

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 janvier 2024

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Gauron-Carlin et M. Wiedler, juges  
Greffier : M. Genilloud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, au [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI ; 88a al. 1 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un CFC d'employée de commerce, a en dernier lieu travaillé au sein de l'association I.\_\_\_\_\_ comme responsable du secrétariat des cours pour le site de Lausanne, à 60 %, du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 28 février 2019, date à laquelle les rapports de travail ont pris fin.

Le 13 janvier 2020, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton du Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant se trouver en incapacité totale de travail depuis le 18 décembre 2018 en raison d'un état de fatigue prolongé, d'une dépression chronique et de problèmes de concentration de longue date (depuis l'adolescence voire depuis l'enfance).

Dans un rapport du 7 mars 2020 à X.\_\_\_\_\_ SA, assureur perte de gain de l'ancien employeur de l'assurée, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu, à titre de « diagnostic initial », un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et, comme diagnostic actuel, un épisode dépressif moyen en voie de résorption avec une baisse des fonctions cognitives ainsi qu'une fragilité au stress et à l'imprévu. L'amélioration était lente, mais significative depuis un mois et demi. Il a estimé que le pronostic était bon, aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, moyennant un peu de temps afin que le syndrome dépressif se résorbe.

Ayant constaté que l'assurée présentait un fonctionnement pathologique dans le domaine professionnel, à savoir qu'elle ne parvenait pas à gérer son investissement et se retrouvait systématiquement épuisée au point de devoir donner son congé et quitter son poste avant de s'effondrer (cf. entretien téléphonique du 26 mars 2020), l'OAI a décidé de mettre en place une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de coaching auprès d'une psychologue, destiné à l'aider à prendre conscience des mécanismes menant à l'épuisement physique et psychique

et à travailler sur ses ressources personnelles et sa confiance en elle (cf. IP - Proposition de mesure du 19 mai 2020).

Dans un rapport du 19 mai 2020 à l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a confirmé son précédent rapport. Relevant toutefois que la dépression dont souffrait encore l'assurée pouvait s'inscrire dans le cadre d'un trouble bipolaire, il a retenu, à titre de « diagnostic final », un trouble bipolaire de type 2, épisode actuel de dépression (F38.1), apparu durant l'adolescence. Il a indiqué qu'après la récupération de cette longue dépression, il subsistera une diminution d'allure séquellaire des fonctions cognitives, sans possibilité de recouvrement, estimant ainsi que l'assurée pourra au mieux travailler à 50 % dans une activité adaptée exempte de stress.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2020, l'assurée a été engagée comme secrétaire à 30 % au sein de la Fondation N.\_\_\_\_\_.

L'assurée présentant, dans le cadre de sa nouvelle activité, beaucoup d'anxiété, de manque de confiance en elle et des difficultés à exprimer ses besoins professionnels, l'OAI lui a octroyé une nouvelle mesure de coaching du 8 décembre 2020 au 7 mars 2021 (cf. communication du 9 décembre 2020 de l'OAI).

Par rapport du 13 janvier 2021 à l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a constaté la persistance chez l'assurée d'un état dépressif moyen avec une baisse des fonctions cognitives ainsi qu'une grande fragilité au stress et à l'imprévu. Elle supportait mal son nouveau travail à la Fondation. Sa reprise d'emploi avait augmenté la fréquence et l'intensité de ses insomnies et elle ressentait une baisse durable de sa concentration et de sa mémoire. Le travail était ressenti comme un très grand stress. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'assurée était désormais nulle, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

L'assurée a été adressée au Centre [...] du [...] pour un bilan neurocognitif. Selon un rapport du 14 janvier 2021, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et chef de clinique dudit

Centre, a posé le diagnostic principal de plainte cognitive en cours d'investigation. A cet égard, il a relevé que la plainte cognitive semblait concomitante au fléchissement thymique et à des symptômes anxieux exacerbés depuis le début de son syndrome d'épuisement professionnel. Il a précisé que le mode évolutif et le contenu qualitatif de la plainte, chez une patiente sans grand facteur de risque par ailleurs, ne permettaient pas de formuler d'autres hypothèses à ce stade, préconisant de procéder à un examen neuropsychologique et à une imagerie cérébrale.

Dans un rapport du 16 février 2021, la Dre R.\_\_\_\_\_, médecin au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), a mis en évidence plusieurs discordances à la lecture des différents rapports médicaux établis par le Dr G.\_\_\_\_\_. Elle a notamment indiqué être surprise par la divergence entre le tableau plutôt favorable que ce médecin décrivait dans son rapport du 7 mars 2020, avec un bon pronostic de récupération de la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle, et son tableau, plus sombre, décrit dans son rapport du 19 mai 2020, avec une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée et un diagnostic de trouble bipolaire posé sans traitement spécifique proposé. En outre, les difficultés évoquées par le Dr G.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 janvier 2021 n'ont pas été relevées par l'employeur et étaient en contradiction avec l'entretien que l'assurée avait eu le 26 janvier 2021 avec le gestionnaire de son dossier au sein de l'OAI, lequel montrait une évolution favorable de l'état de santé de l'assurée. Compte tenu des divergences entre l'appréciation du Dr G.\_\_\_\_\_ et des observations du terrain, la Dre R.\_\_\_\_\_ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

L'OAI a confié la réalisation de l'expertise psychiatrique au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'en médecine pharmaceutique.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 2 décembre 2021. Cet expert a diagnostiqué chez l'assurée une dysthymie, dépression anxieuse persistante (F.34.1) survenue après un épisode dépressif

réactionnel de gravité moyenne au maximum (F33.1) en décembre 2018, ainsi qu'une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1) existant depuis l'adolescence. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était totale à compter du mois de juillet 2019, ce dans toutes activités.

Par courrier du 23 décembre 2021, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle contestait l'expertise.

Selon un rapport d'examen SMR du 17 janvier 2022, la Dre R.\_\_\_\_\_, en dépit des objections formulées par l'assurée, s'est ralliée aux conclusions de l'expertise, estimant que cette dernière était probante.

Par projet de décision du 7 février 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser des mesures professionnelles et une rente d'invalidité.

Le 31 mars 2022, l'assurée, désormais représentée par Me Amandine Torrent, avocate à Lausanne, a transmis à l'OAI ses déterminations à l'encontre du projet de décision. Contrairement aux conclusions erronées de l'expertise, il convenait de considérer que sa capacité de travail était de tout au plus 30 % dans une activité simple, telle que celle exercée au sein de la Fondation N.\_\_\_\_\_. Elle a estimé que l'expertise était contradictoire, lacunaire et comportait de nombreuses erreurs factuelles ; elle ne respectait par ailleurs pas les critères jurisprudentiels applicables aux affections psychiques, si bien qu'elle n'était pas probante. Une rente entière aurait dû lui être accordée.

Dans un rapport du 2 mai 2022, le Dr G.\_\_\_\_\_ a rejeté les diagnostics retenus par le Dr L.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise et confirmé son diagnostic de trouble bipolaire de type 2. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était tout au plus de 30 % dans toutes activités.

Par avis médical du 2 juin 2022, la Dre R.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que le rapport du 2 mai 2022 du Dr G.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément médical nouveau et/ou en faveur d'une modification de l'état de santé psychique de l'assurée susceptible de remettre en question les conclusions de l'expertise psychiatrique, estimant à cet égard qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'une même situation clinique.

Par décision du 9 juin 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision.

**B.**           **a)** Par mémoire du 8 juillet 2022, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, en particulier à ce qu'une rente entière d'invalidité « dès et y compris le 18 décembre 2018 » lui soit allouée et, subsidiairement, à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée pour le cas où il demeurerait un doute sur la quotité de sa capacité de travail. En substance, elle soutenait que le rapport d'expertise ne répondait pas aux réquisits jurisprudentiels applicables en matière de troubles psychiques et était dès lors dépourvu de force probante ; il convenait au contraire de se référer à l'appréciation médicale probante du Dr G.\_\_\_\_\_.

**b)** Dans sa réponse du 31 août 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours. De son point de vue il convenait d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, relevant en particulier que ce dernier avait expliqué les raisons pour lesquelles il se justifiait de s'écarter de l'appréciation médicale du Dr G.\_\_\_\_\_.

**c)** Par réplique du 17 octobre 2022, l'assurée a maintenu ses conclusions.

**d)** Par duplique du 1<sup>er</sup> novembre 2022, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

**e)** Compte tenu de la particularité de la symptomatologie présentée par l'assurée, le juge instructeur a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire, laquelle a été confiée au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

**f)** Dans son rapport d'expertise, établi le 13 septembre 2023, le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants suivants :

1. Trouble mixte de la personnalité avec des traits de la personnalité dépendante, de personnalité schizoïde et de personnalité anxieuse (évitante) (F61.0) selon la CIM-10, ou trouble grave de la personnalité caractérisé par le détachement et l'affectivité négative selon le DSM-5, ou trouble sévère de la personnalité avec affectivité négative et détachement (6D10.2/6D11.0/6D11.1) selon la CIM-11.
2. Perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) selon la CIM-10, ou trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, présentation inattentive prédominante (314.00) selon le DSM-5, ou trouble de déficit de l'attention sans hyperactivité (6A05) selon la CIM-11.
3. Dysthymie (F34.1) selon la CIM-10, ou trouble dépressif persistant (dysthymie), moyen, avec épisodes dépressifs caractérisés intermittents, y compris l'épisode actuel (300.4) selon le DSM-5, ou dysthymie (6A72) selon la CIM-11.

En ce qui concerne la capacité de travail, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé qu'elle était de 70 % du 1<sup>er</sup> février 2000 au 30 juin 2010, de 60 % du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 17 décembre 2018, de 0 % du 19 décembre 2018 au 30 avril 2020 et de 40 % à compter du 1<sup>er</sup> mai 2020 dans son activité d'employée de commerce, compte tenu des limitations fonctionnelles psychologiques (fatigabilité, difficulté majeure dans toutes les relations sociales et interpersonnelles, labilité, incapacité à s'adapter à certaines exigences et diminution du rendement en raison des troubles de l'attention) et neuropsychologiques (troubles exécutifs, difficultés en mémoire épisodique, faibles capacités attentionnelles et alexithymie), avec un rendement normal.

**g)** Par avis du 6 octobre 2023, le SMR, par la plume de la Dre R.\_\_\_\_\_, a pris position sur le rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_. Il a notamment estimé que celui-ci faisait une critique très succincte de l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, notamment concernant les divergences mises en évidence par ce dernier entre les plaintes de l'assurée, les constats

objectifs et l'exigibilité retenue par le Dr L.\_\_\_\_\_ et les autres points divergences. Elle a considéré que les critères jurisprudentiels applicables aux troubles psychiques n'étaient pas analysés dans leur intégralité, en particulier en ce qui concernait l'impact des limitations fonctionnelles de l'assurée dans tous les domaines comparables de la vie en se fondant sur des faits objectifs. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail actuelle de l'assurée, elle a estimé qu'elle n'était pas claire et que le Dr S.\_\_\_\_\_ n'avait pas tenu compte des facteurs psycho-sociaux.

**h)** L'assurée ne s'est pas prononcée sur le rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_.

### **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.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3. a)** 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<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**b)** En l'occurrence, la recourante est en incapacité de travail depuis le 18 décembre 2018. Elle a déposé (tardivement) sa demande de prestations AI le 13 janvier 2020, si bien qu'elle pourrait prétendre à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). L'ancien droit demeure donc applicable au cas d'espèce.

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé 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)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

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

**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 citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

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

en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

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

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

S'agissant spécialement du succès du traitement ou la résistance au traitement, le déroulement et l'issue des traitements sont d'importants indicateurs du degré de gravité. L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré signale un pronostic négatif. Les troubles psychiques dont il est ici question ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent plus être traités. L'évolution d'un trouble psychique vers un état chronique n'est la plupart du temps pas très utile pour en évaluer le degré de gravité : sans une évolution de longue date et consolidée, une incapacité de travail invalidante n'est guère concevable (ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; 141 V 281 consid. 4.3.1.2 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle 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 la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**7. a)** En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante présente principalement une symptomatologie caractéristique d'un tableau dépressif associé à une pathologie de la personnalité.

**b)** Les différentes pièces versées au dossier, en particulier les avis divergents des Drs G. \_\_\_\_\_ (rapports des 19 mai 2020, 13 janvier 2021 et 2 mai 2022) et L. \_\_\_\_\_, ne permettaient pas à la Cour des assurances sociales de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique.

En effet, les explications fournies par le Dr G. \_\_\_\_\_ pour fonder le diagnostic de trouble bipolaire apparaissaient comme relativement maigres au regard de la gravité d'un tel diagnostic. A cet égard, il ressort tout d'abord de son rapport du 19 mai 2020 qu'il a justifié ce diagnostic notamment par le fait que la dépression de la recourante semblait se retrouver dans sa famille, qu'elle répondait bien à un antidépresseur, que l'insomnie chronique avait débuté à un jeune âge et qu'elle présentait une labilité de l'humeur. Cependant, de tels symptômes, en tant qu'ils peuvent être présents dans le cadre d'autres affections psychiques, ne permettaient pas à eux-seuls de conclure à l'existence d'un trouble bipolaire ; il était nécessaire d'exclure les autres diagnostics susceptibles d'entrer en considération. C'est d'autant plus vrai que dans ce même rapport, le Dr G. \_\_\_\_\_ a indiqué « que la patiente ne [pouvait] pas dire si elle a[vait] eu des périodes d'excitation avec accélération des idées ou des diminutions de sommeil sans conséquence sur son état de fatigue », soit des symptômes potentiellement présents chez les personnes bipolaires. De plus, dans son rapport du 2 mai 2022, le Dr G. \_\_\_\_\_ n'a mentionné qu'un seul et unique épisode hypomane - la recourante avait dépensé 5'000 fr. par semaine pour des vacances dans un [...] durant l'été 2019, argent qu'elle n'avait pas -, ce qui ne semble pas suffisant pour conclure à l'existence d'un trouble bipolaire. Enfin, il est pour le moins hasardeux de déduire d'une réaction défavorable à un antidépresseur spécifique l'existence d'un épisode maniaque.

L'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ n'apparaissait quant à elle pas entièrement convaincante compte tenu des circonstances. En effet, sans qu'il ne soit nécessaire de prêter une attention particulière aux commentaires de la recourante relatifs à certaines erreurs de fait contenues dans ladite expertise, ceux-ci résultant à l'évidence d'une

tendance à la surinterprétation de sa part, il était permis de douter que le diagnostic de traits de la personnalité émotionnellement labile couvrait entièrement la personnalité de la recourante. A cet égard, il ressort du dossier que la recourante présente de longue date une tendance au surmenage et un manque de confiance en elle. Le Dr L. \_\_\_\_\_ ne tenait pas non plus compte du fait que la recourante n'exerçait plus d'activité lucrative à temps plein depuis ses vingt-six ans. D'ailleurs, il n'a pas discuté les raisons qui avaient poussées la recourante à baisser spontanément son taux d'activité et n'a pas mentionné les difficultés rencontrées par la recourante dans le cadre de ses activités. En outre, son analyse n'apparaissait guère convaincante lorsqu'il soutenait que la recourante « affronte les difficultés avec son enfant et les conflits avec le père de ce dernier ainsi que son sentiment de surcharge, depuis des années ». De telles considérations étaient en totale contradiction avec l'intervention de la Justice de paix, laquelle avait ordonné une mesure de surveillance judiciaire en faveur du fils de la recourante. Qui plus est, les problématiques liées à l'éducation et à la garde de son fils constituaient, pour la recourante, des facteurs psycho-sociaux objectifs propres à entamer sérieusement ses ressources.

**c)** Au vu de ces éléments, il se justifiait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire, laquelle a été confiée au Dr S. \_\_\_\_\_.

**aa)** Cela étant il n'y a aucune raison de s'écarter du rapport d'expertise établi le 13 septembre 2023 par le Dr S. \_\_\_\_\_. Le tribunal constate que l'expert a rendu son rapport sur la base d'un anamnèse détaillée et complète, en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par la recourante, de ses antécédents, du déroulement de sa journée type et de son traitement. Cet expert a procédé à un examen clinique détaillé, rencontrant la recourante personnellement au cours de trois entretiens, pour une durée totale d'environ cinq heures, et effectué un test psychométrique (NEO-PI-3). Il s'est également fondé sur l'examen neuropsychologique réalisé par V. \_\_\_\_\_ dans le cadre de l'expertise,

avec laquelle il s'est par ailleurs entretenu par téléphone durant trente minutes. Il a également requis des analyses supplémentaires ainsi que d'autres documents auprès de divers intervenants pour compléter le dossier. Ses conclusions, prises sur la base d'une description claire du contexte médical, sont dûment motivées, claires et exemptes de contradiction. Il a été en mesure de discuter en détail les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail de la recourante. Il a par ailleurs expliqué et motivé les raisons justifiant de s'écarter des diagnostics retenus par les Drs G.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ et exclus d'autres diagnostics susceptibles d'entrer en ligne de compte.

**bb)** Pour justifier son premier diagnostic, à savoir celui de trouble grave de la personnalité caractérisé par le détachement et l'affectivité négative (selon DSM-5), le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir mis en évidence chez la recourante une altération grave de son identité, de son autodétermination et de son intimité, ainsi qu'une altération moyenne de son empathie. Il a également constaté les facettes suivantes : labilité émotionnelle, tendance anxieuse, tendance à la soumission, persévération, retrait, évitement, anhédonie, dépressivité, méfiance et distractibilité. Concernant son second diagnostic de trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, présentation inattentive prédominante (selon DSM-5), il a relevé que plusieurs symptômes d'inattention (ne pas prêter attention aux détails, fautes d'étourderie, difficultés à soutenir son attention au travail ou dans les jeux, ne pas se conformer aux consignes, ne pas parvenir à mener à terme ses tâches scolaires, domestiques ou professionnelles, difficultés à organiser ses travaux ou activités, éviter ou faire à contrecœur les tâches nécessitant un effort soutenu ainsi que perdre souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités) étaient présents chez la recourante avant l'âge de douze ans, précisant qu'ils étaient présents dans au moins deux contextes différents et qu'ils interféraient avec ou réduisaient la qualité de son fonctionnement social, scolaire ou professionnel. S'agissant enfin du dernier diagnostic posé par l'expert, soit celui de trouble dépressif persistant (dysthymie), moyen, avec épisodes dépressifs caractérisés intermittents, y compris l'épisode actuel (selon DSM-5), il a retenu, malgré une description initiale lacunaire

de la symptomatologie, qu'il était vraisemblable que la recourante avait présenté un épisode dépressif caractérisé à fin 2018 début 2019, mais que ce n'était plus le cas au moment de l'expertise. Il a toutefois constaté la présence d'une symptomatologie dépressive persistante, accompagnée d'insomnie ou d'hypersomnie, de baisse d'énergie ou de fatigue, d'une faible estime de soi ainsi que des difficultés de concentration ou des difficultés à prendre des décisions ; à cet égard, la recourante n'avait jamais eu de période de plus de deux mois consécutifs sans présenter de tels symptômes, ceux-ci ayant au contraire induit une détresse cliniquement significative ou une altération de son fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

**cc)** Pour ce qui est de l'évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles de la recourante, le Dr S. \_\_\_\_\_ l'a motivé en relevant que les troubles psychiques de la recourante étaient chroniques. Le trouble de la personnalité et le trouble de déficit de l'attention avaient un effet de synergie l'un sur l'autre et amplifiaient les limitations fonctionnelles ; le trouble de l'attention renforçait la faible estime de soi et la faible estime de soi renforçait les troubles de l'attention. Il a ajouté que l'alexithymie jouait un rôle d'amplification des troubles par le fait que les émotions étaient difficilement identifiées et qu'elles envahissaient brusquement le champ de conscience. Enfin, la dysthymie jouait également un rôle dans les relations interpersonnelles puisqu'une humeur morose et triste exerçait une influence non négligeable sur autrui qui aura tendance à s'éloigner. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail, il a estimé qu'elle était nulle du 18 décembre 2018 au 30 avril 2020 en raison de la dépression sévère dont souffrait la recourante durant cette période. Rappelant que les rapports des 7 mars et 19 mai 2020 du Dr G. \_\_\_\_\_ faisaient état d'une amélioration progressive de l'état de santé de la recourante et d'une capacité de travail de 50 % au plus, et que l'intimé avait mis en place des mesures d'entraînement à l'endurance dès le 18 mai 2020, le Dr S. \_\_\_\_\_ a considéré que la recourante avait recouvré une capacité de travail de l'ordre de 60 % (recte : 40 %) à compter du 1<sup>er</sup> mai 2020 et que celle-ci n'avait depuis lors plus évolué.

**dd)** En outre, le Dr S.\_\_\_\_\_ a bien intégré les indicateurs jurisprudentiels pertinents (cf. *supra* consid. 5c) à son analyse.

L'expert a considéré que les troubles psychiques présentés par la recourante étaient manifestes et sévères. Selon un profil de personnalité effectué au cours de l'expertise (NEO-PI 3), celui de la recourante, avec tant de facettes hors normes, était rare et constituait un indice d'une vulnérabilité majeure, d'une incapacité à avoir des buts personnels et à éprouver du plaisir, quelle que soit l'activité. L'expert a considéré comme « remarquable » la cohérence globale de ce profil de personnalité avec la biographie de la recourante, les plaintes de cette dernière, ses propres observations cliniques et l'examen neuropsychologique.

Sur le plan thérapeutique, l'expert a constaté que le traitement de la recourante était difficile en raison principalement de son ambivalence dans ses rapports avec le corps médical et les médicaments ; elle demande à la fois de l'aide mais elle ne fait pas confiance aux médecins et considère l'aide apportée comme inadéquate. S'agissant des médicaments, elle estime qu'ils ne servent à rien mais en demande quand même pour soigner ses troubles. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a toutefois indiqué que l'ambivalence constante de la recourante et le fait qu'elle ne suivait pas de manière régulière les traitements prescrits devaient être mis sur le compte de son trouble de la personnalité. Il a précisé qu'un traitement psychothérapeutique, pour autant qu'il ne soit pas imposé, pourrait être bénéfique, estimant toutefois qu'il ne permettrait pas un recouvrement notable de la capacité de travail de la recourante. Un traitement psychotrope spécifique n'était pas non plus indiqué, tout en remettant en doute l'efficacité du lithium. S'agissant du trouble de déficit de l'attention, il pourrait être légèrement amélioré par un traitement neuropsychologique de réhabilitation, mais qu'il ne faudrait là non plus pas s'attendre à un amendement notable du trouble, respectivement à un recouvrement notable de la capacité de travail.

En ce qui concerne les ressources de la recourante, le Dr S.\_\_\_\_\_ a observé que la recourante était titulaire d'un CFC d'employée de commerce et qu'elle avait travaillé pendant plusieurs années à plein temps ; elle disposait donc de certaines ressources aussi bien sur le plan intellectuel que sur le plan pratique. Toutefois, il a relevé que la recourante n'avait jamais été vraiment bien ; elle se sentait mise à l'écart et différentes des autres. Elle avait toujours rencontré des difficultés d'attention et de concentration, et était toujours fatiguée. Elle n'avait de plus aucun étayage social ou amical. En outre, si la recourante avait tenté de faire face à ses difficultés durant de nombreuses années, avec un certain succès, c'était au prix d'un enkystement du trouble de la personnalité et d'une persistance du trouble de déficit de l'attention jamais diagnostiqué à ce jour. Durant ces années, elle était parvenue à maintenir, par ses propres ressources, une activité professionnelle tout en la diminuant de sa propre initiative, s'épuisant progressivement, jusqu'à ce qu'elle souffre d'un épisode dépressif sévère en décembre 2018. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a ajouté que si la recourante n'était pas sans ressources, il était vraisemblable que la mobilisation de celles-ci devienne au fil du temps beaucoup plus difficile, voire impossible, jusqu'à leur épuisement, entraînant ainsi l'aggravation de son trouble de la personnalité.

Pour ce qui est de la cohérence, le Dr S.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté d'incohérence entre les activités qu'elle décrivait dans sa vie quotidienne et ses activités professionnelles. Il a indiqué que les plaintes de la recourante étaient crédibles et qu'elles étaient confirmées par son examen psychiatrique et l'examen neuropsychologique. Il n'a pas décelé de signes d'exagération ou d'amplification de ses troubles, voire de simulation des symptômes.

Ainsi, l'examen des différents indicateurs démontre que les atteintes psychiatriques présentées par la recourante sont suffisamment importantes pour justifier une incapacité de travail. Il y a donc lieu de se référer à l'évaluation probante de la capacité de travail opérée par le Dr S.\_\_\_\_\_ et de retenir que la recourante disposait d'une capacité de

travail nulle du 19 décembre 2018 au 30 avril 2020 et de 40 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 2020, sans diminution de rendement.

**ee)** En ce qui concerne les observations formulées par la Dre R. \_\_\_\_\_ du SMR dans son avis du 6 octobre 2023, elles ne sont pas propres à remettre en cause le bien-fondé de l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ et la pertinence de ses conclusions. Il convient en particulier d'observer que ce dernier a bien tenu compte, dans l'établissement de son diagnostic, du fait que la recourante avait pu terminer sa scolarité, suivre avec succès une formation professionnelle et s'insérer professionnellement et socialement. Il a également indiqué que ce qui était connu de l'évolution correspondait à ce qui était attendu pour les diagnostics retenus. Pour le reste, il n'apparaît pas nécessaire d'examiner de manière approfondie l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis l'année 2000, dès lors que cette problématique n'est pas pertinente pour l'examen du droit à la rente de la recourante.

**ff)** Aussi, dès lors que la recourante était totalement incapable de travailler du 19 décembre 2018 au 30 avril 2020, qu'il est admis que la recourante peut exercer depuis le 1<sup>er</sup> mai 2020 son activité habituelle d'employée de commerce à 40 % et que l'expert judiciaire a estimé qu'aucune autre activité ne permettrait à la recourante d'améliorer son taux d'activité ou ses revenus, le taux d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail telle qu'elle a été retenue par le Dr S. \_\_\_\_\_ (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C\_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 et les références citées). Partant, il convient de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> au 31 juillet 2020, puis à trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2020, soit trois mois après la récupération d'une capacité de travail de 40 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2020.

**gg)** Bien que la recourante ait indiqué dans un premier temps qu'elle aurait travaillé à 80 % si elle était demeurée en bonne santé (formulaire de détermination du statut rempli le 6 mars 2020), elle a précisé par la suite qu'elle travaillerait à temps plein si elle n'était pas

atteinte dans sa santé (note d'entretien téléphonique du 15 juin 2021). Ainsi, il n'y a pas lieu d'appliquer dans le cas d'espèce la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et de renvoyer la cause à l'office intimé afin qu'il complète l'instruction.

**8. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> au 31 juillet 2020, puis à trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2020.

**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<sup>bis</sup> 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, laquelle était représentée au début de la procédure, 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 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision du 9 juin 2022 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Q. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> au 31 juillet 2020,

puis à trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2020.

**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 Q.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille 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 :

- Q.\_\_\_\_\_, au [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :