertise du 14 juin 2017, exposant notamment ce qui suit :

"1. Il n'est pas possible d'estimer rétrospectivement et sans avoir rencontré l'expertisée, l'évolution de son incapacit[é] de travail pendant la période allant du 30.8.2012 jusqu'à ce jour. Sur ce plan, il faudra se fier au positionnement de ses psychiatres traitants tenant compte du fait que la symptomatologie dépressive est restée en toile de fond tout au long de la vie adulte de l'expertisée avec des périodes de décompensation plus bruyantes lors des moments de transition (fin des études, terminaison de sa formation d'enseignante et inquiétude par rapport à la procréation en lien avec son âge).

2. L'expertisée a été vue au début 2016 et à cette époque sa capacité de travail était de 60%. La perspective d'une reprise à 80% était fixée pour la fin 2016 tenant compte de la présence d'un trouble dépressif léger et de l'absence d'un trouble constitué de la personnalité (seuls des traits anxieux sont identifiables [...]).

3. S'agissant des positionnements de l'OAI et du psychiatre traitant, le pourcentage de 80% me semble devoir être retenu avec une reconnaissance d'une invalidité au long cours de 20%. En effet, il est difficile d'imaginer qu'une femme avec un bon niveau intellectuel présentant des symptômes dépressifs légers sans trouble franc de la personnalité ne puisse assumer un tel taux dans une activité qu'elle maîtrise bien. Il est évident que la zone de confort de l'expertisée peut être réduite à cause de sa tendance à l'hyperréactivité au stress mais le caractère invalidant chronique d'un trouble dépressif léger ne peut pas dépasser en la matière le 20%.

4. La réponse du psychiatre traitant qui est investi dans son travail de thérapeute auprès de l'expertisée implique un biais visant à la protéger d'une exposition pouvant être trop importante à ses yeux. Toutefois, les symptômes décrits en présence d'une amélioration clinique ne sont pas une source d'invalidité au long cours chez une personne de moins de 50 ans. Dans ce sens, des méta-analyses récentes démontrent à quel point il est difficile d'identifier un rôle invalidant majeur pour les affects dépressifs ou anxieux en dehors des épisodes de décompensation aiguë [...]."

Les parties ont été invitées à se déterminer sur le complément d'expertise du Prof. P._____. Dans ce contexte, l'intimé a maintenu sa position par acte du 8 septembre 2017.

D. Par avis du 10 octobre 2017, la juge instructeur a informé les parties qu'au vu des derniers éléments contenus dans le rapport complémentaire du 14 juin 2017 du Prof. P._____, une expertise judiciaire était mise en œuvre.

Le mandat d'expertise a été confié au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné la recourante les 11 et 21 décembre 2017, puis le 22 janvier 2018. Dans son rapport du 29 janvier 2018, l'expert a notamment retenu ce qui suit :

"A. Appréciation médicale

[...]

5. Appréciation diagnostique

[...]

Il est important de signaler en préambule que cette expertise a été réalisée en deux temps. Dans un premier temps, je me suis fondé sur les deux premiers entretiens, et j'ai rédigé la majeure partie de ma discussion, le psychiatre traitant de l'assurée n'étant à ce

moment pas joignable. Après un contact téléphonique du 15 janvier 2018, j'apprends que Mme V._____ se trouve à nouveau en incapacité de travail complète, depuis la fin de l'année 2017. Il est important de relever que sans ce téléphone auprès de mon confrère, je n'aurais pas été averti du changement de situation de l'expertisée, qui n'a pas eu « la présence d'esprit » de me communiquer son changement d'état. Interrogée spécifiquement sur cet aspect, l'assurée a déclaré qu'elle « n'y avait pas pensé, et pensait que ce qui s'était passé dans l'expertise était derrière ». On ne peut donc dire que l'assurée aurait sciemment, en cours d'expertise, majoré sa symptomatologie dans le but de faire pression sur l'expert.

[...]

La première partie de la discussion concerne la délimitation des diagnostics psychiatriques :

La chronologie n'est pas aisée à reconstruire, avec une assurée qui décrit de nombreuses fluctuations psychiques depuis son adolescence, aggravées depuis ses études universitaires à la fin des années 90. Si l'on confronte l'expertise des Hôpitaux X._____, le consilium du Dr G._____ et la présente anamnèse, on peut relever quelques discordances au sujet des dates (et des durées) des décompensations dépressives et émotionnelles. Ceci ne remet pas en cause la validité des troubles psychiques de l'assurée : pour tout sujet qui doit décrire une évolution psychique sur une longue période, avec plusieurs fluctuations et épisodes, l'exercice est par nature difficile.

Malgré la difficulté liée à l'établissement de l'anamnèse chronologique sur le plan psychopathologique, le diagnostic de trouble dépressif récurrent peut être confirmé selon les critères de la CIM-10. Même si les dates de concordent pas tout à fait, on peut retenir le premier épisode à la fin des années 90, qui a été accompagné du suivi auprès du Dr J._____, et qui a duré plusieurs années (environ 1998 à 2005). [...] En 2005, l'assurée décrit une rémission de sa symptomatologie dépressive. Ce critère de rémission est important à considérer selon la CIM-10, il est nécessaire pour retenir un trouble dépressif récurrent (une dépression qui n'aurait fait que varier en intensité depuis 2010 parlerait plus pour un épisode dépressif unique, voire une dysthymie). De son côté, le Dr G._____ évoque une rechute à l'âge de 32 ans (donc en 2008), ce qui ne concorde par tout à fait avec l'anamnèse donnée actuellement par l'assurée, qui situe la rechute environ trois ans plus tard, soit aux alentours de 2011-2012, ce qui est plus proche de l'anamnèse récoltée par mes confrères des Hôpitaux X._____ [...]. L'assurée a de plus été évaluée par le Dr G._____ [...] en 2014, ce qui confirme la durée de cet épisode dépressif. Une nouvelle rémission est ensuite décrite par l'assurée entre 2015 et début 2016, puis une rechute. Ceci est cohérent, vu que l'assurée a ensuite été évaluée par mes confrères des Hôpitaux X._____ en janvier 2016. Ils estimaient à ce moment que le trouble dépressif récurrent n'était pas en rémission, vu qu'un épisode dépressif léger était attesté dans les diagnostics. Il n'y a pas d'évidence de rémission depuis janvier 2016, l'assurée décrivant de son côté une péjoration de son état psychique à partir d'octobre

2017, nécessitant plusieurs changements de traitement antidépresseur.

Si l'on résume ce qui précède, au sujet du trouble thymique, on se trouve face à un tableau de décompensations cycliques, avec au moins trois épisodes dépressifs recensés, ce qui n'est pas une donnée banale au sujet du pronostic (plus le nombre de dépressions s'accroît, plus le trouble risque d'entrer dans la chronicité et de devenir résistant au traitement). Un autre facteur de risque à prendre en compte est le suicide récent de la mère de l'assurée, dans le cadre d'une pathologie dépressive. Ces éléments incitent à considérer le cas de l'assurée avec prudence et rigueur.

Les critères du trouble dépressif récurrent sont donc remplis selon la CIM-10. Lors des deux premiers entretiens d'expertise, l'état de décompensation de ce trouble était superposable au status décrit dans l'expertise des Hôpitaux X._____. L'assurée décrivait un fond triste (mais qui restait modulable), avec un décalage affectif observé (elle pouvait ne pas reconnaître de tristesse dans son discours, quand bien même, à l'observation, elle s'exprimait par moments en pleurs). Elle rapportait une légère irritabilité, des idées modérées d'insuffisance (impression de ne pas être à la hauteur, de ne pas être une aussi bonne enseignante que ses collègues), une légère baisse de la capacité à éprouver du plaisir et à ressentir des émotions agréables, de légers troubles de la concentration et une fatigabilité accrue. Sur une échelle psychométrique de dépression MADRS, les symptômes dépressifs affichés par l'assurée étaient, comme c'était le cas lors de l'expertise Hôpitaux X._____, de nature légère lors des deux premiers entretiens. Par contre, lors du dernier entretien d'expertise, les signes et symptômes cités ci-dessus étaient, pour la plupart, accentués par rapports aux deux premiers entretiens. Une nouvelle échelle psychométrique MADRS a alors été administrée, pointant vers une symptomatologie dépressive à nouveau sévère. Au vu de ce qui précède, on voit qu'il faut être très prudent lorsque l'on évalue les troubles thymiques de l'assurée, qui peu[t] « donner le change » durant une assez longue période d'observation, pour ensuite rechuter de façon assez brutale.

La question des diagnostics porte ensuite sur la personnalité de l'assurée. [...] De son côté, le Dr Z._____ retenait des aspects liés à la personnalité (notamment des traits émotionnellement labiles et narcissiques), alors que l'expertise Hôpitaux X._____ relevait essentiellement des traits anxieux. De mon côté, je partage à la fois l'avis du Dr Z._____ en ce qui concerne les aspects émotionnellement labiles, et les traits anxieux retenus dans l'expertise Hôpitaux X._____. En ce qui concerne les aspects émotionnellement labiles, l'assurée est sujette à des variations rapides et intenses des affects, sur la toile de fond d'une souffrance intérieure présente depuis l'adolescence (qui correspond au sentiment de vide ressenti par le sujet émotionnellement labile). Le parcours de vie de l'assurée est jalonné de difficultés affectives et sentimentales significatives. Des problèmes à gérer les émotions sont reconnus par tous les cliniciens qui ont évalué ou pris en charge l'assurée jusqu'à ce jour. Certains aspects de l'anamnèse sentimentale de l'assurée sont bien décrits dans l'expertise des Hôpitaux X._____. Les difficultés dans le rapprochement et l'engagement sentimental, accompagnées de comportements

parfois risqués (notamment relations non-protégées, avec un avortement en 2013), accompagnées d'un flou identitaire, donnent au parcours de vie de l'assurée un aspect discontinu, accompagné de périodes de forte instabilité. Dans ce sens, il est un peu étonnant que les experts des Hôpitaux X._____ ne confirment pas la composante émotionnellement labile, qui est à mon sens au premier plan, alors que les aspects anxieux peuvent être retenus, mais me paraissent secondaires aux traits précédemment décrits. En effet, le sujet qui manifeste une problématique émotionnellement labile (que l'on retienne des traits ou un trouble constitué de la personnalité) est vulnérable à l'anxiété, qui est mal contenue et souvent envahissante (une forte anxiété, à connotation proche de la psychose est en outre relevée dans l'expertise des Hôpitaux X._____ lors du premier épisode dépressif). Le sujet émotionnellement labile manifeste une fragilité constitutive de l'identité, qui le rend vulnérable au stress. L'assurée lutte chroniquement contre des sentiments d'auto-dévalorisation, ce qui l'amène à se sentir moins compétente que ses collègues (ces éléments sont intimement intriqués aux symptômes de dépression, qui impliquent, par nature, des idées de dévalorisation). Je ne retiendrai pas la composante « narcissique » évoquée par le Dr Z._____. Les sujets narcissiques, selon la conception de la CIM-10, sont centrés sur eux-mêmes, avec un sens grandiose de leur propre importance, ce que l'on ne retrouve pas chez l'assurée, qui lutte depuis de nombreuses années contre des sentiments de dévalorisation, sans adopter d'attitude de prestance « compensatoire », telles qu'elles sont observées chez le sujet narcissique. On ne retrouve pas l'absorption par des fantaisies de succès illimitées, de pouvoir ou de splendeur, ni les attitudes d'utilisation d'autrui pour parvenir à ses fins, ou encore les attitudes arrogantes et hautaines du sujet narcissique. A mon avis, le Dr Z._____ utilisait ce terme de « narcissique » plus dans le sens structural, à savoir la fragilité narcissique^[...] inhérente au fonctionnement émotionnellement labile, qu'au terme « narcissique », tel qu'il est décrit dans les troubles de la personnalité.

Au sujet de la personnalité, la question est de savoir s'il s'agit d'un trouble, ayant valeur de maladie, ou de traits pathologiques. La délimitation est souvent difficile. Les troubles de la personnalité constitués débutent durant l'enfance, s'accroissent puis se fixent à l'âge adulte. Dans l'anamnèse de l'assurée, on ne retrouve pas de grave trouble comportemental durant l'enfance, bien que les prémises de l'atteinte dépressive soient déjà mentionnées à l'adolescence, sous la forme d'une mélancolie reflétant des sentiments de vide intérieur. A l'âge adulte, les problèmes psychiques de l'assurée paraissent avant tout liés aux décompensations du trouble dépressif; bien que l'instabilité sentimentale soit un paramètre important. On ne retrouve toutefois pas le tableau complet du trouble de la personnalité borderline (dans ses aspects auto-agressifs) ou encore impulsifs, l'assurée n'ayant pas établi, de façon généralisée, des relations interpersonnelles chaotiques, caractérisées par l'intolérance au jugement et à la critique. Les sujets qui souffrent d'un trouble de la personnalité constitué présentent des déviations marquées des sensations, des pensées, des perceptions et des relations interpersonnelles par rapport à un individu moyen, d'une culture

donnée. Si l'on considère le parcours de vie, la stabilisation actuelle dans une vie de couple, avec des relations professionnelles qui paraissent globalement harmonieuses parlent plus pour des traits pathologiques de personnalité que pour un trouble constitué. Même si l'on retient des traits de personnalité et non des troubles constitués, ces traits ont certainement joué un rôle dans les difficultés des prises en charge. Rappelons que l'assurée, comme elle le décrit de façon claire, a bénéficié de plusieurs modèles de prise en charge [...]. En raison d'une ambivalence et d'une réactivité caractéristique, il n'est pas facile de prendre en charge ce type de sujet. Le Dr Z. _____ relevait des dynamiques de mise en échec, avec des difficultés à résoudre les problèmes, caractéristiques que l'on retrouve habituellement chez le sujet émotionnellement labiles. La fin de cette prise en charge semble avoir été conflictuelle, l'assurée expliquant qu'elle ne partageait pas les conclusions de son psychiatre au sujet de son état de santé et de sa capacité de travail (elle déclare « *qu'elle se sentait aller de plus en plus mal* » à cette époque).

Au vu de ce qui précède, les diagnostics retenus à l'issue de la présente expertise confirment le trouble dépressif récurrent, avec un état de décompensation légère lors des deux premiers entretiens, puis une rechute de dépression sévère dès le dernier entretien, ainsi que des traits pathologiques de personnalité (avant tout émotionnellement labiles, et dans une moindre mesure anxieux).

Le débat de cette expertise se situe principalement dans le degré d'incapacité du trouble psychique, ce qui constitue la deuxième partie de la discussion :

A mon sens, la question principale est la suivante : est-il adapté de fonder l'appréciation de la capacité de travail uniquement sur l'état de décompensation (ou de compensation) du trouble thymique, observé à un moment précis, à savoir à un moment précis d'expertise ? Par extension, est-il ou était-il adéquat de retenir une capacité de travail entière, lorsque l'assurée, lors de ses suivis psychiatriques, parvenait à compenser son trouble thymique (dans le sens de la dépression légère ou de la rémission) ?

Deux logiques s'affrontent ici.

La première logique voudrait que l'on se base uniquement sur l'état de compensation ou de décompensation du trouble actuel, sans tenir compte d'une vision longitudinale (donc rétrospective et prospective). Cette vision sur l'état actuel est privilégiée par mes confrères des Hôpitaux X. _____, dans le sens qu'ils retiennent une baisse de rendement de 20 %, en la justifiant par le degré de décompensation léger du trouble, tout en retenant, et ceci de façon assez contradictoire que « *ses traits de personnalité risquent d'alimenter de nouvelles perturbations thymiques dans un avenir proche* »[...] ou encore « *qu'elle est clairement à risque de nouvelles décompensations dès qu'elle doit affronter des changements nécessitant des choix sur le plan relationnel* »[...]. Le même dilemme a possiblement poussé le Dr Z. _____ à ne plus attester une baisse formelle de la capacité de travail, en évoquant un choix de vie, alors que l'assurée a toujours estimé que la baisse de son temps de

travail était *nécessaire* pour sauvegarder son état de santé psychique. Dans son rapport du 6 novembre 2013, le Dr Z. _____ déclare que « *la patiente a abaissé son taux de travail à 50 % de sa propre initiative suite à des questionnements quant à son choix professionnel* » [...], alors que de façon contradictoire, il évoquait dans son rapport du 13 juin 2013 le fait que « *le maintien de l'activité professionnelle dans les meilleures conditions possibles (stress limité par un taux de travail adapté) peut contribuer au maintien psychologique de la patiente* ». [...] A mon sens, une vision qui ne prendrait en compte que l'état actuel pour définir la capacité de travail ne répondrait pas à la complexité de l'atteinte psychique de l'assurée, à ses nombreuses fluctuations au cours du temps et au risque de futures décompensations.

La deuxième logique se propose de prendre en compte la globalité de la situation de l'assurée, et pas seulement une vision « *au temps de l'expertise* » [...] ou encore « *au temps de l'amélioration ou de la rémission* » de la dépression. Cette deuxième logique prend en compte les facteurs de fragilité, les antécédents, le contexte familial (avec l'issue récemment connue de sa mère) et les risques, qui ne sont pas qu'hypothétiques mais bien réels, d'une nouvelle phase dépressive chez une expertisée qui a déjà manifesté au moins trois épisodes dépressifs constitués [...]. Cette logique s'appuie sur une appréciation de l'exigibilité qui ne prend pas seulement en compte l'état actuel, mais également la compatibilité des sollicitations professionnelles avec l'état de santé, et le risque que ces mêmes sollicitations mettent en péril l'état de santé. A mon sens, au vu de la chronicité des troubles de l'assurée, l'éthique médicale veut que l'on privilégie cette logique [...].

Il est contesté le fait que l'expertisée puisse connaître ses ressources et ses limites. Les experts des Hôpitaux X. _____ effectuent une bonne analyse anamnestique et clinique, mais on ne saisit pas le cheminement des experts qui les amène à retenir une baisse de rendement de 20 %, donc en décalage avec l'avis du psychiatre traitant de l'assurée et avec l'avis de l'assurée. On ne discute à aucun moment le fait que, souffrant d'un trouble psychique significatif depuis bientôt 20 ans, l'assurée a pu apprendre, avec le temps, à estimer ce qu'elle était capable d'assumer comme sollicitation professionnelle. De fait, le chiffre estimé par les experts des Hôpitaux X. _____ est donné sans parcourir la délicate logique d'une vision actuelle ou longitudinale.

De son côté, l'assurée conteste les prises de position de l'AI à son sujet, notamment sur les questions de baisse de temps de travail et de maternité (le SMR estimant que la baisse du temps de travail découlerait principalement de cet aspect). L'anamnèse médicale confirme que l'assurée a avant tout cherché à sauvegarder son état psychique. [...]

Si l'on en reste à une logique médicale, la troisième partie de la discussion se propose d'estimer les limitations fonctionnelles et les ressources de l'assurée.

Comme discuté plus haut, j'estime que l'éthique médicale nécessite de considérer la pathologie de l'assurée de façon globale, et pas

uniquement sur l'état thymique, ponctuel par définition, tel qu'il pouvait par exemple apparaître lors des deux premiers entretiens.

Pour effectuer une analyse structurée de cet équilibre entre limitations fonctionnelles et ressources, on peut s'appuyer sur le canevas du mini-CIF-App^[...] :

L'expertisée est une personne qui est capable d'intégrer des règles et des routines professionnelles, de respecter des horaires et des consignes. Elle sait faire face aux règles hiérarchiques et il n'y a pas de déficit à ce niveau, que ce soit actuellement ou dans une estimation longitudinale.

La capacité à structurer et planifier les tâches est fluctuante au cours du temps, et dépend de l'état de compensation ou de décompensation dépressive (fatigabilité accrue inhérente aux fluctuations dépressives, avec la baisse des capacités de concentration).

La flexibilité et les capacités d'adaptation sont fluctuantes. Dans les phases de déstabilisation émotionnelle et dépressive, l'assurée est débordée et n'a plus le sentiment de maîtriser ses compétences et son environnement. Sa personnalité la rend plus vulnérable au stress, ce qui est reconnu par tous les thérapeutes l'ayant prise en charge, et par les experts psychiatres des Hôpitaux X. _____ qui considèrent « *une sensibilité accrue au stress et une insécurité de fond* »^[...].

L'expertisée dispose d'excellentes ressources intellectuelles, qui lui ont permis de suivre des études universitaires et d'achever une formation dans le cadre de son métier d'enseignante. On doit malgré cela tenir compte de l'impact des phases de décompensation dépressive sur l'accès aux ressources intellectuelles : en phase dépressive, d'autant plus si elle est moyenne ou sévère, l'assurée dispose de moins de plasticité intellectuelle et l'accès aux compétences spécifiques est plus difficile.

La capacité de jugement et de prise de décision est préservée lorsque l'expertisée est stabilisée sur le plan de ses traits de personnalité et de son trouble dépressif. Par contre, lorsque les traits de personnalité s'accroissent et que la dépression s'aggrave, le jugement est parasité par des distorsions cognitives qui la poussent à se dévaloriser, à ne plus se sentir en mesure d'assumer son travail, voire à prendre des décisions personnelles pouvant lui porter préjudice^[...].

La capacité d'endurance est fluctuante. Dans les périodes d'accentuation de la dépression, le rythme de travail est plus mal toléré. En cours d'expertise, la fatigabilité pathologique de l'assurée s'est accentuée.

Les capacités d'affirmation doivent prendre en compte une anxiété et une insécurité de fond, liées aux traits de personnalité émotionnellement labile. Les capacités d'affirmation, à la base fragiles, s'abaissent fortement lorsque la dépression s'accroît (avec des idées de dévalorisation plus franches).

Le sens du contact envers des tiers est par contre préservé. L'assurée parvient à donner le change pour s'ajuster dans ses relations interpersonnelles dans la sphère professionnelle. Son comportement n'a jamais posé problème sous la forme de conflits, de comportements impulsifs ou inadaptés.

L'intégration dans des activités associatives n'est pas directement diminuée par les troubles psychiques (bien qu'en phase dépressive, l'assurée risque de désinvestir les activités associatives et de loisir).

Les relations proches sont actuellement source de soutien, et il n'y a pas de conflictualité ou d'instabilité, ce qui constitue une ressource.

Les activités spontanées sont conservées lorsque l'assurée est compensée sur le plan thymique, alors que dans les périodes d'aggravation dépressive, les activités spontanées sont diminuées par manque d'énergie et de motivation.

L'hygiène et les soins corporels ne posent pas problème, que ce soit actuellement ou de façon longitudinale.

Les capacités de déplacement ne sont pas directement touchées par les troubles psychiques, que ce soit actuellement ou de façon longitudinale.

Il sera donc tenu compte de cet équilibre entre ressources et limitations fonctionnelles, dans une vision longitudinale des troubles.

La quatrième partie de la discussion s'intéresse à définir si l'assurée manifeste ou non un manque d'adhésion vis-à-vis de son traitement psychiatrique et de donner, le cas échéant, un avis sur le traitement actuellement dispensé.

A cet effet, il y a lieu de rappeler en premier lieu l'avis formulé par les experts des Hôpitaux X. _____ : « *Après une longue période de suivi d'orientation analytique, l'expertisée a trouvé actuellement un meilleur équilibre à travers une approche moins exposante sur le plan affectif. La thérapie actuelle, qui consiste à prescrire un traitement psychotrope avec suivi mensuel, est adéquate* »[...].

Lorsque l'on interroge l'assurée au sujet des suivis instaurés jusqu'ici, on s'aperçoit qu'elle a fait « passablement le tour » des approches psychiatriques. Une approche psychodynamique, par nature exigeante en investissement émotionnel et en temps, a affiché ses limites après plusieurs années de suivi. Pendant ces années, l'assurée n'a pas rompu son traitement psychothérapeutique. Face aux limites du dispositif thérapeutique, l'assurée a ensuite entamé un suivi de nature cognitivo-comportementale. Ce suivi a également montré ses limites, alors qu'il est réputé plus structuré et « mesurable » dans l'estimation des résultats. Ici encore, après une prise en charge intensive avec ce modèle, les thérapeutes ont conclu à la difficulté de poursuivre le suivi psychothérapeutique, mettant en avant les limitations thérapeutiques découlant des traits pathologiques de personnalité. [...] L'assurée a ensuite opté pour un nouveau thérapeute, dans un setting thérapeutique plus orienté sur le soutien et la stabilisation que sur la psychothérapie, considérée au sens strict. Ce changement

de paradigme thérapeutique est cohérent, dès le moment où le trouble de l'humeur s'inscrit dans une cyclicité (avec au moins trois épisodes dépressifs documentés), avec une assurée qui vit mieux un cadre de soutien adapté à sa situation (à savoir, solliciter le thérapeute lorsqu'elle va moins bien et espacer les consultations lorsqu'elle est mieux stabilisée). Je partage l'avis des experts Hôpitaux X. _____ sur le fait que ce type de prise en charge convient mieux à l'assurée qu'un cadre strict et rapproché.

On pourrait se demander si l'assurée ne suit pas sa médication et s'installe dans ses troubles dépressifs, sans mettre en œuvre les moyens nécessaires à se stabiliser. Je n'ai aucun argument dans ce sens. Un dosage plasmatique de son antidépresseur en cours lors des deux premiers entretiens a été réalisé dans la présente expertise. Ce dosage va dans le sens d'une bonne observance au traitement. Il faut rappeler ici que plusieurs traitements psychotropes ont déjà été instaurés (paroxétine, escitalopram, mirtazapine et plus récemment vortioxétine, et enfin agomélatine). Par le passé, une ambivalence vis-à-vis de la médication était probablement présente, avec des traitements qui n'ont pas toujours été suivis sur une durée suffisante[...]. Avec le temps, l'assurée semble avoir bien évolué sur ce point et compris qu'une médication était un pilier fondamental, susceptible à la fois de maintenir son équilibre psychique actuel et de diminuer (sans l'abolir) le risque de rechute. Il n'en demeure pas moins que l'évolution récente va dans le sens d'une difficulté significative à stabiliser la symptomatologie, malgré différents changements de molécule et un rapprochement des entretiens."

A l'issue de l'analyse médicale, l'expert N. _____ a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger lors des entretiens des 11 et 21 décembre 2017 (F33.0), puis trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques lors de l'entretien du 22 janvier 2018 (F33.2), ainsi qu'à traits de personnalité émotionnellement labile et anxieux (Z73.1). Il a estimé que le tableau clinique actuel était cohérent, dès lors que l'assurée identifiait clairement les phases où elle était décompensée sur le plan psychique et celles où elle était mieux stabilisée et qu'elle décrivait l'évolution de ses troubles de façon cohérente ; à cela s'ajoutait que l'aspect cyclique, sur la toile de fond de traits pathologiques de personnalité, correspondait à ce que l'on rencontrait habituellement dans un tel contexte. Il n'y avait en outre pas de discordance dans les plaintes de la recourante, laquelle s'inquiétait de façon adéquate des conditions lui permettant de maintenir son équilibre psychique sur la durée. Sur le plan de la personnalité, l'expert a retenu des traits pathologiques et non un trouble constitué, même si la frontière était assez ténue dans ce cas. Il a par ailleurs souligné l'authenticité et la

collaboration de l'assurée et renvoyé à l'évaluation des ressources effectuées dans la troisième partie de la discussion.

Sous l'angle asséculoologique, l'expert N. _____ a retenu que les diagnostics posés influaient sur la capacité de travail, avec les limitations décrites dans la troisième partie de la discussion. Il a en outre considéré que l'assurée pouvait poursuivre à temps partiel l'activité exercée jusqu'alors (enseignante) lorsque son trouble thymique était en rémission ou décompensé sur un mode léger, ce qui avait été le cas lors des deux premiers entretiens, mais que la capacité de travail était nulle en phase d'aggravation telle que constatée lors du dernier entretien. Ainsi, l'expert N. _____ a retenu qu'en suivant le raisonnement exposé dans la discussion du cas, une capacité de travail « moyenne » de 60 % dans le métier d'enseignante paraissait adéquate et respecter l'éthique médicale, la capacité de travail devenant nulle lors des phases d'aggravation. Il a plus précisément indiqué que la capacité de travail avait été nulle de fin août à fin octobre 2012, puis qu'elle pouvait être estimée de manière globale (longitudinale) à 60 % de novembre 2012 à fin décembre 2017 et qu'elle était à nouveau nulle dès la fin décembre 2017. L'expert N. _____ a ajouté que l'activité actuelle restait adaptée et qu'un changement de domaine professionnel risquerait de générer un stress non négligeable, susceptible de décompenser la personnalité de l'assurée et d'aggraver d'autant plus son trouble dépressif. Au niveau thérapeutique, l'expert a retenu que le traitement actuel était adéquat au regard de la situation donnée, l'échec des traitements dépendant de la complexité de la pathologie.

Prenant position le 9 mars 2018 sur le rapport d'expertise judiciaire, l'OAI a confirmé son appréciation en renvoyant à un avis médical SMR établi le 4 mars 2018 par le Dr F. _____, dont on extrait ce qui suit :

"Notre position : alors effectivement, nous pourrions en reste[r] aux conclusions d'une CT de 60%, certes, jusqu'au 31.12.17, qui était la situation qui prévalait avant le recours (80%). **Il faut cependant faire remarquer malgré la qualité d'analyse de notre confrère qu'un trouble dépressif récurrent, épisode léger,**

n'est pas incapacitant au sens de la Loi AI, et que des traits ne sont pas incapacitants non plus, et que nous ne comprenons pas bien pourquoi ils sont classés dans les diagnostics incapacitants. Alors même si l'expert judiciaire juge d'une façon « globale » la CT au vu de ces 2 atteintes, il nous paraît exagéré de parler globalement d'une CT de seulement 60%, alors que celle du Dr P. _____ nous semblait plus appropriée. La vie quotidienne va d'ailleurs à l'encontre de ce 60% selon notre sentiment, même en prenant globalement les choses. Les dires du Dr Z. _____ iraient aussi dans ce sens. **Nous ne sommes pas convaincus dans sur [sic] ce 60% « global » contre le 80% antérieur.**

En ce qui concerne la situation actuelle, avec IT totale depuis le 01.01.18, il s'agit d'une aggravation intervenant après la situation pendante au tribunal. [...]"

Par écriture du 24 avril 2018, la recourante a signalé être en arrêt de travail à 100 % depuis le 1^{er} janvier 2018 suite à une détérioration de son état de santé en fin d'année, une hospitalisation ayant eu lieu de février à mars 2018. Des options thérapeutiques étaient par ailleurs recherchées.

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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité.

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

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

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et la référence). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou

qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.3). En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165).

b) Selon la jurisprudence, il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418), et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409), la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de

troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281).

aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

bb) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé 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. 3.6 et 4.1.1).

Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'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 déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit 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 sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social - étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

5. Dans le cas particulier, il est constant que la demande de prestations AI de la recourante a été déposée en lien avec des troubles psychiques.

a) Du dossier constitué par l'OAI en cours de procédure administrative, il résulte que le Dr Q._____ comme le Dr Z._____ ont tout d'abord diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (cf. rapport du Dr Q._____ du 18 avril 2013 et rapport du Dr Z._____ du 13 juin 2013), la capacité de travail étant évaluée à 55 % dans l'activité habituelle mais susceptible d'atteindre 60 à 100 % dès l'été 2013 suite à l'abaissement des symptômes anxio-dépressifs (cf. rapport du Dr Z._____ du 13 juin 2013). Ont par la suite été diagnostiquées une rémission des symptômes dépressifs, avec des symptômes résiduels notamment anxieux, ainsi qu'une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile et narcissiques - constellation n'entraînant pas d'incapacité de travail durable (cf. rapport du 6 novembre 2013 du Dr Z._____ et du psychologue A._____). Le 12 novembre 2013, l'assurée a consulté son médecin généraliste traitant, lequel a constaté un état dépressif important (cf. rapport du Dr T._____ du 21 novembre 2016). Ayant repris le suivi psychiatrique de l'intéressée dès le 28 novembre 2013, le Dr C._____ l'a adressée au Dr G._____ qui a conclu, le 10 janvier 2014, à un trouble dépressif majeur récurrent. Le Dr C._____ a, quant à lui, posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome psychotique, et estimé que sa patiente pouvait effectuer deux jours et demi de travail par semaine (cf. rapport du 23 juin 2014) ; puis, il a évoqué un épisode actuel sévère (« F33.2 ») et fait état d'une incapacité de travail de 39,3 % (cf. rapport du 8 octobre 2014). Le Dr C._____ a ensuite mentionné une bonne évolution, nonobstant la fragilité psychologique de la recourante, et estimé que la capacité

résiduelle travail se maintenait à 60 % dans l'activité exercée, qui était adaptée (cf. rapport du 13 mai 2016).

Toujours dans le cadre de la procédure administrative, l'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée aux Hôpitaux X._____, par le Prof. P._____ et la psychologue S._____. Dans leur rapport du 25 janvier 2016, les experts ont retenu les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et de traits de personnalité anxieuse. Ils ont en outre estimé que la poursuite du traitement actuel, qui était adéquat, allait permettre une amélioration avec une capacité de travail de 80 % à la fin de l'année 2016 - tenant compte de l'adaptation au nouveau contexte de vie (maternité) de l'intéressé - dans l'activité habituelle considérée comme adaptée (cf. rapport d'expertise du 25 janvier 2016 p. 9 ss). Ultérieurement, à la requête de la juge instructeur, le Prof. P._____ a précisé que lorsque la recourante avait été vue, au début de l'année 2016, sa capacité de travail était de 60 % ; il a ajouté que la perspective d'une reprise à 80 % avait été fixée pour la fin 2016 en tenant compte d'un trouble dépressif léger et de l'absence d'un trouble constitué de la personnalité, estimant qu'il était difficile d'imaginer qu'une femme avec un bon niveau intellectuel présentant des symptômes dépressifs légers sans troubles francs de la personnalité ne puisse assumer un tel taux dans une activité bien maîtrisée (cf. rapport complémentaire du 14 juin 2017 p. 2).

b) C'est au regard de ces appréciations médicales divergentes qu'une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Dr N._____. Dans son rapport du 29 janvier 2018, l'expert a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger lors des entretiens des 11 et 21 décembre 2017, puis épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques lors de l'entretien du 22 janvier 2018, ainsi que de traits de personnalité émotionnellement labile et anxieux. S'agissant de la capacité résiduelle de travail, il l'a estimé à 60 % dans l'activité habituelle d'enseignante réputée adaptée, étant toutefois relevé que l'exigibilité était nulle lors des périodes

d'aggravation telle celle survenue dès la fin du mois de décembre 2017 (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2018 p. 25 s.).

aa) D'emblée, on notera que les conclusions de l'expert N._____ ne peuvent être prises en considération qu'en tant qu'elles portent sur la situation de l'assurée jusqu'à la date de la décision attaquée, le cadre temporel de l'examen du juge étant défini par la date de la décision administrative du 7 décembre 2016 (voir notamment TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée). La période postérieure échappe quant à elle au pouvoir d'examen de la Cour de céans, en particulier pour ce qui est de l'aggravation rapportée dès la fin du mois de décembre 2017.

bb) L'expert N._____ - à l'instar des experts des Hôpitaux X._____ (cf. rapport d'expertise du 25 janvier 2016 p. 9), comme du Dr Z._____ et du psychologue A._____ (cf. rapports des 13 juin 2013 p. 1 et 6 novembre 2013 p. 1) - a regroupé les diagnostics retenus sous la désignation « *Diagnostic(s) ayant une répercussion sur la capacité de travail* » (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2018 ch. 1.1 p. 25). Il n'en demeure pas moins que seul le trouble thymique a été directement mis en relation avec une diminution de la capacité de travail (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2018 p. 25). Ce trouble constitue ainsi l'atteinte principale à la santé, les traits de personnalité pathologiques relevant d'une phase ultérieure de l'analyse (cf. consid. 5b/cc infra).

Cela précisé, il faut noter que le diagnostic de trouble dépressif récurrent a été posé en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), à la lumière des éléments cliniques constatés et moyennant des indications claires sur le degré de gravité des symptômes et sur les limitations fonctionnelles inhérentes à cette atteinte (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2018, p. 15 s.). Ainsi, pour la période considérée (cf. consid. 5b/aa supra), l'expert N._____ a plus précisément signalé un état de décompensation superposable au status décrit dans l'expertise des Hôpitaux X._____, concluant ainsi à un épisode léger avec un fond

triste modulable, un décalage affectif, une légère irritabilité, des idées modérées d'insuffisance, une légère baisse de la capacité à éprouver du plaisir et à ressentir des émotions agréables, de légers troubles de la concentration et une fatigabilité accrue, les tests psychométriques mettant par ailleurs en évidence des symptômes dépressifs de nature légère (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2015 p. 16).

cc) Concernant les indicateurs du degré de gravité fonctionnel (cf. consid. 4b/bb supra), l'expert N._____ a dûment tenu compte de l'intensité des manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée. A cet égard, il a notamment retracé les différentes phases de décompensation et de rémission survenues (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2018 p. 15) et souligné que l'on se trouvait face à un tableau de décompensations cycliques comprenant au moins trois épisodes dépressifs recensés, avec un facteur de risque au niveau des antécédents familiaux dans la mesure où la mère de l'intéressée s'était suicidée dans le cadre d'une pathologie dépressive (cf. ibid. p. 16) ; il a en outre nié l'existence de signes d'exagération des symptômes ou de simulation (cf. ibid. pp. 14 et 24). Sous l'angle du traitement, l'expert N._____ a exposé qu'après une première approche thérapeutique qui s'était révélée peu adaptée mais que l'assurée n'avait malgré tout pas interrompue, un nouveau « *setting* » thérapeutique avait été mis en œuvre, qui lui convenait mieux (cf. ibid. p. 22). Pour l'expert, l'échec des traitements devait en outre être mis en lien avec la complexité de la pathologie (cf. ibid. p. 27). S'agissant de l'analyse des comorbidités et de la personnalité, l'expert N._____ a procédé à un examen détaillé de la situation et en a inféré que la composante émotionnellement labile se trouvait au premier plan, que la composante anxieuse figurait au second plan et qu'il ne pouvait en revanche retenir la composante narcissique faute d'en retrouver les éléments caractéristiques (cf. ibid. p. 16 s.). Il a par ailleurs considéré que le parcours de vie de l'assurée plaidait pour des traits pathologiques de personnalité et non pour un trouble constitué, même si la différence était assez ténue dans le cas présent (cf. ibid. pp. 18 et 24). C'est ici le lieu de relever que selon la jurisprudence, une structure accentuée de la personnalité (Z73.1) peut être considérée comme une

comorbidité juridiquement significative lorsqu'une diminution des capacités résulte de son interaction avec l'atteinte principale à la santé (voir à cet égard ATF 144 V 50 consid. 5.2.1). En l'espèce, l'expert N._____ a relevé que l'intéressée luttait chroniquement contre des sentiments d'auto-dévalorisation qui l'amenaient à se sentir moins compétente que ses collègues, éléments intimement intriqués aux symptômes de dépression, et que, même sans atteindre le degré d'un trouble constitué, les traits de personnalité de l'assurée avaient certainement joué un rôle dans les difficultés de prise en charge du trouble dépressif (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2018 p. 17 s.), les limitations thérapeutiques découlant des traits pathologiques de la personnalité (cf. ibid. p. 22). Sa personnalité la rendait plus vulnérable au stress et, lorsque les traits de personnalité s'accroissaient et que la dépression s'aggravait, son jugement était parasité par des distorsions cognitives qui la poussaient à se dévaloriser, à ne plus se sentir en mesure d'assumer son travail, voire à prendre des décisions personnelles pouvant lui porter préjudice. En outre, les capacités d'affirmation étaient influencées par les traits de personnalité émotionnellement labile et s'abaissaient fortement en phase d'accroissement de la dépression (cf. ibid. p. 20 s.). Au regard de ces circonstances, les traits de personnalité accentués présentés par la recourante peuvent donc être vus comme des facteurs d'affaiblissement des ressources. Enfin, au niveau du contexte social, l'expert N._____ a observé que le sens du contact était préservé, que l'intégration dans des activités associatives n'était pas directement diminuée par les troubles psychiques et que les relations avec les proches étaient actuellement source de soutien, sans conflictualité ou instabilité, ce qui constituait une ressource (cf. ibid. p. 21).

Concernant les indicateurs de la cohérence, l'expert N._____ a retenu que le tableau clinique était cohérent, que l'aspect cyclique (alternance de phases de décompensation avec des rémissions) – sur toile de fond de traits pathologiques de personnalité – correspondait à ce que l'on rencontrait habituellement dans des situations analogues et qu'il n'y avait pas de discordance entre les plaintes et le comportement de l'assurée, ainsi qu'entre les limitations alléguées et ce qui était connu des

activités et de la vie quotidienne de l'intéressée (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2018 p. 23). A cela s'ajoutait que les éléments recueillis plaidaient pour une bonne observance du traitement et que, si une ambivalence vis-à-vis de la médication avait pu exister par le passé, l'assurée avait bien évolué sur ce point avec le temps (cf. *ibid.* p. 22).

dd) Sur la base de cette évaluation détaillée de la situation, l'expert N._____ a estimé que de fin août à fin octobre 2012, l'incapacité de travail avait été complète mais que depuis le mois de novembre 2012 et jusqu'à la fin de l'année 2017, l'estimation globale (« *longitudinale* ») du cas allait dans le sens d'une capacité de travail de 60 % sans baisse de rendement supplémentaire, dans l'activité habituelle qui restait adaptée (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2018 pp. 25 s. et 28) – évaluation couvrant ainsi l'évolution jusqu'à la date déterminante de la décision attaquée (cf. consid. 5b/aa *supra*).

c) L'expert judiciaire a par ailleurs dûment étayé son positionnement quant aux autres avis médicaux recueillis (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2018 pp. 15 à 20).

Concernant plus particulièrement l'appréciation « *longitudinale* » de l'exigibilité préconisée par l'expert N._____, elle correspond à l'analyse « *rétrospective, actuelle et prospective des capacités fonctionnelles de la personne expertisée dans les différents domaines d'activité considérés* » définie dans les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance (3^e édition du 16 juin 2016, p. 24), édictées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie. Il n'y a aucune raison de s'en écarter, seule une telle analyse permettant une évaluation complète et objective en termes d'exigibilité, singulièrement de ressources concrètement mobilisables par l'assurée – compte tenu, plus particulièrement, de la chronicité des troubles et de leur fluctuation (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2018 p. 19). De surcroît, l'évaluation de l'expert N._____ rejoint au final celle du Dr C._____, qui a lui aussi conclu à une capacité résiduelle de travail de 60 % dans l'activité habituelle, considérée comme adaptée (cf. consid.

5a supra). Quant aux experts des Hôpitaux X._____, ils ont retenu une capacité résiduelle de travail de 60 % lors de leur examen en janvier 2016 (cf. complément d'expertise du 14 juin 2017 p. 2), mais ont escompté une amélioration avec la poursuite du traitement et estimé que l'exigibilité serait de 80 % dès la fin de l'année 2016 (cf. rapport d'expertise du 25 janvier 2016 p. 10). De toute évidence, l'amélioration escomptée n'a pas eu lieu, puisque l'expert N._____ a indiqué qu'aucune rémission n'était intervenue depuis janvier 2016 et qu'il a estimé l'état de décompensation superposable à celui décrit dans l'expertise des Hôpitaux X._____ (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 2018 p. 16), jusqu'à une décompensation ultérieure toutefois extrinsèque au cadre du présent litige (cf. consid. 5b/aa supra). Seul le Dr Z._____, après avoir évalué la capacité de travail à 55 % le 13 juin 2013, a réfuté toute incapacité de travail durable dans son rapport du 6 novembre 2013 rédigé avec le psychologue A._____, en considérant que l'assurée avait connu une phase de rémission des symptômes au cours de l'été (p. 1) ; cette nouvelle phase ne s'est cependant pas inscrite dans la durée puisque le rapport susdit du 6 novembre 2013 fait également état d'une rechute transitoire puis d'une évolution restant difficile (ibid.), avant le changement de thérapeute intervenu à la fin du mois de novembre 2013. Par ailleurs et surtout, cet avis isolé ne fait mention d'aucun élément pertinent qui aurait échappé à l'expert N._____, dont l'évaluation circonstanciée doit dès lors être privilégiée.

La Cour de céans ne saurait par ailleurs faire siens les motifs invoqués par le Dr F._____ du SMR, dans son avis du 4 mars 2018, pour s'écarter de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr N._____. A ce propos, on relèvera tout d'abord qu'en tant qu'il invoque l'absence de portée invalidante d'un trouble dépressif léger, le médecin du SMR fait référence à une pratique jurisprudentielle aujourd'hui obsolète (cf. ATF 143 V 409 et 143 V 418 ; cf. consid. 4b supra). A cela s'ajoute que si le Dr F._____ renvoie à l'exigibilité de 80 % évoquée par les experts des Hôpitaux X._____, il semble toutefois lui avoir échappé qu'il s'agissait là d'une évaluation fondée sur une future amélioration clinique ; or, l'expert N._____ a pu constater que l'évolution escomptée ne s'était pas réalisée

et que la situation prévalant lors de l'expertise de janvier 2016 - avec une capacité de travail de 60 % retenue par le Prof. P._____ et la psychologue S._____ - était restée stationnaire. On ne peut en outre suivre le Dr F._____ lorsqu'il se prévaut de l'avis isolé du Dr Z._____, dont l'appréciation ne suffit pas à mettre en doute les conclusions de l'expert N._____, comme exposé ci-dessus. En définitive, en tant que le Dr F._____ estime « *exagéré de parler globalement d'une [capacité de travail] de 60 % seulement* », son avis constitue tout au plus une appréciation différente d'un même état de fait, dont la motivation s'avère toutefois insuffisante pour l'emporter sur celle, mieux étayée et plus convaincante, de l'expert N._____.

d) A la lumière de ce qui précède, il convient donc de s'en tenir aux conclusions du rapport d'expertise du Dr N._____, qui est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte de l'ensemble des spécificités du cas particulier et comporte des conclusions claires, dûment motivées et exemptes de contradictions. Ce rapport satisfait ainsi pleinement aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 3c supra).

6. Reste à se prononcer du point de vue du droit à la rente d'invalidité.

a) A titre liminaire, on rappellera que le statut d'active à 100 % retenu par l'OAI n'est pas contesté.

b) Cela étant, sur la base des conclusions de l'expertise judiciaire, il y a lieu de retenir que la recourante a présenté une incapacité de travail durable depuis le mois d'août 2012 - date marquant le début du délai d'attente d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 LAI. A l'issue de ce délai, la capacité résiduelle de travail telle qu'arrêtée par l'expert N._____ est de 60 % dans l'activité habituelle d'enseignante, réputée adaptée. Or, dans de telles circonstances, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; TFA I 337/04 du 22 février

2006 consid. 6) et doit ainsi être fixé à 40 % dans le cas particulier, ce qui ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité.

Néanmoins, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI), soit en l'espèce six mois après le dépôt de la demande du 26 mars 2013 - étant rappelé qu'à cet égard, ce n'est pas la date de réception qui est déterminante mais bien la date d'envoi (TF 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5), dont rien ne permet en l'espèce d'inférer qu'elle n'aurait pas directement suivi la date apposée sur le formulaire de demande. Partant, c'est à compter du 1^{er} septembre 2013 que la recourante peut prétendre à un quart de rente d'invalidité.

Dès lors, sans même avoir à se prononcer plus avant sur la motivation de la décision du 7 décembre 2016 mise en cause par la recourante, force est de constater que dite décision ne saurait être maintenue.

c) Quant à la période postérieure à la décision attaquée, caractérisée selon l'expert N._____ par une péjoration de l'état de santé à la fin de l'année 2017 (cf. consid. 5b/aa surpa), elle devra faire l'objet d'une nouvelle décision de la part de l'OAI.

7. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2013.

Pour le surplus, la cause est retournée à l'OAI afin que cet office se prononce sur la période postérieure à la décision du 7 décembre 2016, au regard de la détérioration de l'état de santé survenue à la fin de l'année 2017 selon les conclusions de l'expert N._____.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 7 décembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2013, la cause étant pour le surplus retournée à l'office afin qu'il se prononce sur la période postérieure au 7 décembre 2016.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- V. _____,
- 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 :