

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Neu, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap
Service juridique, à Lausanne,

et

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

**Art. 6 s., 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1
RAI**

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], originaire de Turquie, est mère de trois enfants (nés en [...], [...] et [...]). Sans formation professionnelle reconnue en Suisse (formation de couturière effectuée en 1985/1986 dans son pays natal), elle a travaillé en dernier lieu, de janvier 2016 à décembre 2016, comme employée de restaurant à mi-temps pour le compte de la société C._____ Sàrl en mains de son époux exploitant le Café du [...], à [...].

En incapacité de travail à 100 % depuis le 12 décembre 2016 pour un trouble dépressif récurrent sévère, l'assurée, par l'intermédiaire de L._____ SA (ci-après : L._____), assureur perte de gain, s'est annoncée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre du dépôt, le 9 mai 2017, d'une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente), en raison de problèmes de pneumothorax (1993), neurologiques (2016) et gynécologiques (2002). L'assurée consultait la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, la Dre P._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, la Dre Z._____, spécialiste en médecine interne, en allergologie et immunologie clinique ainsi qu'en pneumologie, ainsi que la Dre E._____, spécialiste en neurologie.

D'après le questionnaire 531bis du 8 juin 2017, l'assurée en bonne santé travaillerait à 80 ou 100 % et actuellement à 50 % depuis 2016 dans la couture ou la vente, par intérêt personnel et financier.

Dans un rapport du 4 juillet 2017 à l'OAI, la Dre N._____, consultée depuis le 29 novembre 2016, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) et d'anémie sévère multifactorielle, renvoyant pour le surplus à la Dre Z._____. On extrait ce qui suit de ce rapport :

“Couturière de formation, Mme A._____ a exercé sa profession en Suisse comme doubleuse de manteaux de fourrures pendant 2 ans environ à 50% dans une maison de fourrures, puis environ 1 an

à domicile. Ensuite elle a tenu une conciergerie, ce qui lui permettait de s'occuper en parallèle de ses 2 fillettes atteintes d'une grave pathologie génétique. Elle a cessé ce travail en 2000 environ et a fait des travaux de couture à domicile à la demande. Depuis 2016, elle travaillait dans l'établissement public servant de la petite restauration géré par son mari. Elle nettoyait, faisait de la mise en place, une partie des courses, cuisait le pain, en partie à son domicile, lavait les blouses des employés. Elle a été licenciée de ce travail pour le 31.12.2016 en raison d'une baisse du chiffre d'affaire[s].

Sont apparus dès l'été 2016 des troubles du sommeil avec cauchemars, de la tristesse, des troubles de la concentration, de l'adynamisme, du repli dans un contexte de problèmes familiaux et de soucis de santé physique. La symptomatologie s'est progressivement aggravée jusqu'en novembre 2016, ce qui l'a poussée à consulter son médecin de famille, la Dresse Z. _____, qui me l'a rapidement adressée.

Lors des premières consultations, Mme A. _____ se plaignait de troubles du sommeil, de cauchemars, de tristesse, de fatigue, de manque de motivation, d'anhédonie, de ruminations anxieuses, de sentiment de culpabilité, d'idées noires sans volonté de passage à l'acte et de douleurs dorsales et scapulaires. Une hospitalisation en milieu psychiatrique a été acceptée, mais la patiente y a finalement renoncé pour des raisons familiales.

[...]

Une prise en charge ergothérapeutique a démarré début mai 2017 d[ans] le but de la faire sortir de chez elle, de l'occuper (souffre de son inactivité, alors qu'elle est très active habituellement), de trouver de la valorisation et du soutien hors de son cercle habituel.

Mentionnons que j'ai encouragé Mme A. _____ à aller en avril dernier en Turquie sur la tombe d'une de ses filles, décédée d'une maladie métabolique génétique en 2002, dont elle se reproche encore le décès. Elle ressentait un fort besoin de pouvoir se recueillir auprès de sa fille et de lui demander pardon. Cette démarche avait une dimension thérapeutique et a effectivement apporté un peu de soulagement à la patiente.

Constat médical (symptômes actuels, état actuel, indications subjectives, constat objectif)

Madame A. _____ se présente comme une femme de 46 ans, extrêmement pâle, abattue, fatiguée, tourmentée, ralentie, au visage triste et hypomimique. Elle parle d'une petite voix, penchée en avant sur son siège. Elle a vraiment l'air d'être au bout du rouleau. Baisse de l'élan vital subjectif et objectif. Elle signale de la tristesse, une fatigue intense, des migraines, des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes toutes les nuits, une anhédonie, un intense sentiment de culpabilité avec l'impression qu'elle apporte le malheur, ainsi que de méfiance, un ralentissement, des troubles de concentration et des difficultés à s'organiser. Relevons que l'anémie peut beaucoup contribuer à la fatigue. Son médecin de famille lui prescrit des perfusions de fer pour améliorer l'anémie.

Pronostic

Une amélioration de l'état dépressif est bien sûr espérée, si et quand une dose d'antidépresseur reconnue comme efficace sera atteinte. Toutefois, je ne peux pas me prononcer quant au moment où cette amélioration surviendra, ni même si elle surviendra, la réponse à un antidépresseur n'étant jamais sûre, d'autant plus chez Mme A. _____ qui n'a toléré aucune des molécules prescrites à ce jour. De ce fait, l'amélioration de la capacité de travail prendra plusieurs semaines, voire mois."

Le traitement comprenait un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré à la fréquence d'une à deux semaines, l'ergothérapie ainsi qu'une médication, avec essai d'autres antidépresseurs. La Dre N. _____ a constaté une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 12 décembre 2016 et des restrictions fonctionnelles (fatigue physique et psychique, ralentissement, tristesse, baisse de l'élan vital, ruminations anxieuses à thème de culpabilisation, repli social, troubles de la concentration, difficultés d'organisation, intolérance au stress), indiquant que, dans le cadre du travail, l'assurée n'était plus en mesure d'effectuer les nettoyages, planifier et faire les courses, supporter le bruit et le va-et-vient des clients et que sa peur d'apporter le malheur ou porter préjudice restreignait ses activités au strict minimum. L'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible de la part de l'assurée, et sans mesures médicales susceptibles de réduire les restrictions énumérées. Selon cette médecin, une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail de sa patiente, n'était pas attendue avant plusieurs mois.

Dans un rapport du 26 juillet 2017 à l'OAI, la Dre Z. _____ a posé, au titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail, notamment ceux d'anémie hypochrome microcytaire hyporégénérative et carenentielle chronique grave symptomatique d'origine multifactorielle (thalassémie mineure, carence chronique en fer sur thalassémie et spoliative gynécologique digestive persistante, malabsorption digestive du fer), de carence martiale sévère récidivante très chronique sur thalassémie mineure, ménométrorragies chroniques et pangastrite chronique, de status post-4 pneumothorax droits spontanés, status post-multipneumothorax spontanés gauches (>10x) traités par pleurodèse, status post-thoracoscopie droite, bullectomie apicale droite du LSD et

pleure abrasion mécanique, de syndrome restrictif pulmonaire modéré non réversible, de syndrome du tunnel carpien gauche irritatif, de rhizarthrose gauche, de syndrome cervico[-]brachial récidivant, de gonalgie droite récidivante (dès 2015) sur chondropathie et méniscopathie interne, de rhino-conjonctivite allergique avec composante asthmatique pérenniale, de multiples intolérances et allergies médicamenteuses : à divers antidépresseurs, Deroxat, etc ; aux AINS ; au Tramadol ; au Sirdalud ; à divers traitements hormonaux (Dépôt-Provera, etc...).

Parmi les divers traitements hospitaliers rapportés, la Dre Z._____ a indiqué de multiples perfusions pour la carence en fer récidivante non traitable chez l'assurée par voie *per os*. Elle notait également un risque élevé de récurrence de pneumothorax avec des fonctions pulmonaires légèrement péjorées depuis 2009 sans amélioration à prévoir, une anémie microcytaire récidivante d'origine multiple, avec plusieurs symptômes (aggravation de la dyspnée d'effort, parfois de repos, asthénie, fatigabilité excessive importante, difficulté à se concentrer, faiblesse musculaire, mal être général, palpitations et tremor) et une tendance anémique ferriprive et hyporégénérative persistante avec un suivi diagnostique et thérapeutique très régulier indispensable à long terme, ainsi qu'une pathologie du SLM (syndrome de Laurence-Moon) multiple, un trouble digestif avec de multiples intolérances médicamenteuses diverses qui ne pouvaient probablement pas être améliorées, ainsi qu'un syndrome dépressif persistant avec multiples décompensations dépressives sévères avec un suivi par la Dre N._____.

Selon le dossier actualisé en mains de L._____ (pièce 34), dans un rapport du 26 septembre 2017, la Dre N._____ a confirmé que l'état de santé altéré de sa patiente entravait la poursuite de l'activité habituelle d'employée de restaurant à 50 % sans possibilité d'une reprise du travail avant plusieurs mois. En cas de rémission de l'état dépressif de sa patiente, la profession usuelle pouvait être exercée à taux réduit tout comme une activité de maman de jour selon le souhait de l'intéressée. Outre les consultations, le traitement comprenait la prise de plusieurs antidépresseurs. Depuis un précédent rapport du 16 mai 2017, la seule

amélioration constatée concernait le sommeil, avec un endormissement plus rapide après les réveils nocturnes et les cauchemars, sans modification des autres symptômes présentés.

Le 9 mai 2018, l'OAI a pris connaissance du dossier médical actualisé constitué par L. _____ (pièce 42) contenant en particulier un rapport d'expertise psychiatrique de la Dre G. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du 20 avril 2018. Sur la base de son examen du 3 avril 2018, cette experte a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent avec épisodes d'intensité sévère, actuellement en rémission (F33.4). Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu des troubles de l'adaptation avec certains signes somatoformes (F43.28). Dans sa discussion du cas, la Dre G. _____ a notamment relevé ce qui suit :

“[...] A l'examen de ce jour il s'agit d'une femme orientée et collaborante, munie de très bonnes capacités intellectuelles. La qualité de son expression française surpasse certainement son niveau de scolarité. Alors qu'une atteinte dépressive est signalée depuis fin 2016, la recherche des signes au sens des classifications internationales en est aujourd'hui négative. De par les compétences cognitives intactes, un accomplissement des tâches au domicile exempt de déficit fonctionnel annoncé et la persistance d'une curiosité naturelle, il peut être déduit que l'antécédent dépressif annoncé est en rémission complète.

Quant à l'allégation d'un sentiment de culpabilité concernant la résiliation du bail professionnel du mari, l'examinée peut se positionner adéquatement face à celui-ci, même si cette pensée est annoncée comme envahissante. Comme le fonctionnement au quotidien apparaît comme intact et qu'aucun signe de psychose n'a été identifié, ce sentiment est à attribuer à d'autres mécanismes qu'une atteinte psychiatrique à la santé ; il n'implique donc aucune limitation fonctionnelle.

Le seul symptôme restant à prendre en considération est un sentiment de souffrance associé à des notions de douleurs (migraines, dysménorrhée et diverses douleurs articulaires) qui, malgré l'objectivation de multiples atteintes somatiques, peut être évocateur d'une expression somatoforme. En effet, diverses caractéristiques en ont été retrouvées, telles qu'un rétrécissement du champ de la pensée en se focalisant sur ses propres doléances, des démarches d'amplification (dans le temps comme en intensité) et une tendance à se positionner en victime en ne supportant pas que l'ampleur de ses plaintes soit mise en doute. Dans ce contexte, la mauvaise acceptation des traitements antidépresseurs prescrits pourrait ne pas totalement être attribuée à des effets secondaires pharmacologiques.

En regard de ce tableau clinique, il se pourrait que le malaise que vit l'assurée soit en lien avec une certaine insatisfactions existentielle. Dans son mode relationnel, alors qu'elle est munie de très bonnes compétences cognitives, l'intéressée se distancie de son milieu culturel (ne fréquenterait pas la communauté turque dont elle est issue) tout en ne semblant que peu intégrée dans un autre entourage. Il se peut qu'elle soit en quête d'une autre identité, d'autant qu'elle doive se satisfaire de son mariage arrangé et que ses enfants fragilisés lui ont pris une importante énergie [...]"

Selon la Dre G._____, si la poursuite de la profession habituelle d'employée de restaurant à 50 % n'était plus possible, l'état de santé de l'assurée permettait toutefois l'exercice d'une activité adaptée telle que gardienne d'enfants à plein temps de son taux d'activité depuis le 1^{er} mai 2018.

Par rapport du 28 mai 2018 en réponse aux questions adressées dans l'intervalle par l'OAI, la Dre N._____ a confirmé une amélioration de l'état de santé psychique de l'assurée ; elle évaluait la capacité de travail de sa patiente comme nulle du 12 décembre 2016 au 20 mai 2018, puis à 50 % depuis le 21 mai 2018 en raison de la persistance de symptômes anxieux et d'une vulnérabilité au stress augmentée. Les limitations fonctionnelles étaient des ruminations anxieuses, une anxiété anticipatoire et la survenue de flash-backs ; ces restrictions n'étaient pas continues mais occasionnelles, plusieurs fois par semaine. Le traitement prescrit alliait la prise de Deanxit® et de Quétiapine®, seules molécules supportées par l'intéressée, et la compliance semblait bonne.

Dans un rapport du 6 juillet 2018, la Dre F._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu l'atteinte principale à la santé de trouble dépressif récurrent, épisode sévère en rémission partielle et, comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, un status post bullectomies apicales et pleuro-abrasion droite et gauche pour pneumothorax spontanés récidivants ainsi que, ne ressortant pas de l'assurance-invalidité, un trouble de l'adaptation, une anémie multifactorielle, une intolérance médicamenteuse, une rhino-conjonctivite et un tunnel carpien gauche.

S'alignant sur les conclusions de l'experte G._____ et l'estimation de la psychiatre traitante, le SMR a retenu une totale incapacité de travail de l'assurée de décembre 2016 à avril 2018, et depuis lors, une capacité de travail résiduelle à 50 % dans toute activité adaptée, dont celle habituelle d'employée de restauration. Les limitations fonctionnelles consistaient en une anxiété, des ruminations, l'abstention d'activités physiques lourdes et le port de charges de plus de 15 kilos.

L'OAI a fait réaliser une évaluation économique sur le ménage le 10 décembre 2018 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 19 décembre 2018 (pièce 54), l'enquêtrice a retenu un statut de 50 % active et 50 % ménagère. Au total, elle a mis en évidence une entrave de 4,6 % dans l'accomplissement des travaux habituels.

Par projet de décision du 30 janvier 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui allouer une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 31 août 2018. Il retenait un degré d'invalidité de 52,3 % pendant la période d'incapacité de travail totale et de 27,3 % dès le 21 mai 2018 dans la mesure où sa capacité de travail était de 50 % en toute activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un degré d'invalidité de 25 % pour la part active de 50 % et de 2,3 % pour la part ménagère également à 50 %. La suppression du droit à la rente intervenait à la fin du 3^{ème} mois suivant l'amélioration, soit au 31 août 2018.

A l'appui des objections de l'assurée du 19 février 2019, l'OAI a reçu un rapport du 21 mai 2019 de la Dre N._____ décrivant une aggravation progressive de l'état de santé psychique de l'assurée intervenue depuis la fin du mois d'octobre 2018 justifiant, selon cette psychiatre, une totale incapacité de travail de celle-ci.

Le 4 juillet 2019, la Dre N._____ a répondu comme suit à un questionnaire de l'OAI :

"1. Depuis mon dernier rapport du 28 mai 2018, l'évolution de l'état de santé a été marquée dès le contrôle du 21.8.2018 par

l'augmentation de l'anxiété sous forme de ruminations anxieuses et d'anxiété anticipatoire, du repli social, de pensées intrusives liées à diverses situations traumatiques, de sentiments de colère, d'injustice, d'insuffisance et de jugement négatif de la part des autres.

Entre août 2018 et décembre 2018, elle a vécu comme un nième échec le fait de ne pas pouvoir bénéficier d'un traitement EMDR [*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*] en raison d'un nombre de situations traumatiques trop important pour pouvoir être traité sans risque qu'elle soit débordée par ses émotions et encore plus traumatisée qu'avant. Le même mécanisme de baisse de l'estime de soi s'est répété quand elle s'est rendue compte qu'elle n'arriverait pas à remplir les conditions de recherche d'emploi comme exigé par le chômage ou celles de l'atelier d'occupation de coiffure ou de la garderie du [...] où Mme [...], ergothérapeute et moi l'avions dirigée. Elle se sent utile par contre et apprécie de confectionner des articles pour bébés en crochet à la demande de [...].

A partir de mars 2019, en parallèle avec le début de l'aide au placement, Mme A. _____ a de plus en plus exprimé un sentiment de découragement et d'insuffisance, de la tristesse, avec apparition d'idées suicidaires en mai 2019 après le constat de Mme [...] de votre office que son état de santé psychique ne lui permettait pas de bénéficier de l'aide au placement comme envisagé. Elle avait même élaboré un plan, heureusement déjoué par la présence de son mari. Depuis, elle se retrouve dans un état dépressif avec composante anxieuse marquée, très semblable à celui de 2016.

2. Le diagnostic psychiatrique actuel impactant la capacité de travail reste un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère F 33.2. Un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique complexe est fort probable aussi.
3. Au status, je trouve une patiente sombre, visiblement anxieuse, à l'hygiène et à la présentation correcte, au visage triste et hypomimique, parfois ralentie, au discours rétréci par ses soucis, les événements traumatiques de sa vie et ce qui les lui rappelle dans le moment présent. Elle présente une baisse de l'élan vital, une anhédonie, des ruminations anxieuses et verbalise des sentiments de honte, d'insuffisance, de culpabilité, de dévalorisation, de perte d'estime d'elle-même, ainsi que des troubles de la concentration. Elle a constamment peur que quelques chose de terrible arrive à ses proches ou elle-même, l'empêchant de se réjouir d'un éventuel événement positif. Elle dort mal, a moins d'appétit, se sent très fatiguée. Les idées suicidaires se sont estompées.
Les limitations fonctionnelles psychiatriques sont l'anxiété flottante, la baisse de l'élan vital, la tristesse, les sentiments de culpabilité, d'insuffisance, de dévalorisation, le ralentissement, le rétrécissement du champ de pensées sur ses soucis.
4. Non, pas d'hospitalisation, ce que Mme A. _____ vivrait très mal, comme une nouvelle blessure narcissique.

5. Journée type : lever vers 6.30-7.00, toilette, café, puis prépare un jus d'orange pour sa fille, puis en attente du départ des membres de sa famille pour le travail et l'école. Elle reste après chez elle, fait son lit, un peu de ménage, 2X/semaine, ell[e] prépare un dîner léger pour sa fille et elle, sinon ma[n]ge des restes ou une salade. Après le dîner, regarde la TV ou se repose un moment. En fin d'après-midi, commence les préparatifs pour un souper simple, alors qu'avant faisait des repas plus élaborés. Après le repas, range la cuisine, se fait un café et regarde la TV ou fait du crochet avant d'aller au lit vers 23 h 30-0 h 00 où elle lit un moment avant de dormir. Elle sort tous les 2 jours environ pour faire quelques courses (max. 5 kg selon les recommandations de Dresse Z. _____ en raison du risque de récurrence de pneumothorax), voit une amie max. 2x/mois.
6. Mme A. _____ n'a plus d'activités sociales, ni de loisirs en-dehors de chez elle en raison de son sentiment de honte, de peur du jugement des autres, de sa fatigue, de la perte d'intérêt pour les relations. Elle ne participe plus aux discussions en famille. Elle lit encore un peu, mais moins qu'avant en raison de troubles de la concentration.
Elle n'a pas repris son activité d'ergothérapie depuis le rendez-vous avec Mme [...], alors même qu'elle apprécie habituellement cela.
Elle a diminué ses tâches ménagères : elle passe l'aspirateur chaque 2 jours au lieu de tous les jours, elle est aidée par ses filles pour la lessive et le repassage, ce qui n'était pas le cas avant mai 2019, elle nettoie cuisine et salle de bains 1x/semaine au lieu de 2, ne fait plus le pain qu'une fois par mois au lieu d'hebdomadairement, elle est aidée par son mari pour changer les draps de leur lit.
7. Mme A. _____ est soutenue moralement par sa famille, mais ne peut pas vraiment compter sur son mari ou un de ses frères qui ont eux-mêmes beaucoup de soucis professionnels, sur ses filles, l'une très malade et l'autre encore adolescente, sur la communauté turque avec laquelle elle n'a plus que très peu de contacts.

Elle se montrait très motivée en 2018 à entreprendre une réinsertion professionnelle, mais il s'est vite avéré que son état de santé psychique, mais aussi physique posaient plus de limites qu'elle ne l'avait prévu, ce qui l'a beaucoup découragée et démotivée. Elle peut compter par contre sur ses bonnes capacités en français oral.
8. Depuis mon dernier rapport, la capacité de travail dans l'activité est restée de 0% sur un taux de 100% d'un point de vue psychiatrique.
9. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 50% depuis le 21.5.2018, puis a baissé dès août 2018 autour de 20-30%, puis de 0% dès mars 2019 et encore actuellement.
10. Une activité adaptée n'est plus du tout possible dès mars 2019 et je pense qu'elle ne le sera pas avant de très nombreux mois, surtout en pensant à l'échec, du moins ressenti comme tel par la

patiente, des tentatives d'activités occupationnelles ou de placement.

[...]

14. Mon pronostic est défavorable tant sur le plan de l'état de santé que de la capacité de travail [...]"

Après avoir soumis ce dernier rapport au SMR (avis du 28 février 2020), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans son rapport du 25 mars 2021, cet expert n'a pas retenu de diagnostic incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent en rémission ou subclinique. Il a estimé que le tableau clinique rassurant décrit par la Dre G._____ en avril 2018 indiquant une symptomatologie dépressive somme toute relativement légère s'était maintenu et que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2018. Il a justifié la divergence d'appréciation de la capacité de travail avec celle effectuée par la Dre N._____ par la différence de mandat entre un médecin traitant et son patient et celui de l'expert. Notant un fonctionnement de l'assurée identique à celui figurant dans l'enquête économique sur le ménage réalisée en décembre 2018, le Dr Q._____ retenait l'existence de facteurs extra-médicaux au premier plan (l'âge, l'absence de qualification, l'importance des bénéfices secondaires y compris financiers et les faibles perspectives de retrouver un emploi). L'évaluation selon la mini-CIF APP relevait des limitations moyennes seulement pour deux facultés (flexibilité/capacité d'adaptation et application des compétences professionnelles). Selon l'expert, l'assurée s'adaptait aux règles et routines du quotidien et structurait ses tâches, s'occupait parfaitement de ses proches et gérait ses relations, ses capacités d'adaptation étaient limitées par des contextes socio-culturels et son faible niveau d'intégration. L'intéressée n'avait pas de compétences professionnelles. Elle ne présentait pas de trouble de la personnalité qui altérerait les capacités de décision ou de jugement. L'endurance était limitée éventuellement par les atteintes somatiques, et non psychiques. Il n'y avait pas de problème d'affirmation de soi, ni jamais eu de tendance conflictuelle avec des tiers ou un groupe au sein de la famille ou intime.

L'assurée gérait ses soins personnels et pouvait se déplacer. Le Dr Q. _____ était d'avis que, si l'état de santé psychique de l'assurée avait pu s'aggraver transitoirement, et totalement, entre mars et la fin juin 2019, sa capacité de travail était entière, à savoir quatre heures par jour dans toute activité adaptée à ses compétences et sa motivation (par exemple aide de cuisine, dans la restauration, femme de ménage ou petite conciergerie), depuis juillet 2019.

Après avoir soumis cette expertise au SMR (avis du 12 avril 2021) puis obtenu la confirmation par l'expert de l'absence de limitation fonctionnelle psychiatrique durable au moins depuis octobre 2020 (note manuscrite du Dr Q. _____ enregistrée le 16 juin 2021 au dossier), l'OAI a de nouveau présenté le cas à son service médical qui a estimé qu'il n'y avait pas d'élément médical justifiant de s'écarter des conclusions du rapport d'examen SMR du 6 juillet 2018 (avis du 8 juin 2021 de la Dre F. _____).

Aux termes d'un courrier du 10 septembre 2021, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a, sur la base de l'expertise psychiatrique confiée au Dr Q. _____, estimé que son projet d'acceptation de rente du 30 janvier 2019 reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

Par décision du 23 septembre 2021, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 31 août 2018.

B. Par acte du 25 octobre 2021, A. _____, représentée par Inclusion Handicap, Service juridique, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité lui est allouée au-delà du 31 août 2018. Subsidiairement, elle a conclu au maintien de la décision attaquée s'agissant de son droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 31 août 2018 et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision pour ce qui est du droit à la rente d'invalidité au-delà du 31 août 2018. A titre

préalable, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire portant sur le volet psychiatrique. La recourante a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 25 mars 2021 du Dr Q._____ en se plaignant de l'absence de prise en compte par cet expert de la totalité de la période durant laquelle il existait une aggravation de l'état de santé psychique attestée par sa psychiatre traitant le 4 juillet 2019, à savoir une incapacité de travail oscillant de 50 à 100 % depuis août 2018. La recourante a produit un rapport du 24 juin 2021 de la Dre N._____, adressé à son conseil, faisant part de ses remarques sur le rapport d'expertise du Dr Q._____.

Dans sa réponse du 8 décembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il a relevé que le caractère probant de l'expertise du Dr Q._____ permettant de retenir l'absence d'élément en faveur d'un trouble dépressif significatif au-delà du mois d'avril 2018, estimant que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Le 2 février 2022, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions, la recourante a produit un rapport du 16 janvier 2022 de la Dre N._____, adressé à son conseil, rédigé en ces termes :

"1. Divergences quant aux symptômes présentés par Mme A._____.

- Symptomatologie dépressive

L'expert détaille à la page 16 l'anamnèse et le status psychiatriques. Il affirme qu'il n'y a pas d'anhédonie, alors que Mme A._____ me signale régulièrement faire ce qu'elle peut sans plaisir. Comme mentionné dans mon rapport du 24 juin 2021, les activités de loisir (crochet, télé, lecture) cités par l'expert ne permettent pas de conclure que ma patiente se fait plaisir et qu'elle a une vie sociale et de loisirs normale et pleine de satisfactions. Le 26.4.2021, elle me disait encore ne plus avoir de plaisir, de projets, à part ses filles et le 22.11.2021 vivre au jour le jour, sans joie de vivre.

Pour faire court, je reprends le texte de mon rapport du 24 juin dernier se centrant sur les critères du trouble dépressif de la CIM-10 :

- Une humeur triste la plupart du temps : L'expert ne dit rien de la thymie, ce qui est pourtant central dans l'évaluation d'un trouble dépressif.
- Une fatigue constante : L'expert ne signale qu'une légère fatigabilité, alors que la patiente se plaint régulièrement de fatigue.
- Une diminution de son activité, elle qui était capable de tenir son ménage et une conciergerie par le passé, de s'occuper de ses filles malades et d'avoir des relations sociales, ce qu'elle ne fait plus ou peu : l'expert ne prend pas en compte la différence entre ce que Mme A. _____ était capable de faire avant l'épisode dépressif et ce qu'elle est capable de faire depuis. C'est vrai qu'elle fait encore son ménage, les repas, quelques courses, mais moins, moins souvent qu'avant et avec plus de difficultés. Il y a donc un impact négatif de son état de santé psychique sur ses tâches ménagères.
- Sa capacité à se réjouir est diminuée, voire inexistante, malgré l'évaluation de l'expert qui se base sur ses quelques activités de loisirs, dont le crochet qui est une activité thérapeutique pour elle à [...]. Je maintiens que l'expert a surestimé la capacité de Mme A. _____ à avoir du plaisir sur la base des loisirs qu'elle a encore.
- Idem pour ses intérêts.
- Elle dort mal, se réveille souvent en pleurs. Mon évaluation des troubles du sommeil est différente de celle de l'expert, qui ne s'intéresse pas à la qualité du sommeil, mauvaise chez Mme A. _____.
- Son estime d'elle-même est abaissée.
- Elle ressent une forte culpabilité et un sentiment d'impuissance qu'elle supporte difficilement, elle qui avait l'habitude de se battre pour que ses filles malades soient bien soignées. L'expert en parle aux pages 13-14 et 23, mais ne semble pas retenir cela comme un symptôme.
- Elle présente un ralentissement moteur.
- Elle a eu des idées suicidaires par le passé.

Si je prends les critères du DSM-5, comme l'a fait l'expert, je trouve :

- 1 une humeur dépressive
- 2 une diminution de l'intérêt et du plaisir
- 4 une insomnie
- 5 un ralentissement psychomoteur
- 6 de la fatigue
- 7 une culpabilité excessive et inappropriée

Ces symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement social et aussi professionnel. Pour poser le diagnostic d'épisode dépressif majeur selon le DSM-5, il faut au moins 5 symptômes, mais au moins 1 des 2 premiers, ce que Mme A. _____ présentait au moment de l'expertise et encore actuellement. Ainsi je maintiens mon diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif majeur actuel. Quant à la sévérité selon le DSM-5, on peut la classer en tout cas comme modérée, voire sévère actuellement (cf. Point 5) ce qui va à l'encontre du diagnostic posé par l'expert d'un trouble dépressif récurrent, en rémission ou subclinique.

- Etat de stress post-traumatique

A la page 16 de son rapport, l'expert affirme qu'il n'y a pas d'argument pour un état de stress post-traumatique sans développer son argumentation. Pour ma part, je maintiens ce diagnostic comme comorbidité aggravant l'état de santé de Mme A._____. Je reprends tout d'abord mon propos de juin 2021 pour donner quelques exemples :

Son vécu de mère d'enfants gravement malades est marqué par de nombreux traumatismes qu'elle revit encore actuellement aux dates anniversaires ou lors d'événements évoquant, même faiblement, un moment du passé. Par exemple, elle ne peut pas manger de fruit, car ses filles en étaient privées. Ou bien elle a dû renoncer au stage proposé dans le salon de coiffure du [...], car elle ne pouvait pas s'imaginer laisser couler de l'eau dans le bac de lavage, alors qu'elle s'en veut toujours d'avoir refusé de donner à boire de l'eau à sa 2^e fille peu avant le décès. D'ailleurs, elle ne boit pas d'eau pure pour cette raison. Ces quelques exemples, parmi d'autres, s'assimilent à des comportements d'évitement. Quand il ne lui est pas possible de les appliquer, elle signale des phénomènes de l'ordre de la pensée intrusive, fréquents, qui déclenchent chez elle une forte angoisse, de la culpabilité, des pleurs, parfois de la colère contre les personnes qui n'avaient pas tenu compte de son avis de mère connaissant parfaitement la maladie de ses filles. En fait, le présent est constamment pénétré et dominé par le rappel du passé douloureux, ce que je n'ai réalisé que très progressivement, Mme A._____ n'aimant pas parler de cela. Cela a eu comme conséquence que je n'ai pas mentionné explicitement le Diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, même si je l'évoque dans mes rapports du 28 mai 2018 et du 4 juillet 2019.

Pour justifier mon diagnostic d'état de stress post-traumatique, je me base sur les critères de la CIM-10, mais je peux aussi prendre ceux du DSM-5 (DSM-5, traduction française p. 350-361, éditions Elsevier Masson, 2015) :

Critère A : par le passé, elle a été exposée de façon répétée à la menace de mort sur ses filles liée à leur maladie génétique, l'une d'entre elles en est morte. De plus, le 1^{er} janvier 2021, son mari a fait un arrêt cardiaque sous ses yeux et il en est décédé sans avoir repris conscience après 2 semaines aux soins intensifs.

Critère B : elle a des souvenirs répétitifs, envahissants qui provoquent un sentiment de détresse. Elle a des sentiments de détresse prolongée et intense lorsqu'elle est en contact avec quelque chose, une situation qui lui rappelle les moments où elle a cru perdre l'une ou l'autre de ses filles, ce qui est le cas à chaque date anniversaire par exemple.

Critère C : elle évite ce qui pourrait lui rappeler des épisodes douloureux de l'enfance de ses filles.

Critère D : elle souffre d'une altération de son humeur et des cognitions associées aux événements traumatiques : Croyances négatives à son sujet, distorsions cognitives négatives la poussant à se blâmer et s'accuser (le mauvais œil que l'expert mentionne à la page 23 de son rapport), incapacité persistante d'éprouver des sentiments positifs.

Ses symptômes durent depuis de nombreuses années et sont source d'une souffrance cliniquement significative.

Selon le même DSM-5, ce diagnostic est « ..associé à un haut niveau de handicap physique, social et professionnel.. », de plus il y a 80% plus de risque de répondre aux critères d'un autre trouble de santé psychique quand on souffre d'un état de stress post-traumatique que si l'on n'en souffre pas. Ainsi, la co-occurrence d'un trouble dépressif et d'un état de stress post-traumatique est un facteur aggravant l'état de santé psychique global et le fonctionnement d'une personne.

1. Divergences quant à l'évaluation de l'impact des atteintes à la santé sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

A la page 23 de son rapport, le Dr. Q. _____ semble motiver l'absence d'impact de l'atteinte à la santé par l'absence de ladite atteinte à la santé, puisque, selon lui, Mme A. _____ ne présente pas de symptômes justifiant d'un diagnostic de trouble dépressif actuel, net encore moins d'un état de stress post-traumatique.

Il motive son appréciation par le fait qu'il estime que Mme A. _____ ne présente pas d'anhédonie alors qu'elle me dit qu'elle n'a plus de plaisir.

Il écrit aussi, comme preuve de l'absence de trouble dépressif, qu'elle investit les relations avec ses proches et ses enfants et qu'elle a des contacts réguliers avec sa famille et sa fratrie. Je me demande en quoi le fait d'avoir des contacts avec sa famille est la preuve qu'elle ne souffre pas de symptômes dépressifs. Elle pourrait avoir des contacts avec sa famille, car cette dernière souhaiterait la soutenir par sa présence, p.ex. Le fait de vivre sous le même toit que sa benjamine et son mari et de recevoir des visites n'est pas encore la preuve de l'absence de symptômes dépressifs, ni d'ailleurs de l'absence d'état de stress post-traumatique.

L'expert conclut aussi à l'absence de diagnostic actuel de trouble dépressif en invoquant ses « nombreux loisirs », la lecture, la télévision, le crochet (je rappelle : dans le cadre d'une activité thérapeutique dans un atelier protégé, [...]), comme si cela montrait qu'elle a assez d'énergie pour s'y adonner. Pour rappel, je cite le passage de mon rapport du 24 juin 2021 :

..Ensuite, je ne peux que m'interroger sur l'évaluation de l'expert quant aux activités de loisirs de ma patiente : lecture, TV, crochet, qu'il juge nombreuses. Ce ne sont pas des activités qui n'impliquent pas une participation très active ou des interactions sociales soutenues. A mes yeux, on ne peut pas s'appuyer sur ce type d'activités de loisirs pour dire que Mme A. _____ se fait plaisir et est intégrée, donc qu'elle ne présente pas d'anhédonie ou de retrait social..

Finalement, le fait de se blâmer, de se sentir coupable continuellement fait partie des symptômes tant d'un épisode dépressif que d'un état de stress post-traumatique.

En conclusion, il y a bien une atteinte à la santé selon mon appréciation.

Cette atteinte à la santé impacte de plusieurs manières sa capacité de travail dans son activité habituelle et une autre activité adaptée :

- Sans un minimum de capacité à se projeter dans l'avenir avec un peu de plaisir, il est difficile de planifier et faire une activité, comme les courses pour le café de sa famille, mais aussi toute autre activité professionnelle.
- Idem pour l'humeur triste, qui plus est lui rend le contact avec les clients pénible, encore plus depuis le décès de son mari avec les questions que ces derniers continuent à lui poser ou les souvenirs de son mari qu'ils lui évoquent.
- Les sentiments de culpabilité génèrent des ruminations anxieuses entravant la concentration, ainsi que l'obligent à restreindre ses activités de peur de faire du mal.
- L'évitement de situations lui rappelant la maladie de ses filles est aussi de nature à diminuer sa capacité de travail, comme mentionné déjà (évitement de l'eau).

J'ajoute encore une remarque au sujet d'une affirmation du Dr. Q. _____ à la page 25 de son rapport, à savoir que le litige au sujet du bail du café ne serait pas un « *facteur de stress permettant d'expliquer la durée de son incapacité de travail qui débute en décembre 2016, et ce sans autres facteurs de stress intercurrent dans un environnement familial adéquat* ». Il oublie que ce facteur de stress n'est qu'un parmi d'autres vécus auparavant (et encore d'autres par la suite) par Mme A. _____, dont les capacités de résistance au stress et d'adaptation ont fini par être dépassées à l'occasion de ce problème. Par ailleurs, dire que l'environnement familial est adéquat, alors que M. A. _____ s'épuisait au travail et que la fille aînée était régulièrement aux Urgences ou hospitalisée pour des complications soit de sa maladie de base ou de la greffe me paraît questionnable.

3. Divergences quant à l'évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

Je ne sais pas sur quelles bases le Dr. Q. _____ peut estimer Mme A. _____ capable de travailler 4 h par jour 5 jours par semaine dès le 1.5.2018, puis à 50 % dès mars 2019, puis à 100% dès juillet 2019, soit 4 h par jour. Il précise « selon son choix », mais Mme A. _____ n'a pas choisi de ne pas travailler plus, elle ne se sent pas capable de travailler plus. C'est un maximum pour elle, compte tenu de l'atteinte à sa santé psychique et aussi physique. De plus, elle consacre encore du temps à seconder sa fille aînée, à l'amener à l'hôpital et surtout à craindre pour elle dans des ruminations anxieuses impactant négativement sa capacité de travail.

Il mélange dans son appréciation de la capacité de travail la capacité dans un emploi et celle dans l'activité ménagère. Même si l'activité que Mme A. _____ avait dans le café de son mari impliquait des tâches proches de celles d'une ménagère, on ne peut pas en conclure qu'elle pouvait s'en acquitter sans limitations. Par exemple, à la maison elle n'a pas de contact avec la clientèle, elle

peut aller à son rythme, décider de changer le menu si elle n'a pas le courage de faire des commissions, etc..

Je maintiens mon évaluation quant à l'incapacité de travail dans l'activité habituelle ou adaptée, à savoir 100% entre le 12.12.2016 et le 20.5.2018, 50% du 21.5.2018 à août 2018, 70-80% d'août 2018 à mars 2019, puis 100% dès mars 2019, en raison des limitations consécutives aux symptômes dépressifs et post-traumatiques.

4. Compliance, traitement, pronostic.

Mme A. _____ est compliant, elle a essayé tous les traitements proposés, qui n'ont pas été supportés, sauf le Deanxit. J'ai donc décidé de garder ce traitement, sans plus en proposer d'autres.

Le pronostic n'est pas favorable, tant du point de vue de l'état de santé ou de la capacité de travail. Après plus de 5 ans d'évolution sans amélioration significative des symptômes dépressifs et post-traumatiques, en l'absence d'un traitement efficace, il me paraît peu probable que Mme A. _____ puisse retrouver son état de santé antérieur à 2016, ni une capacité de travail. Il est d'ailleurs connu qu'une reprise de travail après un arrêt de travail de plus de 6-12 mois est presque impossible.

5. Situation actuelle.

Depuis le décès de son époux, il y a un an, la symptomatologie de Mme A. _____ s'est encore péjorée, comme signalé dans mon rapport du 24 juin 2021. Les comportements d'évitement déjà présents se sont complétés de ceux liés aux souvenirs de son mari (ne cuisine plus de pâtes, car son mari les aimait), elle a perdu l'appétit et du poids, ses craintes vis-à-vis de l'avenir, de celui de ses filles se sont accentuées et lui pèsent, elle est triste et pleure encore en pensant à son mari, n'a envie de rien, elle dort peu, avec des cauchemars, rumine, est toujours fatiguée. Elle se rend au café par loyauté à la mémoire de son mari, mais se tient en retrait pour ne pas croiser des clients et se mettre à pleurer devant eux.

Par ailleurs, les soucis ne s'arrêtent pas : elle doit quitter au plus tard le 1.4.2022 l'appartement subventionné qu'elle occupe avec sa benjamine et auquel elle n'a plus droit. Cela l'inquiète, d'autant plus qu'elle craint de ne plus habiter proche de son aînée, qu'elle doit accompagner régulièrement au CHUV en raison de sepsis avec des pics fébriles à 40°.

Sans vouloir tomber dans le misérabilisme, on ne peut que constater que les épreuves que Mme A. _____ doit affronter ne sont pas de nature à améliorer son état de santé psychique et sa capacité de travail, bien au contraire.

6. Commentaires.

Dans le rapport du 28.2.2020, la Dre. F. _____ évoque une sinistrose en lien avec des échecs lors de recherche d'emploi. Comment peut-elle parler de sinistrose, notion jugeante et connotée négativement liée à des échecs de recherche d'emploi, qui n'ont d'ailleurs pas eu lieu ? Par contre, il y a bien eu des réels sinistres

dans la vie de Mme A. _____, mais apparemment la Dre F. _____ n'en tient pas compte.

Idem quand le Dr. Q. _____ parle de tendance à la dramatisation et l'amplification des plaintes comme si Mme A. _____ simulait ou amplifiait, à dessein, les symptômes. Rappelons qu'elle a bel et bien vécu des drames, s'y adaptant et les surmontant du mieux possible pendant de nombreuses années. A l'opposé de ma « sollicitude médicale » de principe m'empêchant d'avoir une évaluation suffisamment objective, comme le Dr. Q. _____ le cite, on pourrait qualifier l'attitude de ce dernier comme une méfiance de principe vis-à-vis des propos de l'expertisée."

Dans sa duplique du 3 mars 2022, produisant un ultime avis du 1^{er} mars 2022 de la Dre F. _____, du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a confirmé sa position tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. La Dre F. _____ s'est exprimée comme suit :

"Dans le cadre du recours, nous est transmis le rapport médical de la Dresse N. _____, psychiatre du 16.01.2022 contestant l'expertise du Dr Q. _____, psychiatre du 23.10.2020.

Votre question : est-il fait état d'éléments médicaux objectivement vérifiables, rattachés à la situation qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse, que nous n'aurions pas pris en compte dans l'instruction de la demande de prestations ?

La Dresse N. _____ reprend différents points de l'expertise Q. _____ sur lesquels elle n'a pas la même appréciation de la situation. Pour rappel, cette expertise avait été demandée suite à une première évaluation expertale qui s'écartait déjà de l'appréciation de la Dresse N. _____. Je n'ai donc pas d'élément nouveau justifiant de s'écarter de l'appréciation de la situation médicale par le Dr Q. _____.

La Dresse N. _____ annonce une aggravation suite au décès de l'époux de notre assurée, il y a 1 an : je n'ai pas trouvé d'information à ce sujet dans la GED ni de rapport médical au 24.06.2021 comme le dit la Dresse N. _____. La description qui nous est donnée en p5 du rapport (point 5) ne permet pas de retenir de nouvelles limitations fonctionnelles de celles déjà connues (anxiété, ruminations).

Une modification durable récente de la situation médicale ne me paraît pas évidente au vu des informations reçues dans le rapport de la psychiatre traitante du 16.01.2022. La position de cette dernière s'écartant depuis août 2018 de celle des experts avec une CT [capacité de travail] de 20% puis nulle depuis mars 2019, il est peu probable qu'elle retienne une quelconque capacité de travail depuis janvier 2021. Je n'ai cependant pas eu connaissance du RM [rapport médical] du 24.06.2021."

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité au-delà du 31 août 2018, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle et son degré d'invalidité. En revanche, l'octroi d'une demi-rente pour la période du 1^{er} décembre 2017 au 31 août 2018 n'est pas sujet à controverse entre les parties.

b) 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). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 23 septembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

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

c) 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). 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]). 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 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

b) L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

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

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

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

d) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

e) Enfin, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de

troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, 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).

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 l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré 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 ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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 l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré 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).

7. a) La recourante entend obtenir un complément d'instruction médicale sous la forme d'une expertise portant sur le volet psychiatrique du cas. Elle reproche à l'intimé de s'être essentiellement fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr Q. _____ du 25 mars 2021 dans lequel cet expert infirme une aggravation durable de l'état de santé de la

recourante telle que constatée par la Dre N._____ dans son rapport du 21 mai 2019. Sans exclure une aggravation transitoire entre mars et la fin juin 2019, l'expert, se fondant sur le taux actif de 50 %, retient dès juillet 2019 une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux compétences et à la motivation de la recourante (par exemple aide de cuisine, dans la restauration, femme de ménage ou petite conciergerie). Opposant l'avis divergent de sa psychiatre des 24 juin 2021 et 16 janvier 2022, la recourante prétend que l'appréciation de l'expert est erronée. Elle relève que le rapport d'expertise psychiatrique du Dr Q._____ n'a pas de valeur probante dès lors qu'il ne retient qu'une incapacité de travail de quatre mois en 2019 sans en expliquer les motifs, ni n'expose les raisons de l'absence d'incapacité de travail entre mai 2018 et mars 2019 ainsi que depuis le mois de juillet 2019.

Quant à l'intimé, il renvoie, implicitement, à la décision entreprise et aux conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr Q._____.

b) En l'occurrence, l'expert psychiatre Q._____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission ou subclinique, le considérant sans répercussion sur la capacité de travail (cf. rapport d'expertise, p. 24). Au jour de son examen, soit le 23 octobre 2020, cet expert a relevé de bonnes ressources chez l'assurée, celle-ci s'adaptant aux règles et routines du quotidien, structurant ses tâches, s'occupant parfaitement de ses proches et gérant ses relations. Il a estimé que les capacités d'adaptation étaient limitées par des contextes socio-culturels ainsi que le faible niveau d'intégration, relevant également que l'intéressée n'avait pas de compétence professionnelle. Il a écarté tout trouble de la personnalité susceptible d'altérer les capacités de décision ou de jugement. Il a retenu que l'endurance était éventuellement limitée par les atteintes somatiques, et non psychiques. L'expert n'a pas noté de problème d'affirmation de soi chez l'assurée, ni de tendance conflictuelle avec des tiers ou un groupe, au sein de sa famille ou intime. Enfin, il a relevé que celle-ci gérait ses soins personnels et était en mesure de se déplacer.

Les conclusions de cet expert s'opposent à celles de la Dre N._____ psychiatre traitant (rapports des 21 mai et 4 juillet 2019, 24 juin 2021 et 16 janvier 2022).

De manière générale il convient de constater que l'expertise manque de substance et de motivation.

aa) En effet, s'agissant des diagnostics, il n'existe pas de discussion étayée de celui de trouble dépressif ; la description de l'apparence et de l'attitude de l'expertisée lors de l'examen clinique est sommaire et l'évolution de son degré de gravité n'est guère documentée. Par ailleurs, l'expert n'analyse pas vraiment la question d'un éventuel diagnostic d'état de stress post traumatique, pourtant évoqué par le psychiatre traitant dans son rapport du 4 juillet 2019, lequel fait notamment mention de flash-backs et de souvenirs traumatiques. L'expert affirme en effet péremptoirement qu'il n'y a pas d'argument en faveur de ce diagnostic, sans aucunement étayer son propos. De son côté, la Dre G._____ a retenu le diagnostic de troubles de l'adaptation avec certains signes somatoformes. Or l'expert n'en discute pas, ce qui ne manque pas de surprendre sachant qu'il retient, sur la base des tests, une tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes. Dans ces conditions, l'expertise se caractérise par l'absence de discussion de la pertinence de ces deux diagnostics avec pour corollaire que l'analyse de l'influence d'une éventuelle comorbidité, si l'un et/ou l'autre de ces diagnostics devait être retenu, fait défaut.

bb) Par ailleurs, l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée, liée en particulier à l'évolution du degré de gravité du trouble dépressif, se révèle insatisfaisante à plus d'un point.

L'expert retient une pleine capacité de travail dès le mois de mai 2018 sur la base du rapport de la Dre G._____ en écartant, pour le seul motif tiré de la « sollicitude médicale », la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée attestée par la psychiatre de la recourante

depuis mai 2018, appréciation que partage le SMR (avis médical du 12 avril 2021). Une telle justification est insuffisante.

Ensuite, l'expert retient une incapacité de travail entière de mars à la fin juin 2019 en s'alignant cette fois-ci sur l'avis du psychiatre traitant nonobstant la critique de sollicitude, et surtout sans vraiment expliquer quels sont les éléments communiqués par la Dre N._____ qui l'incitent à se rallier à son estimation d'une incapacité de travail totale.

Sur la base de son analyse des éléments rapportés par le psychiatre traitant à la date du 4 juillet 2019, l'expert considère que « rien n'indique que Madame A._____ ne puisse à ce moment disposer d'une pleine capacité de travail » en ajoutant qu'il s'agit d'un 50 % soit 4h00 par jour (expertise, p. 33). Il mentionne parallèlement une capacité de travail de 50 % dans un emploi à 100 %. Ses appréciations de la capacité de travail sont pour le moins confuses. A cela s'ajoute qu'interpellé par le SMR, l'expert retient une capacité de travail de 100 % dès octobre 2020, sur la base de la date de son entretien clinique, soit le 23 octobre 2020, sans aucune motivation sur les causes de l'augmentation de la capacité de travail entre juillet 2019 et octobre 2020.

cc) S'agissant des ressources de l'assurée, l'expert ne répond pas à la question se rapportant à la comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé. En effet, il compare le fonctionnement de l'assurée telle que décrite dans l'enquête économique sur le ménage du 10 décembre 2018 et non avec la situation prévalant avant l'arrêt de travail de décembre 2016. Plus globalement, les éléments nécessaires à cette comparaison du niveau d'activité avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé font défaut à la lecture de l'expertise. L'expert estime notamment que l'enquête économique de décembre 2018 confirme l'absence de symptomatologie dépressive incapacitante puisque le total des restrictions ménagères atteint seulement 4,6 % et sur cette base, conteste l'appréciation de la capacité de travail par le médecin psychiatre traitant. S'agissant de l'énoncé du retour à une capacité de travail entière dès mai 2018, il paraît

résulter du constat par la Dre G._____, à la date de son examen du 3 avril 2018, d'un trouble dépressif en rémission. L'expert déduit également que le fonctionnement quotidien de l'assurée, tel que décrit sous le chiffre 5 du rapport du 4 juillet 2019 du psychiatre traitant, n'est pas « significativement entravé », ce qui apparemment lui permet de conclure à une amélioration de la capacité de travail. Or en premier lieu, il ne peut être tiré un parallélisme entre l'évaluation de l'invalidité dans le cadre d'une enquête ménagère, laquelle implique une pondération des empêchements, un fractionnement des activités, l'aide de tiers, etc., avec la capacité de travail dans une activité simple et répétitive sur le marché du travail, adaptée au handicap. En second lieu, l'enquête date de décembre 2018 et le psychiatre traitant retient une aggravation de l'état de santé depuis août 2018, augmentant avec le temps jusqu'à une incapacité de travail complète en mars 2019, tout en détaillant sous le chiffre 6 de son rapport de juillet 2019 une dégradation des activités sociales et dans l'exécution des tâches ménagères, point que l'expert ne discute absolument pas.

En résumé, l'évolution de la capacité de travail n'est pas analysée en fonction de critères pertinents et le lecteur de l'expertise est confronté à une obligation d'interprétation pour comprendre les éléments du dossier sur lesquels l'expert s'est fondé pour retenir les périodes et degrés d'incapacité.

dd) L'expert retient également une capacité de travail à la date de l'examen sur la base des nombreux loisirs de l'assurée, listant la lecture, la télévision et le crochet et précisant qu'elle assume toutes les tâches domestiques. A nouveau, outre que les loisirs décrits n'impliquent pas une participation très active ou des interactions sociales soutenues, le crochet, activité qui paraît aux yeux de l'expert significative des pleines ressources de la recourante, a été initié à la faveur de l'ergothérapie recommandée par le médecin psychiatre traitant et se poursuit dans un atelier protégé, en l'occurrence le [...]. On peut donc tout au plus considérer qu'il s'agit d'une activité faisant partie de l'arsenal des mesures mises en place par les thérapeutes de la recourante.

En ce qui concerne les ressources à disposition, l'expert retient que l'assurée dispose d'un bon environnement familial et qu'elle est très attachée à ses deux filles. Il est écrit également qu'elle investit les relations avec ses proches et a des contacts réguliers avec sa famille et sa fratrie. Avec le psychiatre traitant, il y a lieu de se demander en quoi le fait pour l'intéressée de vivre avec sa fille cadette et son mari et de recevoir des visites est la preuve de l'absence de symptômes dépressifs et/ou d'un état de stress post-traumatique.

L'expert retient que l'assurée dispose d'un bon environnement familial. Or le psychiatre traitant, dans son rapport du 4 juillet 2019, indique que si l'intéressée est soutenue moralement par sa famille, elle ne peut pas vraiment compter sur son mari ou un de ses frères qui ont eux-mêmes beaucoup de soucis professionnels, ni sur ses filles dont l'une est très malade et l'autre encore adolescente, ni sur la communauté turque avec laquelle elle n'a plus que très peu de contacts.

Il n'apparaît ainsi pas que les activités de loisirs et l'environnement familial de la recourante constituent en l'espèce des éléments pertinents pour conclure à l'existence de ressources solides.

ee) Il convient de relever que le décès du mari de la recourante, survenu début 2021, soit avant l'expertise et la décision litigieuse, pourrait être à l'origine d'une aggravation de l'état de santé psychique ; les comportements d'évitement déjà présents se sont complétés de ceux liés au souvenir de l'époux, l'assurée a perdu du poids et l'appétit, ses craintes vis-à-vis de son avenir et celui de ses filles sont accentuées et lui pèsent, elle est triste et pleure en pensant à son mari, n'a envie de rien, dort peu, avec des cauchemars, rumine et est toujours fatiguée. Elle fréquente le café de son époux par mémoire pour lui mais se tient en retrait pour ne pas pleurer devant des clients.

ff) Le traitement médical n'est pas optimal, l'assurée ayant essayé tous les médicaments proposés par le psychiatre traitant sans les supporter, hormis le Deanxit® conservé sans autre proposition d'antidépresseurs. En l'absence d'un traitement efficace, aucune amélioration significative des symptômes dépressifs et post-traumatique n'est constatée par le psychiatre traitant depuis 2016. Or, l'expert considère que « vu la bonne évolution, il n'y a pas d'autres alternatives à envisager » et observe que deux médicaments n'auraient pas été tentés. Cette appréciation de l'adéquation du traitement médical est insuffisante et ne permet aucune analyse notamment sous l'angle du succès, de la compliance ou de la résistance au traitement.

gg) Sur le vu de tout ce qui précède, le rapport d'expertise psychiatrique du Dr Q._____ ne saurait se voir reconnaître une valeur probante en raison de son contenu qui manque de substance et de motivation.

8. Dans son rapport du 4 juillet 2017, parallèlement au trouble dépressif récurrent, le psychiatre traitant diagnostique également, avec répercussion sur la capacité de travail, une anémie sévère multifactorielle en renvoyant au médecin traitant. Cette atteinte à la santé est décrite comme pouvant beaucoup contribuer à la fatigue, avec la précision que le médecin de famille prescrit des perfusions de fer pour améliorer l'anémie. Dans son rapport du 26 juillet 2017, la Dre Z._____ classe en effet dans les diagnostics incapacitants une anémie hypochrome microcytaire hyporégénérative et carencielle chronique grave symptomatique d'origine multifactorielle, avec plusieurs symptômes (aggravation de la dyspnée d'effort, parfois de repos, asthénie, fatigabilité excessive importante, difficulté à se concentrer, faiblesse musculaire, mal être général, palpitations et tremor). Or si dans sa décision l'OAI retient une limitation fonctionnelle en lien avec l'atteinte pulmonaire, l'ensemble des atteintes somatiques considérées comme incapacitantes par la Dre Z._____, dont l'anémie, ne fait l'objet d'aucune appréciation médicalement étayée dans l'avis SMR du 6 juillet 2018, sous réserve de l'atteinte pulmonaire, ni de la

moindre réévaluation alors que le rapport de ce médecin remonte à plus de quatre ans.

9. Enfin, à l'instar du conseil de la recourante, on ne comprend pas non plus pour quel motif, conformément à l'art. 88a RAI et compte tenu de l'incapacité de travail entière constatée de mars à juin 2019 par l'expert, l'OAI n'a pas reconnu le droit de la recourante à une rente limitée dans le temps en 2019.

10. a) L'expertise de la Dre G._____, qui examine la période courant jusqu'au printemps 2018 seulement, et les rapports du psychiatre traitant ne permettent pas de statuer sur le droit à la rente, singulièrement sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante.

b) L'instruction s'avérant lacunaire, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA. Il incombera dès lors à l'intimé de compléter l'instruction médicale en recueillant dans un premier temps des renseignements médicaux s'agissant de l'évolution de l'état de santé physique de la recourante depuis l'été 2017 et de mettre en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, cas échéant une expertise pluridisciplinaire si les renseignements obtenus s'agissant des atteintes physiques le justifient.

11. a) En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

Le sort du recours rend sans objet la requête d'expertise judiciaire portant sur le volet psychiatrique de la cause.

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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 23 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Inclusion Handicap Service juridique (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :