

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mars 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Peter et Mme Saïd, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

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

Art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. a) R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, divorcée et mère d'un enfant né en 1993, au bénéfice d'un diplôme d'aide médicale datant de 1983 et d'un brevet fédéral d'experte en assurance-maladie obtenu en 2000, travaillait depuis le 1^{er} mai 2007 en qualité de gestionnaire administrative au Centre social régional (CRS) de [...], respectivement au sein de l'association I. _____ et percevait un salaire mensuel brut de 6'704 fr., versé treize fois l'an.

Dès le 26 mai 2009, l'assurée a présenté une incapacité de travail de 100 % à la suite d'un burn-out ; elle a tenté diverses reprises de l'activité à temps partiel, qui se sont soldées par un échec.

A la suite d'une détection précoce initiée par l'assureur perte de gain B. _____, l'assurée a déposé, le 7 décembre 2009, une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'un burn-out et d'une dépression sévère.

Aux termes du formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) » complété le 14 décembre 2009, l'assurée a indiqué à l'OAI que sans atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 100 %.

Dans un rapport à l'OAI du 24 décembre 2009, le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif majeur sévère, nombreux épisodes récurrents (F 32.33) depuis juillet 2008 et de personnalité dépressive depuis l'enfance. Selon le Dr N. _____, malgré l'épuisement psychique se manifestant par des effondrements psychiques, l'assurée conservait une capacité de travail de 50 % sans diminution de rendement dans son activité de gestionnaire administrative, à tout le moins depuis le mois de février 2010. Il a notamment relevé que les

capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation, ainsi que la résistance, n'étaient pas limitées.

Dès janvier 2010, l'assurée a repris une activité professionnelle à 40 % auprès de l._____, puis a augmenté son taux à 50 %.

Dans un rapport à l'OAI du 14 juin 2010, la Dre V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) depuis novembre 2009 et de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3) depuis le début de l'âge adulte. La Dre V._____ a considéré que l'activité habituelle était exigible à 50 % dès le 17 avril 2010, avec possibilité d'augmentation, soulignant que le rendement était réduit en raison des problèmes de concentration et de rythme, ainsi que de la perte de ses moyens par l'assurée.

Dans un rapport du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 19 juillet 2010, les médecins ont notamment retenu que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % depuis le 17 avril 2010, en raison de l'interaction entre l'état dépressif et le trouble de la personnalité, lequel n'était toutefois pas incapacitant avant mai 2009, l'intéressée ayant suivi une formation d'assistante médicale, activité qu'elle avait ensuite pratiquée pendant neuf ans.

b) Par décision du 22 novembre 2010 confirmant un projet de décision du 27 septembre 2010, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2010.

B. **a)** A la suite de l'ouverture d'une procédure de révision d'office de la rente, l'assurée a indiqué, dans un questionnaire rempli le 19 novembre 2013, que son état de santé s'était aggravé depuis le 22 octobre 2013 - en lien avec des problèmes de harcèlement au travail - date à partir de laquelle elle présentait à nouveau une incapacité totale de travail. Elle a ensuite repris son activité à 50 % auprès de l._____ dès le 3 mars 2014.

En 2014, le salaire annuel brut de l'assurée était, à 100 %, de 96'642 francs (cf. décompte du 27 décembre 2013).

b) Par contrat du 27 août 2014, l'assurée a été engagée par Y._____, en qualité d'employée administrative auprès de l'Agence d'assurances sociales de [...], à 60 % dès le 1^{er} décembre 2014, pour un salaire annuel brut de 49'825 fr. 80 versé treize fois l'an.

Par décision du 16 janvier 2015, confirmant un projet de décision du 7 novembre 2014, l'OAI a remplacé la demi-rente d'invalidité de l'assurée par un quart de rente à compter du 1^{er} mars 2015, la comparaison entre les revenus sans invalidité (96'642 fr.) et avec invalidité (49'825 fr. 80) laissant apparaître une perte de gain de 46'816 fr. 20, correspondant à un degré d'invalidité de 48.44%.

c) Par courrier de son employeur du 4 février 2015, l'assurée, qui était à nouveau en incapacité totale de travail depuis le 20 janvier 2015, a été licenciée durant le temps d'essai, avec effet au 13 février 2015.

C. a) Après une annonce en détection précoce en février 2015, l'assurée a déposé, le 26 mars 2015, une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une dépression, des troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire et du sommeil.

Dans un rapport à l'OAI du 28 avril 2015, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif chronique, sans précision (F 39) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3). Il a mentionné une aggravation progressive de l'état de santé depuis l'octroi de la rente et énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : troubles émotionnels et cognitifs liés à la dépression, difficultés dans l'interaction sociale avec tendance à l'agressivité. Le Dr T._____ a en outre estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité.

Dans un avis médical établi le 30 juin 2015, le Dr Z._____, du SMR a considéré que l'aggravation de l'état de santé était plausible, mais a préconisé, au vu des discordances du dossier, la mise en œuvre d'un examen SMR ou d'une expertise psychiatrique (avec monitoring).

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 4 avril 2016, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre D._____, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.31), de dysthymie (F 34.1) et de trouble dépressif récurrent, dernier épisode d'intensité modérée, en rémission partielle (F 33.1), précisant que l'intensité de la clinique était alors légère. Il a relevé que la concentration, l'attention, la compréhension et la mémoire étaient préservées, soulignant que l'assurée relatait des troubles subjectifs de la mémoire des faits récents et de la concentration. Selon cet expert, il n'y avait du point de vue psychiatrique pas d'aggravation depuis le prononcé AI du 27 septembre 2010, précisant que le degré d'invalidité était de 50 % depuis le 1^{er} mai 2010.

Dans un avis du 14 avril 2016, le Dr Z._____ du SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise et a considéré qu'il n'y avait pas matière à réviser la rente.

Dans un rapport à l'OAI du 23 mai 2016, la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante de l'assurée depuis mars 2016, a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen récurrent et de troubles de la personnalité et a considéré que la capacité de travail exigible était respectivement nulle et de 20 % (réparti sur deux matinées) dans un environnement et une activité adaptée aux troubles psychiques de l'assurée. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre F._____ a relevé chez l'intéressée des troubles des cognitions supérieurs, principalement une fragilité émotionnelle, des difficultés d'attention, de concentration et de mémoire, ainsi que des difficultés à suivre plusieurs tâches. Elle a indiqué que le pronostic était réservé,

l'évolution clinique et psychique restant peu favorable. La Dre F._____ a en outre mentionné que l'assurée était intéressée par une reconversion professionnelle en tant que conseillère en image, domaine dans lequel elle avait commencé des cours de formation.

Dans son avis du 7 juin 2016, le Dr Z._____ du SMR, a considéré que le rapport précité n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise.

L'OAI a pris en charge un entraînement à l'endurance auprès du ...]Centre de formation [...] à [...] entre les 5 décembre 2016 et 17 mars 2017 (cf. communication du 15 décembre 2016), afin de préciser ses limitations notamment au niveau de ses capacités de concentration et de mémorisation et déterminer ce qu'elle serait encore en mesure de faire dans le domaine administratif. La mesure a été interrompue le 2 mars 2017 en raison des problèmes de santé psychiques de l'assurée.

Le 17 mars 2017, le Service de réadaptation de l'AI (ci-après : REA) a procédé au calcul du salaire exigible ; il a dans ce cadre arrêté le préjudice économique subi par l'assuré à 54.46 %, en comparant le revenu sans invalidité, - arrêté à 80'864 fr. 64 - avec le revenu avec invalidité fixé à 36'827 fr. 51, en tenant compte d'un horaire à 50 %, ainsi que d'un taux d'abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles (troubles de la concentration, difficulté dans l'interaction sociale) et de l'âge.

b) Par projet d'acceptation de rente du 19 février 2018, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui allouer une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2015, soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé.

Le 23 février 2018, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport d'examen neuropsychologique des 12 et 19 janvier 2018 établi par la psychologue [...] et dont la conclusion est la suivante :

« Cette évaluation neuropsychologique met en évidence **des troubles sévères des fonctions attentionnelles** (nombreuses

omissions à l'attention sélective visuelle et auditive et grande variabilité de la vitesse de traitement de l'information) et une limitation de la programmation motrice.

Les autres fonctions cognitives investiguées (langage oral et écrit, calcul écrit, praxies gestuelles et constructives, mémoire immédiates, mémoire de travail, mémoire verbale et visuo-spatiale, orientation, mémoire sémantique personnelle, incitation, inhibition, flexibilité, raisonnement opératoires et abstrait) sont préservées.

Les questionnaires de dépistage de TDA mettent en évidence 13 traits sur 18 caractéristiques du DTA au questionnaire de l'OMS, une impulsivité cognitive, une enfance avec des troubles de l'humeur.

Cette patiente souffre depuis son enfance de **Trouble Déficit d'Attention**. Actuellement les performances compromettent une reprise de l'activité professionnelle : elle fait de nombreuses erreurs ou omissions. Elle est très rapide dans la réalisation des tâches et abat une grande quantité de travail, perçoit bien les priorités mais n'applique pas les stratégies les plus efficaces et les moins coûteuses en énergie ».

Le 5 mars 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de [...], s'est opposée au projet du 19 février 2018, estimant avoir droit à une rente entière d'invalidité, subsidiairement à un trois-quarts de rente et a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neuropsychologique. Elle a notamment contesté le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI, soulignant que le revenu sans invalidité qui avait été retenu en 2014 était de 96'642 fr. et non de 80'864 fr. 64.

Il ressort ce qui suit d'une communication interne à l'OAI du 20 novembre 2018 :

« Notre service médical, dans son avis médical SMR du 14 avril 2016, estime que les conclusions du prononcé du 27.09.2010 restent les mêmes avec un degré d'invalidité de 50 %.

Nous devons donc utiliser le salaire que R. _____ percevait avant la survenance de l'invalidité, soit le salaire qu'elle percevait au sein de l'I. _____. Soit un salaire de Fr. 87'152.- en 2010 (selon rapport employeur du 27.01.2010) et de Fr. 96'642.- en 2014 (selon fiche salaire du 31.08.2014 : Fr. 3'682.- + Fr. 35.- X 2). Pour l'année 2017, nous obtenons un **RS de Fr. 98'098.59**.

En ce qui concerne le RI, vu les limitations fonctionnelles qu'elle présente, elle ne pourrait pas prétendre au 50 % du salaire ci-dessus. En revanche, elle pourrait prétendre à un salaire d'une assistante de bureau avec des tâches simples. C'est la raison pour laquelle nous allons nous baser sur le tableau T17, employée de type administratif, **niveau 1**. Nous obtenons un **RI de Fr. 36'775.80** (salaire indexé à 2017). En revanche, il n'y a pas lieu de

tenir compte d'un abattement vu que nous avons déjà utilisé le niveau 1 qui implique que les tâches confiées sont des tâches simples, sans responsabilité et sans prise d'initiative.

Nous obtenons un préjudice de 62.51 % ».

c) Par projet de décision du 28 janvier 2019, annulant et remplaçant le projet du 19 février 2018, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui allouer un trois-quarts de rente d'invalidité, basé sur un degré d'invalidité de 63 %, dès le 1^{er} mars 2015. L'OAI a précisé qu'il maintenant sa position quant à l'exigibilité médicale de l'assurée de 50 % dans une activité adaptée.

Le 26 février 2019, l'assurée a contesté le projet de décision, soutenant avoir droit à une rente entière d'invalidité et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire englobant au moins les aspects psychiatrique et neuropsychologique. Elle a joint à son courrier un rapport médical du 18 février 2019 de la Dre F._____ posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble du déficit de l'attention, de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3), de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de troubles du sommeil (F51.0). Cette praticienne a indiqué que les limitations cliniques principales étaient caractérisées par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'assurée présentant un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité, associés à une fatigue importante, une diminution de l'aptitude à se concentrer, à des troubles de sommeil et à une diminution de l'estime et de la confiance en soi. Elle a également souligné que l'intéressée manquait de persévérance dans les activités exigeant une participation cognitive, ayant tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, ceci associé à une activité globale désorganisée, incoordonnée ou excessive, soulignant qu'elle présentait une altération de l'attention associée à des difficultés à rester concentrée sur de longues périodes. La Dre F._____ a en outre contesté que le rapport d'évaluation neuropsychologique comportait des contradictions, relevant que les troubles de l'attention coexistaient avec le bon fonctionnement des autres fonctions cognitives. Pour cette praticienne, il était tout à fait plausible que

le TDAH ait été diagnostiqué sur le tard, soulignant que la symptomatologie dépressive et le trouble de la personnalité émotionnellement labile avaient fait négliger le trouble de l'attention. Forte de ces constats, la Dre F. _____ a estimé la capacité de travail de l'assurée à 25 % voire 30 % au maximum, dans une activité identique à ses derniers emplois, soit dans une activité simple d'employée de bureau ou dans tout emploi adapté. Selon elle, demander à l'intéressée de travailler plus de deux heures par jour semblait difficile.

Dans un avis médical du 16 mai 2019, le Dr G. _____ du SMR a considéré qu'une évaluation spécialisée, sous la forme d'un examen ou d'une expertise psychiatre semblait nécessaire au vu des avis divergents ressortant des différents éléments médicaux au dossier.

d) Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui s'est entretenu avec l'assuré les 17 et 31 octobre 2019 et a rendu son rapport d'expertise le 18 novembre 2019, dont on extrait notamment ce qui suit :

« 7. DIAGNOSTICS

7.1 Liste et motivation des diagnostics. Evaluation et classification des troubles et des constats en référence aux systèmes de diagnostic actuels et par rapport aux évaluations antérieures, y compris celles ayant abouti à des conclusions différentes, discussion des diagnostics différentiels ; indication claire des critères remplis selon chaque système de diagnostic dans le cas concret ; appréciation motivée de la gravité des troubles

Diagnosics avec répercussion sur la capacité de travail

F33.11 **Trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F33.11)** depuis 2016 au présent.

Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail

F90 Trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance. *Ce trouble n'a pas empêché l'assurée à travailler à 100% dans le passé et à gérer son quotidien.*

F61 Trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dépendante actuellement non décompensé.

Selon le dossier asséurologique, l'examen clinique et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on tient que les critères diagnostics de la CIM-10 sont remplis pour un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis 2016 au présent avec un trouble de la personnalité mixte et un déficit de l'attention depuis l'enfance.

Le trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique présente depuis 2016 au présent a entraîné directement des limitations fonctionnelles objectivables avec des limitations dans tous les domaines d'activités : ralentissement psychomoteur modéré, troubles de la concentration subjective, sans aboulie, avec une anhédonie partielle et avec un isolement social partiel, mais pas total et une phobie sociale modérée.

Les indices de gravité des troubles psychiques des troubles dépressifs moyens selon la jurisprudence 30.11.2017 sont discutés ci-dessous :

1. Degré de gravité fonctionnelle

Depuis l'installation des troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique F33.1, en 2016 au présent, on tient des limitations fonctionnelles psychiatriques modérées d'un point de vue clinique, dans le sens de difficultés dans les relations interpersonnelles, d'une fatigue avec ralentissement psychomoteur objectivable modéré, de troubles de la concentration subjectifs et d'un isolement social partiel mais pas total, sans aboulie,

Cet indice est partiellement présent.

2. Atteinte à la santé

Selon l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise et du dossier médical en possession de l'expert, nous retenons un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique F33.1, au présent, dans le contexte d'un trouble de la personnalité.

La présence des limitations fonctionnelles objectivables modérées est confortée **tant au niveau de la journée type** que selon l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise chez une assurée qui s'occupe des activités quotidiennes, présente un isolement social partiel mais pas total, malgré des troubles de la concentration subjectifs et d'un ralentissement psychomoteur modéré, qui lui demandent plus de temps pour réaliser les activités.

Cet indice est partiellement présent.

3. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic

Les critères diagnostiques de l'ICD-10 sont remplis pour un trouble dépressif moyen récurrent avec syndrome somatique depuis 2016 au présent dans un contexte de trouble de la personnalité mixte et de trouble de l'attention depuis l'enfance.

4. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard

Nous objections une évolution stationnaire depuis 2016 au présent, les améliorations partielles étant suivies par des rechutes, avec une persistance des troubles dépressifs moyens et des limitations fonctionnelles modérées mais significatives, dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré et de troubles de la concentration subjectifs avec un traitement adéquat psychothérapeutique et antidépresseur.

Cet indice est partiellement présent.

5. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques sont un trouble de la personnalité mixte, présent depuis le début de l'âge adulte n'entraînent pas de limitations fonctionnelles significatives, car il n'a pas empêché une formation, ni une activité professionnelle dans le passé sans limitations, ni une gestion adéquate du quotidien.

Cet indice n'est pas rempli.

6. Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

L'assurée présente un trouble de la personnalité mixte, ce qui peut donner le change pour des troubles dépressifs plus sévères, mais sans répercussion directe sur la capacité de travail, car l'assurée a pu se former, travailler dans le passé sans limitations, malgré leur existence. Elle dispose de ressources personnelles lui permettant de réaliser les tâches quotidiennes et avoir des contacts sociaux diminués mais sans isolement social total, tout en gérant son quotidien seule, etc.

7. Contexte social

Au moment de l'expertise l'assurée garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car elle arrive à garder des relations acceptables avec son fils et avec une amie. Un isolement social partiel est retenu, mais pas total depuis 2016 au présent. Cet indice est partiellement rempli.

8. Cohérence

Nous n'avons pas objectivé une exagération consciente des troubles et il existe une bonne cohérence entre les plaintes subjectives et le constat objectif, malgré l'existence de bénéfices primaires.

9. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie

Au moment de l'expertise l'assurée garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car elle arrive à gérer une partie de son quotidien mais avec difficultés en raison de ses troubles de la concentration subjectifs et de son ralentissement psychomoteur modéré, ce qui lui demande plus de temps, à avoir quelques

contacts sociaux, une intolérance au stress avec impulsivité ponctuellement, etc. Nous retenons des limitations fonctionnelles modérées mais significatives d'un point de vue psychiatrique d'une façon uniforme depuis 2016 au présent. Cet indice est partiellement rempli.

10. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation

L'assurée présente une motivation ambivalente pour une réadaptation professionnelle. Le traitement antidépresseur est inchangé, alors que la compliance est bonne au moment de l'expertise.

En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité pour un trouble dépressif moyen récurrent avec syndrome somatique sont partiellement remplis depuis 2016 au présent dans le contexte d'un trouble de la personnalité mixte avec un trouble de l'attention depuis l'enfance.

7.2. En cas de maladie addictive, existence ou non d'un autre trouble important ayant causé le développement de la dépendance, et/ou présence ou non de dommages irréversibles consécutifs à la dépendance

Nihil, dans l'absence d'une toxicodépendance.

8. ÉVALUATION MÉDICALE ET MÉDICO-ASSURANTIELLE

8.1. Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Selon le dossier asséculo-logique, l'examen clinique et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient un trouble dépressif récurrent moyen récurrent avec syndrome somatique depuis 2016 au présent.

Le trouble dépressif récurrent moyen a entraîné directement des **limitations fonctionnelles objectivables** avec des limitations dans tous les domaines d'activités : ralentissement psychomoteur modéré, troubles de la concentration subjective, sans aboulie, ni anhédonie totale mais partielle et avec un isolement social partiel, mais pas total avec une phobie sociale modérée.

Tenant compte des indices de la jurisprudence concernant les épisodes dépressifs moyens, nous constatons que ces indices sont partiellement remplis depuis 2016 au présent.

8.1.1 Avis concernant la personnalité de l'assuré, notamment au regard de ses ressources, avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social

Actuellement les ressources de l'assurée sont bonnes, car elle arrive à gérer son quotidien sans difficultés autre un ralentissement psychomoteur modéré et des troubles de la concentration subjectifs, à avoir une vie sociale diminuée, mais sans isolement social total, malgré un trouble de la personnalité mixte présent depuis le début

de l'âge adulte. Ce trouble ne l'a pas empêché l'assurée de travailler sans limitations et à se former dans le passé, mais il a contribué à une instabilité professionnelle et affective.

8.2. Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Nous constatons une évolution stationnaire des épisodes dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis 2016 au présent, avec un suivi psychiatrique adéquat et avec un traitement antidépresseur. Les chances de guérison sont mitigées, chez une assurée à risque de rechuter sur un mode dépressif sévère et les chances de réadaptation professionnelle moyennes à cause de sa motivation actuelle ambivalente selon l'anamnèse.

8.2.1 Avis sur le déroulement de la thérapie, indication des motifs d'interruption des interventions. Le cas échéant, avis concernant la question de savoir si les problèmes de coopération sont liés à la maladie ou à un manque de ressources de l'assuré. Pour l'appréciation du potentiel de réadaptation, il convient d'indiquer si les traitements effectués jusque-là ont été adéquats, si les possibilités thérapeutiques ont été épuisées, et quelle sera vraisemblablement l'évolution de la maladie. Le cas échéant, indiquer si d'autres options sont encore envisageables

Le traitement a été adéquat avec traitement antidépresseur et un suivi psychothérapeutique ce qui a permis une stabilisation des troubles sans guérison. Les ressources actuelles sont existantes, mais limitées par un ralentissement psychomoteur modéré et par des troubles de la concentration subjectifs dans un contexte de trouble de la personnalité mixte.

8.3. Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

8.3.1 Avis sur la présence d'une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et réponse à la question de savoir si des thérapies correspondant aux symptômes exposés ont été suivies (eu égard à l'intensité des souffrances)

Le trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique a entraîné directement des **limitations fonctionnelles objectivables** avec des limitations dans tous les domaines d'activités depuis 2016 au présent. Les thérapies proposées ont été suivies correctement selon l'anamnèse et la prise de sang réalisée au moment de l'expertise.

8.3.2 Avis sur la question de savoir si les symptômes ou les pertes de fonctionnalité dont se plaint la personne assurée sont cohérents et plausibles, et si les résultats de l'examen sont valides et compréhensibles

Les plaintes sont plausibles et nous ne retenons pas d'exagération des plaintes, ni d'incohérence avec l'examen clinique au moment de

l'expertise, malgré l'existence d'avantages surtout primaires exprimés.

8.3.3 Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles Par ex. rapports sur des mesures de réadaptation

Nous n'avons retenu aucune incohérence chez une assurée authentique, qui n'exagère pas la journée type ou les activités encore possibles, la seule incohérence étant une demande de rente AI à 100%, dans l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques sévères, mais modérées objectivables chez une assurée qui gère seule son quotidien, lit, conduit le scooter, travaille comme curatrice pour trois pupilles dans une activité complexe intellectuellement, part en vacances, regarde la télévision, gère son administratif seule et qui ne présente pas d'isolement social total, mais partiel.

Nous ne retenons pas des discordances entre le diagnostic de troubles dépressifs récurrents moyens décrits par la psychiatre traitante et dans l'expertise de 2016 et les activités possibles durant une journée type. Toutefois, il existe des discordances entre le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte et le trouble dépressif moyen retenu par la psychiatre traitante, car selon la CIM-10 le trouble anxieux et dépressif mixte par définition a une intensité inférieure à celle d'un épisode dépressif léger, donc ces deux entités diagnostiques ne peuvent pas être retenues simultanément. De même, on retient des discordances selon la CIM-10 entre la dysthymie, dont l'intensité est inférieure à un épisode dépressif léger et le trouble dépressif moyen retenu par le premier expert.

Il existe une discordance entre une capacité de travail très réduite à maximum 30% et les activités possibles chez une assurée qui gère seule son quotidien, fait les courses, le ménage, lit des romans, conduit le scooter, travaille comme curatrice pour trois pupilles dans une activité complexe intellectuellement, part en vacances, regarde la télévision, passe des moments positifs avec son fils ou avec une amie, fait parfois du fitness, regarde la télévision, gère son administratif seule et qui ne présente pas d'isolement social total, mais partiel.

L'absence d'hospitalisation psychiatrique, l'absence d'un changement récent du traitement antidépresseur, en plus des activités possibles durant une journée type confirme indirectement l'absence de limitations psychiatriques sévères et plaide pour des limitations plutôt modérées.

Le déficit de l'attention avec hyperactivité présent depuis l'enfance n'a pas empêché une formation et un travail à 100% dans le passé et ne nécessite pas actuellement de traitement spécifique qui a été ponctuellement essayé dans le passé chez une assurée qui se concentre normalement pour conduire le scooter, travailler comme curatrice dans un emploi contraignant intellectuellement pour trois pupilles, peut partir en vacances, etc. Ces activités apparaissent aussi en contradiction avec le rapport neuropsychologique qui fait état de troubles attentionnels sévères. De plus, comme déjà retenu

par le médecin SMR le rapport neuropsychologique apparaît comme discutable dans la mesure où il décrit aussi un raisonnement abstrait conservé et avec des grandes fonctions préservées.

Le trouble de la personnalité décrit par la psychiatre traitante n'a pas empêché l'assurée à se former, à travailler sans limitations durant plusieurs années et il n'est pas actuellement décompensé, l'assurée n'ayant pas nécessité d'hospitalisation en psychiatrie, ni de changement récent des psychotropes.

Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

8.3.4 Présentation et motivation des troubles fonctionnels, des pertes de capacité et des ressources disponibles, avec appréciation critique de l'évolution sur la durée, de l'auto-évaluation de l'assuré, de sa personnalité et de sa disposition à coopérer. Le cas échéant, avis sur la manière dont la combinaison de plusieurs légers handicaps peut affaiblir la résistance au stress de l'assuré. Le cas échéant, distinction entre les troubles fonctionnels selon qu'ils sont dus à des causes médicales ou non

Les ressources actuelles sont limitées mais existantes chez une assurée qui gère son quotidien sans difficultés autre qu'une fatigue qui la ralentit en plus de troubles de la concentration subjectifs. La coopération de l'assurée a été bonne. Les ressources disponibles sont encore diminuées mais satisfaisantes dans le quotidien au moment de l'expertise.

9. RÉPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT

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

La capacité de travail selon la jurisprudence de novembre 2017 a été de 50% depuis 2016 au présent, sans baisse du rendement, dans son emploi actuel qui est adapté. La situation n'est pas stabilisée et devrait être réévaluée dans 6 à 12 mois selon l'évolution.

9.1.1 Combien d'heures de présence la personne assurée peut-elle assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

50% depuis 2016 au présent, soit 4.5 heures/jour.

9.1.2 Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Non, pas pour un 50%.

9.1.3 À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de la personne assurée dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?

50%.

9.1.4 Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil de temps ?

Le pronostic est mitigé et il existe un risque décompensation dépressive sévère, en lien avec un trouble de la personnalité mixte qui fragilise l'assurée. La situation n'est pas stabilisée et devrait être réévaluée dans 6 à 12 mois selon l'évolution.

9.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

La capacité de travail est de 50% sans baisse de rendement depuis 2016 au présent **dans le** même type d'activité, son dernier emploi étant un emploi adapté.

9.2.1 Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de la personne assurée ?

Le dernier emploi est un emploi adapté.

9.2.2 Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?

50%, soit 4.5 heures par jour.

9.2.3 La performance de la personne assurée serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Une baisse de rendement n'est pas à envisager pour une activité à 50%.

9.2.4 À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de la *personne* assurée dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 % ?

50% sans baisse de rendement depuis 2016 au présent dans une activité adaptée, comme l'activité actuelle.

9.2.5 Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

Le pronostic est positif, mais dépend du maintien d'une psychothérapie, idéalement hebdomadaire, ciblant personnalité pathologique et un traitement antidépresseur autre qui devrait être mis en place. La situation n'est pas stabilisée et devrait être réévaluée dans une année.

9.3 Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

9.3.1 D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?

Oui, en mettant en place un traitement antidépresseur différent (par exemple la venlafaxine 150 à 225 mg/ jour ou duloxétine 90mg/ jour) et en conservant une psychothérapie idéalement hebdomadaire. Des mesures de réadaptation professionnelle sont souhaitables, car elles peuvent améliorer le pronostic.

9.3.2 Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ?

La durée probable du traitement est de minimum deux ans et les chances de guérison sont d'environ 30% avec un risque d'aggravation également de 30%.

Nous recommandons un suivi psychiatrique hebdomadaire et un traitement antidépresseur différent, par exemple de venlafaxine 150 à 225mg/ jour ou duloxétine 90mg/ jour.

La situation n'est pas stabilisée et devrait être réévaluée dans 6 à 12 mois selon l'évolution.

Une réadaptation professionnelle à 50% est hautement indiquée, car elle pourra améliorer le pronostic.

9.4 Questions de l'office AI se rapportant au cas précis (à reprendre du mandat)

Nihil, nous avons répondu à toutes les questions ».

Par courrier du 19 décembre 2019 à l'OAI, le représentant de l'assurée a soulevé que, dès lors que l'activité de curatrice était considérée comme adaptée, il convenait de comparer les revenus tirés de cette activité, soit environ 1'400 fr. par an, avec les revenus de son activité sans atteinte à la santé, ce qui laissait apparaître un degré d'invalidité de 85 à 92 %, ouvrant le droit à une rente entière.

Selon un compte rendu de la permanence juriste de l'OAI du 29 janvier 2020, le calcul auquel il avait été procédé dans le projet de décision pouvait être confirmé dès lors qu'il convenait de se baser sur une capacité de travail de 50 % dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles et sur le fait que l'assurée ne mettait manifestement pas totalement en valeur avec son activité de curatrice.

e) Par décision du 7 février 2020, l'OAI a confirmé son projet du 28 janvier 2019 et alloué à l'assurée un trois-quarts de rente d'invalidité, basé sur un degré d'invalidité de 63 %, dès le 1^{er} mars 2015.

D. Par acte du 11 mars 2020 (date du timbre postal), R._____, représentée par [...] SA, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et à la reconnaissance d'une « invalidité ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité » et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a en substance contesté la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr P._____, la capacité de travail retenue, ainsi que le taux d'invalidité qu'elle estime supérieur à 70 %. Elle a notamment joint à son recours un courrier du 4 décembre 2019 rédigé par ses soins adressé à son conseil, dans lequel elle contestait longuement le déroulement de l'expertise, ainsi qu'un rapport du 10 février 2020 de la Dre F._____ remettant en cause les conclusions de l'expert P._____.

Dans sa réponse du 11 juin 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, s'appuyant notamment sur un avis SMR du 7 mai 2020.

Répliquant le 1^{er} juillet 2020, la recourante a maintenu ses conclusions.

Dans sa duplique du 7 août 2020, l'intimé a confirmé sa position.

En date du 10 septembre 2020, le conseil de la recourante a produit une attestation médicale du même jour émanant de la Dre U._____, psychiatre traitante de l'intéressée depuis le 20 mai 2020. Selon cette praticienne, la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans l'activité habituelle et au plus de 10 % dans une activité adaptée. Elle a confirmé les diagnostics posés par l'expert P._____, lesquels engendraient des limitations fonctionnelles d'ordre psychique, sous la forme de troubles de l'attention et de la concentration, une tendance à la

distractibilité, une difficulté à planifier et à s'organiser dans les tâches de la vie quotidienne et une perturbation des capacités mnésiques, qui empêchaient l'intégration à un poste adapté au-delà d'un taux d'activité de 10 %.

Dans ses déterminations du 5 octobre 2020, l'intimé a maintenu sa position.

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 point de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un taux supérieur à 63 %.

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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un taux de 60 % au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 LAI). 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).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du

droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

4. **a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

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

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 destiné à la publication). 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).

5. En l'espèce, il convient d'examiner si le taux d'invalidité de la recourante a subi une modification significative entre les décisions des 22 novembre 2010, respectivement du 16 janvier 2015 et 7 février 2020, étant précisé que l'intimé lui a reconnu le droit à un trois-quarts de rente

en lieu et place d'une demi-rente. La recourante soutient toutefois qu'elle a droit à une rente entière.

a) Par décision du 22 novembre 2010, l'OAI a octroyé à la recourante une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2010, considérant que sa capacité de travail était de 50% pour des raisons psychiques. A cette époque, le Dr N._____ avait posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif majeur sévère, nombreux épisodes récurrents et de personnalité dépressive depuis l'enfance. L'intéressée conservait toutefois une capacité de travail résiduelle de 50 % sans diminution de rendement dans son activité de gestionnaire administrative. En novembre 2013, une procédure de révision de la rente a été initiée, laquelle a conclu à la réduction de la demi-rente d'invalidité de la recourante à un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2015 (cf. décision du 16 janvier 2015) ; cette décision se fondait notamment sur la prise d'un nouvel emploi à 60 % par l'intéressée auprès de l'Y._____. Elle n'a toutefois jamais trouvé application dans les faits, dans la mesure où, par décision du 7 février 2020 - faisant suite au dépôt d'une nouvelle demande de prestations par la recourante en mars 2015 (cf. infra consid. 5b) - l'OAI a octroyé à l'intéressée un trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2015, en lieu et place d'un quart de rente.

b) A la suite d'une détection précoce initiée en février 2015, la recourante a déposé, le 26 mars 2015, une nouvelle demande de prestations, en faisant notamment état d'une atteinte au niveau psychiatrique, ainsi que de troubles neuropsychologiques, sur laquelle l'OAI est entré en matière. Dans le cadre de l'examen de cette nouvelle demande, l'OAI a notamment confié une expertise psychiatrique au Dr P._____. Ce dernier a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F 33.11) existant depuis 2016. Sans effet sur la capacité de travail, il a fait état d'un trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance et de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dépendante actuellement non décompensé. Il a considéré que le trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique entraînait directement des

limitations fonctionnelles objectivables dans tous les domaines d'activités (ralentissement psychomoteur modéré, troubles de la concentration subjective, sans aboulie, avec une anhédonie partielle et avec un isolement social partiel et une phobie sociale modérée). Il en a conclu que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée. Sur cette base, l'OAI a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité ; en se fondant sur les revenus sans invalidité de 98'098 fr. 60 et avec invalidité de 36'775 fr. 80, l'intimé a fixé le taux d'invalidité de la recourante à 63 % ($[(98'098 \text{ fr. } 60 - 36'775 \text{ fr. } 80) / 98'098 \text{ fr. } 60 \text{ fr.}] \times 100 = 62.51 \%$). En conséquence, il a reconnu le droit de l'assurée à un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2015.

Il appert donc que, dans le cas d'espèce, la modification du taux d'invalidité, et partant du droit à la rente, est due à une augmentation de la perte de gain et non à une augmentation du taux de la capacité de travail. Sous réserve des considérations qui suivent, il n'y a pas dès lors pas lieu de procéder plus précisément à une comparaison détaillée de la situation médicale de l'assurée entre 2010 et 2015.

Il convient en revanche d'examiner si c'est à bon droit que l'OAI a suivi les conclusions de l'expertise du Dr P._____.

6. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr P._____ le 18 novembre 2019, formulant à son égard des critiques tant quant au déroulement de l'examen que quant aux conclusions même de l'expert.

a) En premier lieu, la recourante a fait valoir que l'examen réalisé par l'expert P._____ n'avait compté que deux entretiens, durant lesquels elle n'avait pas pu s'exprimer librement, que l'expert n'avait pas pris connaissance du dossier avant la première entrevue, qu'il a examiné certains éléments en les sortant de leur contexte, qu'il ne l'a pas interrogée sur son parcours de vie, ni sur son activité de curatrice se contentant de relever que celle-ci était « complexe intellectuellement » ;

elle a en outre relevé diverses inexactitudes, dont le détail est retranscrit dans le courrier du 4 décembre 2019 à l'adresse de son conseil.

aa) C'est ici le lieu de rappeler que selon la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation de ces circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de la personne expertisée. La méfiance à l'égard de l'expert doit au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 143 IV 69 consid. 3.2 ; 138 IV 142 consid. 2.1 ; 132 V 93 consid. 7.1 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 123 V 175 consid. 3d et l'arrêt cité ; voir également TF 8C_531/2014 du 23 janvier 2015 consid. 6, in : SVR 2015 IV n° 23).

Le caractère formel de la violation du droit à une expertise indépendante conduit à exclure, en tant que moyen de preuve, toute expertise ne possédant pas les qualités requises à ce niveau, indépendamment de l'aspect matériel (ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 ; TF 8C_62/2019 du 9 août 2019 consid. 5.2).

bb) Le fait que l'expertise psychiatrique ne soit déroulée que lors de deux entretiens n'est pas critiquable. En effet, la durée de l'examen, respectivement le nombre d'entretiens – qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical – ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, puisque son rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). En outre, les allégations de la recourante selon lesquelles l'expert P._____ n'aurait pas pris connaissance du dossier avant le premier entretien ne ressort nullement des lignes du rapport idoine, lequel répertorie au contraire avec soin, et sur plusieurs pages, l'ensemble du dossier médical de la recourante et en

discute les différents éléments. Le fait que l'expert se soit trompé sur la dénomination de l'activité exercée par la recourante (curatrice volontaire et non employée par l'Office de l'ouest lausannois) n'apparaît pas comme un élément permettant de remettre en cause les conclusions de l'expert quant à la possibilité pour l'intéressée d'exercer une activité lucrative adaptée. S'agissant de potentiels éléments sortis de leur contexte, la recourante ne les explicite pas, ni n'explique en quoi cela aurait eu une incidence sur les conclusions de l'expertise.

On relèvera également, à l'instar de l'intimé dans sa réponse, que la recourante, pourtant experte en assurance-maladie, a tardé à faire valoir ce grief de nature formelle, alors même qu'une copie du rapport d'expertise du Dr P._____ a été transmise le 22 novembre 2019 au conseil de la recourante. Ce dernier a alors informé l'OAI, par courrier du 18 décembre 2019, qu'il renonçait alors à commenter les conclusions de l'expertise, malgré le courrier que lui a adressé sa cliente le 4 décembre 2019. Cela étant, et au vu des explications qui précèdent, les griefs soulevés par la recourante ne sauraient remettre en cause la teneur du rapport d'expertise psychiatrique du 18 novembre 2019.

Il apparaît par conséquent que les critiques de la recourante ne trouvent aucun fondement concret et que, son seul ressenti étant inopérant pour objectiver une prévention de l'expert P._____, on ne peut conclure sur cette base à un défaut de probité de la part de ce dernier.

En l'état du dossier, rien ne vient donc démontrer - au degré de la vraisemblance prépondérante - que l'expert P._____ ait conduit son examen de manière contraire à l'éthique médicale.

cc) Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, force est de constater qu'aucune apparence de prévention ne peut en définitive être imputée à l'expert P._____.

b) L'appréciation de l'expert psychiatre n'est pas davantage critiquable quant au fond.

En effet, le Dr P._____ a procédé, en deux étapes, à l'examen de la recourante, dont il a recueilli les plaintes, en ayant eu connaissance de toutes les pièces du dossier. Quoi qu'en dise la recourante, le spécialiste précité a questionné l'intéressée sur son parcours de vie, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel et a pris connaissance de l'ensemble des antécédents médicaux de l'intéressée pour poser le diagnostic de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique, dans un contexte de trouble de la personnalité mixte et de trouble de l'attention depuis l'enfance. Cela posé, il a retenu que depuis l'installation desdits troubles, il existait des limitations fonctionnelles modérées d'un point de vue clinique, dans le sens de difficultés dans les relations interpersonnelles, d'une fatigue avec ralentissement psychomoteur objectivable modéré, des troubles de la concentration subjectifs et d'un isolement social partiel, sans aboulie. Il a relevé que la présence desdites limitations fonctionnelles était confortée tant au niveau de la journée type que selon l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise chez une assurée qui s'occupait des activités quotidiennes moyennant un temps un peu plus long. Il a en outre relevé que le trouble de la personnalité mixte présent depuis le début de l'âge adulte n'entraînait pas de limitations fonctionnelles significatives - et était partant sans incidence sur la capacité de travail - car il n'avait pas empêché la recourante de mener à bien une formation, ni d'exercer par le passé une activité professionnelle sans limitations, ainsi que la gestion adéquate du quotidien. L'expert a mentionné que l'assurée gardait de bonnes capacités et ressources personnelles - gérant seule son quotidien, lisant, conduisant un scooter, travaillant comme curatrice pour trois pupilles, partant en vacances et gérant seule son administratif -, et qu'elle arrivait à garder des relations adéquates avec son fils, ainsi qu'avec une amie, conservant de ce fait un cercle social restreint. L'expert a en outre consigné l'absence d'exagération entre les plaintes de la recourante et le constat objectif, faisant ainsi état d'une bonne cohérence. Ce faisant, l'expert P._____ s'est prononcé de manière conforme aux exigences jurisprudentielles en la matière, que ce soit sous l'angle du degré de gravité fonctionnel - du point de vue de l'atteinte à la santé, de la personnalité et du contexte social - comme sous l'angle de la cohérence

(cf. consid. 4c *supra*), ce qui ne saurait en aucun cas lui être reproché, contrairement à l'argumentation soutenue par la recourante.

On relèvera également que l'expert P._____ a indiqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il s'écartait des diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et de trouble dépressif moyen retenus par la psychiatre traitante F._____, ainsi que celui de dysthymie. L'expert psychiatre a en outre relevé une discordance entre une capacité de travail jugée très réduite par les psychiatres traitants et les activités possibles chez l'assurée. L'expert a également mentionné l'absence d'hospitalisation psychiatrique et de changement récent de traitement antidépresseur, qui confirmaient l'absence de limitations psychiatriques sévères. Contrairement à ce que soutient la recourante, les troubles de l'attention de la recourante ont été pris en considération par l'expert qui a précisément relevé que le déficit d'attention avec hyperactivité présent depuis l'enfance n'avait pas empêché une formation et un travail à 100 %. Les activités que la recourante peut encore réaliser, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel, bien qu'elles soient effectuées un peu plus lentement, contredisent les troubles attentionnels sévères auxquels conclut le rapport d'évaluation neuropsychologique, dont les conclusions sont par ailleurs remises en doute par la psychiatre traitante elle-même. On relèvera au surplus que le rapport de la Dre U._____ ne suffit pas à contredire les conclusions de l'expertise psychiatrique, dans la mesure où il s'agit d'une appréciation différente d'une même situation, plus particulièrement sur les conséquences de mêmes diagnostics sur la capacité de travail de la recourante.

Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'office intimé a suivi les conclusions de l'expert P._____ quant à une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante. C'est d'ailleurs le lieu de relever que les conclusions de l'expert quant à la capacité de travail concordent avec celles du Dr K._____, lequel avait également conclu à une capacité de travail de 50%, ainsi qu'à la majorité des spécialistes ayant examiné la

recourante et notamment le Dr N._____, à l'exception de ses psychiatres traitants dont l'objectivité peut être remise en cause.

7. Dans un autre grief, la recourante conteste le revenu d'invalidé retenu par l'OAI.

a) 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).

b) S'agissant du revenu avec invalidité, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75 ; TF 9C_373/2019 du 18 juillet 2019 consid. 3.1).

8. **a)** En l'espèce, pour fixer le degré d'invalidité, l'OAI a comparé un revenu d'invalidé de 36'775 fr. 80 – calculé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), plus particulièrement du T17, et tenant compte d'une capacité de travail résiduelle de 50 %, – avec un revenu sans invalidité de 98'098 fr. 60, – fondé sur les indications fournies par l'employeur et indexé jusqu'en 2017 –, ce qui conduisait à ouvrir le droit à un trois-quart de rente d'invalidité, compte tenu du degré d'invalidité de 63 %.

La recourante soutient que c'est un taux d'abattement de 15 % qui aurait dû être appliqué sur le revenu d'invalidé, soit de 5 % supplémentaire à celui appliqué par l'intimé et ce pour tenir compte de

l'âge, des limitations constatées et de l'exigibilité du taux à temps partiel après l'atteinte.

b) Il convient pourtant de relever que, contrairement à ce que soutient l'intimé lui-même à l'appui de sa réponse, il n'a en réalité procédé à une aucune diminution sur le revenu d'invalidé au titre de l'abattement. S'il est exact qu'un abattement de 10 % avait été retenu dans le cadre du calcul du salaire exigible effectué par la REA le 17 mars 2017 (en raison des limitations fonctionnelles (troubles de la concentration, difficulté dans l'interaction sociale) et de l'âge, cet abattement de 10 % n'a, par la suite, pas été appliqué, l'OAI ayant expliqué qu'il n'y a pas lieu de tenir compte d'un abattement vu que la REA avait déjà utilisé le niveau 1 qui impliquait que les tâches confiées étaient des tâches simples, sans responsabilité et sans prise d'initiative (cf. communication interne à l'OAI du 18 novembre 2018). Cette conclusion doit être confirmée pour les motifs exposés ci-dessous.

c) S'agissant des limitations fonctionnelles, une réduction ne se justifie pas lorsque les limitations liées au handicap sont suffisamment prises en considération lors de l'appréciation de la capacité de travail et lorsqu'aucun autre critère ne peut être pris en considération. La jurisprudence n'admet pas, comme facteur d'abattement, l'attention particulière que les troubles psychiques pourraient imposer aux employeurs et collègues potentiels (TF 9C_474/2010 du 11 avril 2011 consid. 3.4 ; TF 9C_226/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.2.2).

L'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité. En d'autres termes, l'âge d'un assuré ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique.

Dans le cas d'espèce, c'est en l'occurrence à juste titre que l'office intimé n'a pas réduit le revenu d'invalidé, qui tient déjà compte des limitations fonctionnelles de la recourante. En effet, les limitations fonctionnelles de l'intéressée ont déjà été prises en considération lors de l'évaluation de la capacité de travail du point de vue médical. Il ressort en effet que la diminution de la capacité de travail de 50% est due aux limitations fonctionnelles de la recourante sur le plan psychiatrique. Cette dernière n'a pas mis en évidence d'empêchements supplémentaires qui la restreindraient dans une activité adaptée et devraient de ce fait être pris en considération pour la déduction sur le revenu d'invalidé.

S'agissant de l'application de l'abattement pour tenir compte du taux d'occupation réduit de la recourante, il y a lieu de préciser ce qui suit. Le taux d'occupation réduit peut être pris en compte pour déterminer l'étendue de l'abattement à opérer sur le salaire statistique d'invalidé lorsque le travail à temps partiel se révèle proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps. Toutefois, le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux rémunéré que le travail à temps partiel; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc p. 79; cf. aussi arrêts 9C_10/2019 du 29 avril 2019 consid. 5.2.1; 8C_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2). En particulier, selon les statistiques de l'Enquête suisse sur les salaires, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (cf. TF 9C_629/2017 du 28 novembre 2017 consid. 2 ; 8C_503/2012 du 3 août 2012 consid. 7 ; 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2).

Rien ne permet de retenir qu'il en irait différemment dans le cas d'espèce, dès lors que la recourante n'a mis en évidence aucun élément qui justifierait de s'écarter de la jurisprudence selon laquelle le critère du taux d'occupation partiel n'a en règle générale pas d'influence sur le

salaire des femmes. L'intéressée ne prétend au demeurant pas que ce facteur induirait un désavantage salarial.

d) En conséquence de ce qui précède, il ne se justifiait pas d'appliquer un abattement sur le revenu statistique d'invalidité.

Quoi qu'il en soit, dans l'éventualité – non réalisée ici – où un abattement de 10 % était opéré sur le revenu statistique, il n'en résulterait pas pour autant un préjudice économique susceptible d'ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité (cf. art. 28 LAI). Partant, ce grief doit être rejeté.

9. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et neuropsychologique. A cet égard, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire bidisciplinaire. Il y sera dès lors renoncé par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 7 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge d'R._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Swiss Claims Network SA (pour R._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :