

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mai 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Livet, juge, et M. Perreten, assesseur
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 et 44 LPGA

En fait :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, a été employée de décembre 2000 à juillet 2023 par la société C. _____ SA, à R***, en qualité d'assistante de direction.

Le 31 décembre 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a exposé se trouver en incapacité de travail totale depuis le 23 juillet 2021 en raison d'une dépression et d'un burn-out.

Interpellée par l'OAI, l'assurée a indiqué, dans un formulaire rempli le 7 février 2022, que son taux d'activité s'élèverait à 80 % dans l'hypothèse où elle ne serait pas atteinte dans sa santé, ce par intérêt personnel et nécessité financière.

Par rapport du 15 mars 2022, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de trouble dépressif. Il a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis fin juillet 2021, tout en spécifiant qu'il était prématuré de se prononcer sur celle dans une activité adaptée.

Par rapport du 15 avril 2022, la Dre F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mis en évidence les diagnostics d'épisode dépressif de sévérité moyenne (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies] F32.1) et de trouble anxieux (CIM-10 F41.9), tout en certifiant une incapacité de travail de 100 % dans toute activité.

Par rapport du 15 octobre 2022, cette même médecin a fait état d'une évolution stationnaire sur le plan médical, avec la persistance d'une pleine incapacité de travail, ce quel que soit le type d'activité.

Par rapport du 10 juillet 2023, la Dre F. _____ a relevé les diagnostics d'épisode dépressif d'intensité moyenne (CIM-10 F32.1), de

trouble anxieux (CIM-10 F41.9) et de phobie spécifique par rapport à la conduite automobile sur l'autoroute (CIM-10 F40.2). Selon elle, sa patiente continuait de présenter une capacité de travail nulle dans n'importe quelle activité.

Dans un avis du 15 août 2023, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dès lors qu'il ne comprenait pas pourquoi l'état de santé de l'assurée ne s'améliorait pas, alors que cette dernière bénéficiait d'un suivi régulier, n'avait pas épuisé ses ressources et restait autonome dans sa vie quotidienne.

Mandaté par l'OAI aux fins de procéder à l'expertise demandée, le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu, dans un rapport du 25 octobre 2023, les diagnostics - incapacitants - de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (depuis juillet 2021 au présent ; CIM-10 F33.11) et de dépendance aux benzodiazépines (*recte* : à l'alcool), utilisation continue, sans tolérance et sans augmentation des doses (CIM-10 F10.25), ainsi que le diagnostic - non incapacitant - de traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse, actuellement non décompensé (CIM-10 Z73.1). D'après lui, l'assurée était à même de travailler à un taux de 70 % depuis juillet 2021, ce tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, à savoir une activité sans conduite professionnelle. Un suivi psychiatrique, un sevrage éthylique et un traitement antidépresseur de duloxétine à des taux sanguins efficaces pouvaient toutefois améliorer le pronostic évolutif et la capacité de travail.

Dans un avis du 7 novembre 2023, le SMR a fait siennes les conclusions du Dr G. _____.

Par rapport du 17 avril 2024, la Dre F. _____ a signalé que l'assurée avait connu un effondrement dépressif à l'annonce de la conclusion de l'expertise et avait effectué, le 19 janvier 2024, un geste suicidaire par veinosection bilatérale dans son bain. Du reste, malgré l'adaptation du traitement médicamenteux, le maintien de rendez-vous

réguliers en consultation et la diminution de la consommation quotidienne d'alcool, la situation symptomatique et les limitations fonctionnelles n'avaient pas montré d'évolution.

Dans un avis du 27 mai 2024, le SMR a estimé que la psychiatre traitante n'avait pas apporté d'éléments objectifs démontrant une modification durable de l'état de santé psychique de l'assurée depuis sa dernière appréciation de novembre 2023.

Par rapport du 16 juillet 2024, la Dre F. _____ a souligné les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de sévérité moyenne (CIM-10 F33.1), de trouble anxieux (CIM-10 F41.9), d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (CIM-10 F10.1) et d'état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1), tout en précisant que l'état de santé de sa patiente avait peu évolué depuis son évaluation d'avril 2024 et que la capacité de travail était toujours nulle.

Dans un avis du 18 septembre 2024, le SMR, considérant que la situation ne s'était pas modifiée du point de vue médical, a maintenu sa position.

Par projet de décision du 4 octobre 2024, l'OAI a refusé d'accorder à l'assurée le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel. Faisant application de la méthode mixte, il a évalué son taux d'invalidité à 24 %, au regard d'une incapacité de travail de 30 % (pour une part de 80 %) et d'un empêchement ménager de 0 % (pour une part de 20 %).

Le 5 novembre 2024, l'assurée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a fait part de ses objections quant à ce projet de décision, réclamant notamment la production des enregistrements sonores des entretiens avec l'expert psychiatre. Puis, dans un complément du 13 janvier 2025, il a relevé - entre autres griefs - que ceux-ci n'avaient pas été menés par le Dr G. _____, mais par son assistante, sans supervision, ce qui affectait directement la qualité et la pertinence du rapport d'expertise.

Dans un avis du 21 janvier 2025, le SMR a déclaré que les objections de l'assurée ne contenaient pas de nouveaux éléments sur le plan médical.

Par décision du 23 janvier 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 4 octobre 2024.

B. Le 27 février 2025, B._____, sous la plume de son conseil, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu à compter du 23 juillet 2022 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. Elle a, en substance, repris l'argumentation développée dans ses objections des 5 novembre 2024 et 13 janvier 2025, tout en reprochant à cette autorité de ne pas avoir pris en considération les rapports médicaux produits postérieurement à l'expertise ni exigé un complément de cette dernière. Elle a, par ailleurs, requis la tenue d'une audience de débats publics au sens de l'art. 6 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101).

Par réponse du 17 avril 2025, l'OAI a implicitement conclu au rejet du recours. Il a, au demeurant, reconnu que les entretiens avec l'assurée n'avaient pas été réalisés par le Dr G._____, mais par E._____, psychologue. Il a enfin proposé de transmettre les griefs soulevés par l'intéressée à cet expert pour prise de position.

Par réplique du 8 mai 2025, l'assurée a maintenu ses conclusions.

Par duplique du 29 juillet 2025, l'OAI a, une nouvelle fois, suggéré que le Dr G._____ se détermine sur les griefs de l'assurée.

Dans une écriture du 18 août 2025, l'assurée a réitéré ses conclusions, tout en sollicitant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Puis, le 21 août suivant, il a transmis un rapport du 10 août 2025 de la Dre F._____.

Le 4 septembre 2025, l'OAI a versé au dossier un avis du 29 août 2025 de son service médical.

Dans une écriture du 15 septembre 2025, l'assurée a confirmé ses conclusions.

Le 11 décembre 2025, l'OAI, sur demande du juge instructeur, a produit les enregistrements sonores de l'expertise.

En droit :

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 des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

Dans le cas présent, le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité ne pourrait prendre naissance qu'à compter du 1^{er} juillet 2022, à savoir à l'échéance du délai de carence d'une année prévue à l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. également art. 29 al. 3 LAI). Il convient donc d'appliquer le droit en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022.

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).

4. a) L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1, première phrase, LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_86/2025 du 8 janvier 2026 consid. 2.4).

b) L'assureur dispose notamment de la possibilité de mettre en œuvre une expertise, moyen de preuve régi par l'art. 44 LPGA. Dans une telle hypothèse, l'assureur doit transmettre les noms des experts aux parties, celles-ci pouvant demander leurs récusations pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (art. 44 al. 2 LPGA). Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (art. 44 al. 4 LPGA).

c) Selon la formule consacrée par la jurisprudence (ATF 118 la 144 consid. 1c), l'expert a pour tâche d'informer le juge ou l'administration sur des règles d'expérience ou sur des notions relevant de son domaine d'expertise, d'élucider pour le tribunal ou les organes administratifs des questions de fait dont la vérification et l'appréciation exigent des connaissances spéciales – scientifiques, techniques ou professionnelles – ou de tirer, sur la base de ses connaissances, des conclusions sur des faits existants. Il est l'auxiliaire du juge ou de l'administration, dont il complète les connaissances par son savoir de spécialiste (ATF 127 I 73, consid. 3f/bb ; Jacques Olivier Piguet *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire

romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2^e éd., Bâle 2025, n° 10 *ad art.* 44 LPGA).

d) Faisant appel aux connaissances particulières d'un tiers spécialiste, la réalisation d'une expertise est une tâche éminemment personnelle ; le ou les experts désignés ne peuvent être que des personnes physiques. Le transfert de tout ou partie de l'exécution du mandat à un autre spécialiste (substitution) ou le recours aux connaissances spécialisées d'une tierce personne n'est possible qu'avec l'autorisation de celui qui a ordonné l'expertise (ATF 146 V 9 consid. 4.2.1 et 4.2.2 ; Jacques Olivier Piguet, *op. cit.*, n° 12 *ad art.* 44 LPGA et les références).

e) L'exécution personnelle du mandat n'exclut en revanche pas que l'expert recoure aux services d'un interprète ou d'un traducteur ou qu'il confie de son propre chef, sous sa responsabilité, certaines tâches techniques (analyses) ou des travaux de recherche et de rédaction à un stagiaire ou à un collaborateur, soit à des auxiliaires se trouvant sous son autorité et sa surveillance. Une telle assistance fournie pour des tâches secondaires est admissible sans qu'on puisse y voir une substitution du mandataire soumise à l'accord de l'assureur, pour autant que la responsabilité de l'expertise, en particulier la motivation et les conclusions de celle-ci ainsi que la réponse aux questions d'expertise, reste en mains de l'expert mandaté. Il est, en effet, essentiel que ce dernier accomplisse personnellement les tâches fondamentales d'une expertise médicale, puisqu'il a été désigné précisément en raison de son savoir, de ses connaissances scientifiques et de son indépendance. Font partie des tâches fondamentales d'une expertise la prise de connaissance du dossier dans son ensemble et son analyse critique, l'examen de la personne soumise à l'expertise, ou encore le travail intellectuel de réflexion portant sur l'appréciation du cas et les conclusions qui peuvent en être tirées (ATF 146 V 9 consid. 4.2.1 ; TF 8C_267/2023 du 17 novembre 2023 ; Jacques Olivier Piguet, *op. cit.*, n° 12a *ad art.* 44 LPGA et les références).

5. a) 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen

global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. a) En l'espèce, l'intimé, estimant que la situation nécessitait d'être éclaircie sur le plan médical, a confié, en août 2023, la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr G._____. La recourante a ainsi été reçue à deux entretiens les 4 et 18 octobre 2023 au cabinet de ce dernier. Dans son rapport du 25 octobre 2023, cet expert a mis en évidence les diagnostics - incapacitants - de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et de dépendance aux benzodiazépines (*recte* : à l'alcool), utilisation continue, sans tolérance et sans augmentation des doses, de même que le diagnostic - non incapacitant - de traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse, actuellement non décompensé, tout en concluant à une capacité de travail résiduelle de 70 % dans toute activité, y compris dans l'activité habituelle d'assistante de direction. L'intimé, s'appuyant sur les résultats de l'expertise, a alors refusé à l'assurée le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel, après avoir évalué son invalidité à 24 % à l'aune de la méthode mixte.

b) Cela étant, il ressort de l'écoute des enregistrements des deux entretiens experts - produits par l'intimé avec son écriture du 11 décembre 2025 - que ces derniers ont, en réalité, été menés non par le Dr G._____, mais par une femme ne révélant pas son identité. L'OAI a, par la suite, précisé, dans le cadre de procédure de recours, qu'il s'agissait de la psychologue E._____, dont le nom figurait en premier page du rapport d'expertise en tant que « *[p]ersonne associée* ». A aucun moment, en revanche, il n'est possible d'entendre le Dr G._____ parler, de sorte qu'il apparaît vraisemblable qu'il n'ait pas participé aux entretiens. Or, comme expliqué ci-dessus (cf. *supra* consid. 4d), le transfert, même partiel, d'un mandat d'expertise ne peut concerner qu'un autre spécialiste et est conditionné à l'autorisation de l'organe qui a mis en œuvre ce moyen de preuve. Ainsi, même à supposer qu'E._____ puisse être considérée comme une spécialiste au sens de la jurisprudence, ce qui paraît douteux,

dans la mesure où elle ne disposait pas d'un titre de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, force est de constater que le Dr G. _____ n'a jamais informé l'intimé que les entretiens allaient être conduits par cette psychologue ni n'a cherché à obtenir, de la part de cette autorité, le consentement à cette délégation de tâches. Cette omission a eu pour effet que la recourante, du fait qu'elle ne s'était pas vue communiquer, en amont, le nom de la personne qui allait l'interroger, n'a pas pu faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de celle-ci avant la réalisation de l'expertise, ce en violation de ses droits de participation et d'être entendue (cf. ATF 146 V 9 consid. 4.3.2 *in fine*). Toutefois, le point de savoir si l'atteinte aux droits précités était ou non susceptible de réparation peut souffrir de rester ouverte, puisque le rapport d'expertise du 25 octobre 2023 doit, de toute manière, être écarté pour une autre raison.

En effet, une expertise doit, en principe, être effectuée personnellement par le spécialiste mandaté. Ce dernier est, certes, en droit de déléguer à un auxiliaire certaines missions secondaires, telles que des analyses ou des travaux de recherche. Il reste néanmoins tenu d'accomplir les tâches fondamentales, en particulier l'examen de la personne (cf. *supra* consid. 4d et 4e). Aussi, en sous-traitant la conduite des entretiens d'investigation – lesquels englobent l'anamnèse, le recensement des symptômes et l'observation du comportement de l'assurée et constituent la base principale des constatations et des conclusions de l'expertise psychiatrique (cf. TF 8C_109/2021 du 6 septembre 2021 consid. 5.1.2.6) – à E. _____ au lieu de réaliser lui-même cette partie – centrale – du mandat qui lui avait été expressément confié par l'intimé, le Dr G. _____ a failli à ses obligations découlant de l'art. 44 LPGA. Son rapport est, partant, entaché d'un défaut formel grave. Il ne saurait, dans ces conditions, être question de lui reconnaître une quelconque valeur probante, si bien qu'il n'est pas nécessaire de se pencher plus amplement sur son contenu matériel. Au demeurant, interpellé le Dr G. _____ afin de lui permettre de s'exprimer sur les griefs de la recourante – comme l'a suggéré l'OAI dans sa réponse et sa duplique –, ne s'avère pas une démarche à même de pallier ce vice – rédhibitoire – de procédure.

c) Dès lors, au vu de ce qui précède, il appert que l'intimé n'était pas en droit de se fonder sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr G._____ pour refuser d'allouer à la recourante une rente d'invalidité, respectivement des mesures d'ordre professionnel.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) *In casu*, il ressort des considérants qui précèdent que le rapport d'expertise du 25 octobre 2023 du Dr G._____ n'emporte pas valeur probante, ce dont l'intimé devait se rendre compte au moment où il a statué. Les différents rapports des médecins traitants ne remplissent, quant à eux, pas les réquisits jurisprudentiels en matière d'affections psychiques (cf. *supra* consid. 5c). L'état actuel du dossier ne permet donc pas de se prononcer sur le droit de la recourante aux prestations d'invalidité. Il convient, par conséquent, de renvoyer la cause à cette autorité, étant donné que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. *supra* consid. 4a). Il lui appartiendra, à cet effet, de mettre en place une nouvelle expertise respectant les règles formelles en la matière, tout en tenant compte, sur le fond, des éléments médicaux mis en évidence postérieurement à l'expertise du Dr G._____ par la Dre F._____, notamment le tentamen de l'assurée.

8. a) La recourante a, par ailleurs, sollicité la tenue de débats publics.

b) Le juge peut s'abstenir de mettre en œuvre des débats publics dans les cas prévus à l'art. 6 par. 1 CEDH, lorsque la demande est abusive, chicanière, ou dilatoire, lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien-fondé ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 141 I 97 consid. 5.1 ; TF 9C_601/2022 du 6 juin 2023 consid. 2.2 et les références).

c) En l'occurrence, il résulte des considérations exposées ci-avant que le recours est manifestement bien-fondé, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de débats publics formulée par la recourante.

9. a) En définitive, le recours, manifestement bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 23 janvier 2025 par l'intimé annulée, la cause étant renvoyée à ce dernier pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

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

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 23 janvier 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et 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 B. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour B. _____),
- 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 :