

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 septembre 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Berthoud, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 6 s., 16, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ingénieure chimiste diplômée EPFL de formation, a travaillé en dernier lieu, d'août 2015 à mai 2017, en tant que cheffe de projet, au taux de 90 %, pour le compte de la société W._____ SA à [...]. Depuis le 1^{er} août 2015, le salaire mensuel brut de l'assurée s'élevait à 8'370 fr. par mois, treizième salaire non compris, soit un revenu annuel de 108'810 francs (« questionnaire de l'employeur » complété le 20 juin 2017 et ses annexes).

En incapacité de travail depuis le 14 décembre 2016 à des taux variant de 50 jusqu'à 100 %, l'assurée s'est annoncée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre du dépôt, le 13 avril 2017, d'une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente), en raison de dépression.

D'après le questionnaire 531bis du 25 avril 2017, l'assurée en bonne santé travaillerait à 90 % comme cheffe de projet, par nécessité financière.

Selon le dossier constitué par l'assureur perte de gain B._____ SA (ci-après : la B._____), communiqué le 22 mai 2017 à l'OAI, des indemnités journalières avaient été versées à l'assurée sur la base d'incapacités variables (de 50, 70 et 100 %) attestées, du 13 janvier au 31 mai 2017, par son médecin traitant, la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

Dans un rapport du 5 juin 2017 à l'OAI, la Dre G._____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) depuis octobre 2016 et de carcinome mammaire droit depuis mai 2017. On extrait ce qui suit de la rubrique « anamnèse » de ce rapport :

“Docteur ès sciences techniques de l’EPFL (ingénieur chimiste) Mme T. _____ a surtout travaillé hors de ce domaine comme adjointe au recteur de l’[...], cheffe de projet au [...], à l’administration cantonale [...] ou dans une assurance-maladie. Depuis juin 2016, elle doit affronter des difficultés familiales, sentimentales, et professionnelles qui l’ont progressivement fragilisée. Consciente de sa vulnérabilité, car elle a déjà connu plusieurs épisodes dépressifs souvent liés à un contexte professionnel stressant comme cheffe de projet et pour lesquels elle prend un traitement de fluoxétine 20-40 mg/j, elle a mis en place toutes les stratégies éprouvées par le passé pour préserver sa santé psychique, avec un certain succès jusqu’en octobre 2016. A ce moment-là, plus sollicitée dans sa famille, son travail et sa relation sentimentale, ses mécanismes de protection n’ont plus suffi à éviter une nouvelle décompensation dépressive. Devant un tableau d’épisode dépressif sévère (tristesse, épuisement physique et psychique, anhédonie, angoisses, consommation d’alcool pour lutter contre les angoisses et la sensation de vide intérieur, idées noires à fin décembre 2016), j’ai décidé de la mettre au bénéfice d’un arrêt de travail dès le 14.12.2016. Soucieuse de ne pas perdre son emploi qu’elle appréciait malgré de fortes tensions avec sa hiérarchie et ayant déjà connu les affres de périodes de chômage, elle a essayé plusieurs fois de reprendre son travail, comme en témoignent les quelques périodes listées sous chiffre 1.6, mais sans y réussir en raison d’une recrudescence des symptômes dépressifs. Elle a finalement été licenciée le 22.3.2017 avec effet au 31.05.2017.

De plus, elle a appris le 16 mai dernier souffrir d’un carcinome mammaire droit. Le 14 juin prochain, elle subira l’ablation de la tumeur, suivie 4 semaines plus tard de séances de radiothérapie pendant 6 semaines.

Elle se plaint actuellement d’une baisse de l’élan vital très marquée, d’aboulie, d’anhédonie, de tristesse, d’une perte de confiance en elle et dans les gens en général, de céphalées, d’intolérance au stress et à l’agressivité ambiante sous forme de tensions, de conflits, d’interactions impliquant des rapports de force ou des négociations tendues, de troubles de la concentration, de sommeil haché, d’une sensation d’inquiétude généralisée. Sentiment de rejet, d’humiliation et de dévalorisation.

Le diagnostic de carcinome mammaire droit a bien évidemment accentué la symptomatologie, en particulier la baisse de l’élan vital.”

La Dre G. _____ a attesté des incapacités de travail suivantes de l’assurée :

“100 %, du 14.12.2016 au 08.01.2017 ;
50 %, du 09.01.2017 au 19.01.2017 ;
100 %, du 20.01.2017 au 30 [recte : 29].01.2017 ;
50 %, du 30.01.2017 au 30.01.2017 ;
100 %, du 31.01.2017 au 05.03.2017 ;
50 %, du 06.03.2017 au 09.03.2017 ;

70 %, du 10.03.2017 au 22.03.2017 ;
100 %, du 23.03.2017 En cours.”

Selon la Dre G._____, pour des motifs psychiatriques et oncologiques, aucune amélioration de la capacité de travail n'était attendue avant plusieurs mois, l'assurée étant incapable de travailler en toute activité, et sans que des mesures médicales n'étaient indiquées. La psychiatre estimait important que l'intéressée puisse travailler dans un poste avec des exigences (délais à tenir et gestion de différents niveaux hiérarchiques) limitées au maximum, mettant en valeur ses compétences professionnelles et personnelles (empathie, sensibilité, sens des responsabilités et originalité dans la réflexion) ; un poste de chef de projet n'était pas d'emblée à exclure, mais la qualité de l'environnement devait être soigneusement étudiée. Les restrictions fonctionnelles retenues étaient un ralentissement, une baisse de l'élan vital, une aboulie, des angoisses, une intolérance au stress et à l'agressivité ambiante, un manque de confiance et des troubles de la concentration. Le traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré (avec des séances hebdomadaires ainsi qu'une médication antidépressive [Fluoxétine® 60 mg/j. depuis le 1^{er} juin 2017, auparavant 40 mg/j., et Zolpidem® en réserve]) devait être poursuivi.

Lors d'une entrevue téléphonique du 26 octobre 2017 avec la gestionnaire en charge du cas à l'OAI, la Dre G._____ a confirmé la persistance d'une totale incapacité de travail de l'assurée. Dans ce contexte, et avec son accord, cette dernière a bénéficié, de la part de l'OAI, d'une mesure préparant à la réadaptation professionnelle (au sens de l'art. 14a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès d'A._____, [...], à [...], du 12 janvier au 13 avril 2018 ; le taux de présence était de deux heures par jour quatre jours par semaine, avec comme objectif d'atteindre quatre heures par jour (communication du 13 décembre 2017).

Le 8 février 2018, l'OAI a pris connaissance du dossier médical actualisé constitué par la B._____ (pièce 46) contenant notamment un

rapport d'expertise psychiatrique du Dr E._____, spécialiste en neurologie ainsi qu'en psychiatrie et en psychothérapie, du 22 janvier 2018. Sur la base de son examen du 8 janvier 2018, cet expert a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent (F33.1), présent depuis plusieurs années, avec plusieurs décompensations, l'épisode actuel d'une intensité encore moyenne existant depuis l'automne 2016, et de trouble de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (F60.31). Il a exposé que, dans le cadre de troubles psychiques existant depuis longtemps et à la suite du diagnostic du cancer du sein ainsi qu'à la thérapie oncologique relativement lourde, les symptômes anxiodépressifs de l'assurée s'étaient à nouveau aggravés durant quelque temps. L'expert observait en résumé que « la symptomatologie anxiodépressive de Mme T._____ est encore d'une intensité moyenne au maximum et ne lui permet pas de reprendre le travail tout de suite à plein temps. En plus, les traits pathologiques de sa personnalité jouent entre temps un rôle prépondérant et contribuent à la persistance et à la chronification de ses symptômes anxiodépressifs. Cependant, il est à rappeler que, malgré son trouble de la personnalité, l'assurée a pu constamment travailler, même si elle a souvent changé d'employeur ». Le traitement médical adapté devait être poursuivi, sans une autre thérapie susceptible d'améliorer la situation, étant précisé que la participation à l'entraînement d'endurance qui devait débiter auprès d'A._____ était recommandé. Le Dr E._____ a estimé que, du point de vue purement psychiatrique, une reprise progressive du travail était envisageable à un taux de 50 % dès le 1^{er} avril 2018, et de 100 % dès le 1^{er} août 2018, en toute activité correspondant à son état et à sa formation. En raison du trouble de la personnalité, l'exercice d'une activité bien structurée, dans une ambiance calme et plutôt harmonieuse, était recommandé. Le pronostic à moyen ou long terme était incertain en raison des décompensations dépressives régulières passées, de la forte demande de reconnaissance de la souffrance et de sa situation de vie, des perspectives professionnelles encore incertaines ainsi que de l'âge de l'intéressée.

De son côté, l'OAI a prolongé la mesure sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès d'A._____, du 14 avril au 30

septembre 2018 ; le taux de présence était de quatre heures par jour quatre jours par semaine à augmenter progressivement jusqu'au maximum des capacités de l'assurée (communication du 11 avril 2018). Sur la base d'un bilan du 29 mai 2018 d'A._____ attestant d'un bon investissement de l'intéressée dans les tâches malgré une fragilité toujours latente, d'une part au niveau de la résistance au stress dans le cadre de ses interactions aux autres et, d'autre part, au niveau de la confiance en soi, cet entraînement progressif a ensuite été reconduit par l'OAI, du 1^{er} octobre 2018 au 28 février 2019 (communication du 12 octobre 2018).

Aux termes du second bilan du 25 février 2019, l'intervenante d'A._____ a fait savoir que, dans le cadre de la mesure suivie, l'assurée avait présenté une capacité de travail de 50 % « de manière mensuelle et non pas hebdomadaire » ; cet aménagement était qualifié d'essentiel pour l'intéressée qui avait besoin d'une souplesse dans son organisation pour pouvoir être plus productive. Deux années de reclassement professionnel étaient nécessaires afin de garantir l'acquisition de ses compétences ainsi qu'une employabilité de l'assurée comme cheffe de projet à mi-temps pour le compte d'A._____.

Par rapport du 26 février 2019, la Dre G._____ a fait part à l'OAI d'une évolution favorable de l'état de santé de l'assurée, avec une nette amélioration de la fatigue et de la fatigabilité, des troubles de la concentration, du cours de la pensée (diffusion, dispersion) et de la mémoire ainsi que de la tolérance au stress dans le cadre de la mesure auprès d'A._____. Elle a confirmé une capacité de travail de l'assurée à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir, une fatigabilité accrue, des troubles de concentration encore présents, une résistance limitée au stress lié aux délais, à la surcharge mentale, aux tensions relationnelles ainsi qu'à la surstimulation [bruit, concentration de personnes dans la même pièce, plusieurs tâches à effectuer en parallèle, etc.]) ; cette activité devait pouvoir s'exercer en grande majorité dans le calme et en l'absence de sollicitations externes interrompant l'assurée dans sa tâche (travail à domicile ou dans un bureau personnel calme),

dans des conditions d'indépendance et d'autonomie, avec le moins de pressions de délai ou de performance possible. La psychiatre a également confirmé que le taux résiduel de travail de 50 % devait s'envisager sur une base mensuelle, plutôt que quotidienne ou hebdomadaire.

En parallèle au suivi de divers cours de formation spécifique auprès de L._____, [...] à [...], du 21 février au 21 novembre 2019 (communication du 28 mai 2019), l'assurée a également bénéficié, de la part de l'OAI, d'un reclassement professionnel (au sens de l'art. 17 LAI) comme cheffe de projet santé au travail auprès d'A._____, du 1^{er} mars 2019 au 28 février 2021 ; le taux de présence était de 50 % (communication du 1^{er} mars 2019).

Par courriel du 23 septembre 2019 à A._____, la Dre G._____ a annoncé une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

Lors d'une séance de réseau chez A._____ du 9 décembre 2019, les divers intervenants ont constaté que, malgré les arrangements mis en place à la suite de l'alerte donnée par sa psychiatre, l'état de santé de l'assurée s'était péjoré avec un arrêt de travail attesté dès le 2 décembre 2019 ; elle était en état d'épuisement et plus capable de continuer les mesures, exprimant son désarroi face à cet échec (« Corps Médical - Note d'entretien » rédigée le 10 décembre 2019 par la gestionnaire en charge du cas à l'OAI).

La mesure de reclassement professionnel de cheffe de projet santé au travail auprès d'A._____ prévue jusqu'au 28 février 2021 a définitivement été interrompue par l'OAI au 10 décembre 2019 (communication du 11 décembre 2019).

Le 20 décembre 2019, la Dre G._____ a confirmé à l'OAI que l'état de santé de l'assurée n'était plus compatible avec le reclassement suivi à 50 % auprès d'A._____. Compte tenu du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) avec une composante de fatigue physique et psychique très marquée, la psychiatre estimait la

capacité de travail de l'assurée comme nulle dans l'activité habituelle de cheffe de projet, de même que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (baisse marquée de l'élan vital, angoisses, troubles de la concentration, tolérance très abaissée au stress, en particulier relationnel et émotionnel) ; aucune reprise d'activité n'était envisageable avant plusieurs mois.

Le bilan de mesure d'ordre professionnel (17 LAI) d'A. _____ du 30 décembre 2019 se terminait comme suit :

“Décision d'arrêter le reclassement

Madame T. _____ ne voulait pas arrêter le projet. Et ce sont les nombreux rendez-vous avec le médecin et avec la coopérative qui lui ont permis d'admettre qu'il n'était plus possible de continuer dans ces conditions et qu'il fallait qu'elle prenne soin de sa santé. Que les mécanismes sont tellement profonds qu'ils mettent en danger extrême Madame T. _____.

Madame T. _____ durant l'automne a aussi fait de nombreux examens médicaux, afin de vérifier s'il n'y avait pas des manques physiologiques qui l'amenaient à des fatigues extrêmes. Il n'y a pas eu de résultats concluant.

Madame T. _____ a énormément de peine à admettre l'arrêt de cette mesure et se sent coupable de ne pas avoir réussi. Nous pouvons souligner que Madame T. _____ a vraiment de nombreuses compétences, mais que celles-ci ne peuvent pas être soumises à une tension et à un stress quelconque.

Ce qui rend impossible la poursuite d'une projection économique qui tient compte autant des compétences cognitives que de la santé. Les conditions ne sont pas réunies pour créer une stabilité économique permettant à Madame T. _____ de trouver un équilibre entre travail et santé.

A ce stade il est essentiel que Madame T. _____ prenne soin de sa santé afin de ne pas la péjorer encore plus. Nous ne projetons pas de possibilités de revenir dans l'économie de marché dans les prochaines années dans un poste à responsabilité comme a pu l'avoir Madame T. _____.”

Interpellé en lien avec l'évolution de l'état de santé global de l'assurée, son médecin traitant, le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne, a renvoyé l'OAI auprès de la psychiatre de l'assurée. Il a précisé que le carcinome invasif mammaire droit, en rémission, n'avait pas de

répercussion directe sur la capacité de travail actuelle de l'assurée (rapport médical du 20 janvier 2020).

Par rapport du 10 février 2020, la Dre G._____ a fait part à l'OAI d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée survenue entre le mois de février 2019, où la capacité de travail était estimée à 50 %, et l'automne 2019. Les restrictions fonctionnelles étaient celles déjà évoquées dans son rapport du 20 décembre 2019. Après la description du déroulement d'une journée-type, la psychiatre a indiqué que l'assurée avait très peu d'activités sociales, qu'elle pratiquait du nordic walking entre une et trois fois par semaine, et qu'elle faisait le ménage toutes les deux à trois semaines avec difficulté (aspirateur, sanitaire et cuisine). Elle conservait sa capacité à se motiver malgré le handicap, avec le risque de l'amener à s'épuiser. La consommation d'alcool était excessive (un litre par jour de vin rosé) en cas de difficulté à gérer le stress, l'intéressée s'astreignant à un contrôle en buvant deux à quatre décilitres de rosé par jour. En parallèle à la boisson, une mauvaise alimentation la faisait grossir et diminuait encore son estime d'elle-même. Elle consultait à une fréquence de deux fois par mois avec une médication psychiatrique (Fluoxétine® 20 mg/j., Zolpidem® 10 mg et Temesta® 1 mg en réserve). Selon la Dre G._____, la reprise d'une activité adaptée ou le suivi de mesures de réinsertion professionnelle n'étaient pas envisageable avant « 1 à 2 ans en tout cas ».

L'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique de l'assurée au Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans son rapport du 2 juillet 2020, cet expert n'a pas retenu de diagnostic incapacitant « tenant compte de la jurisprudence de novembre 2017 en vigueur depuis juin 2016 au présent ». Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique puis léger depuis juin 2016 au présent (F33.11/F33.0), un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante actuellement non décompensé depuis 2016 (F61), une phobie sociale légère (F40.1), et une dépendance éthylique primaire avec utilisation épisodique depuis le début de l'âge

adulte augmentée en juin 2016 avant le dernier épisode dépressif en cours (F10.26). Qualifiant les ressources de bonnes (l'assurée gérant son quotidien sans difficultés d'un point de vue psychiatrique et conservant une vie sociale réduite, mais sans un isolement total) et dans le contexte d'une évolution globalement stationnaire depuis le mois de juin 2016 avec un suivi adéquat, l'expert a estimé que, d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée était de 100 %, sans diminution de rendement, depuis le mois de juin 2016 dans toute activité, y compris celle habituelle de cheffe de projet. Le pronostic était bon compte tenu du suivi psychiatrique existant, mais la situation n'était pas stabilisée et devait être réévaluée dans une année. En outre, le pronostic pour une reprise professionnelle était mauvais chez une assurée démotivée, dépendante à l'alcool, mais qui ne présentait pas de limitations fonctionnelles objectivables. La mise en place d'un sevrage éthylique était recommandée.

Par complément d'expertise du 11 août 2020, l'expert a répondu comme suit aux renseignements supplémentaires requis dans l'intervalle par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) :

“Comme expliqué dans l'expertise, nous ne retenons pas d'incohérences entre la journée type et les diagnostics retenus dans le rapport de la première expertise psychiatrique et par la psychiatre traitante de troubles dépressifs récurrents moyens. Toutefois, les indices jurisprudentiels de gravité n'ont pas été discutés dans l'expertise perte de gain qui a eu une appréciation clinique de la capacité de travail, mais sans tenir compte de la jurisprudence en vigueur.

La dépendance éthylique utilisation épisodique n'est pas décrite et ni prise en charge selon l'anamnèse et cette dépendance n'a pas été décrite lors de la première expertise alors qu'elle était présente.

Nous retenons des incohérences entre la journée type (qui n'a pas varié essentiellement depuis 2016) et une diminution de la capacité de travail, qui serait même nulle dans le dernier rapport de la psychiatre traitante, chez une assurée qui gère seule son quotidien sans difficultés, fait les courses, le ménage, s'occupe seule adéquatement de son administratif, fait de la lecture, se promène, part en vacances, conduit la voiture sans troubles de la concentration objectivables, elle pratique du nordic walking, etc.

L'absence de changement du traitement antidépresseur et surtout l'absence d'hospitalisation en psychiatrie récemment plaide contre

un trouble dépressif porteur de limitations significatives et contre une décompensation du trouble de la personnalité depuis juin 2016, malgré des fluctuations thymiques en fonction des événements de la vie.

Tenant compte de ces éléments et du fait que nous avons discuté pour la première fois les indices jurisprudentiels de gravité du trouble dépressif moyen et de la dépendance éthylique (non décrite alors que déjà présente lors de la première expertise), nous n'avons pas d'éléments objectivables nous permettant de changer notre position initiale.

2. Merci de bien vouloir préciser si vous admettez les périodes d'IT [incapacité de travail] à des taux variables depuis décembre 2016 jusqu'au mois d'août 2018.

A un niveau clinique, sans tenir compte de la jurisprudence en vigueur, on comprend le fait que le premier expert dans le contexte d'une expertise perte de gain a validé des arrêts maladies à temps partiel pour une courte durée, probablement plus à but thérapeutique et pour améliorer le pronostic d'une reprise.

3. Quelle a été l'évolution de la CT [capacité de travail] à partir d'août 2018 jusqu'à la date de votre expertise ?

L'évolution a été stationnaire quant à la capacité de travail, car la prise en charge n'a pas changé, les plaintes non plus, la journée type n'a pas eu des changements significatifs et nous ne retenons pas de limitations fonctionnelles objectivables qui auraient pu changer."

Faisant siennes les constatations du rapport d'expertise psychiatrique du Dr H. _____ et son complément, le SMR n'a pas retenu d'atteinte à la santé responsable d'une incapacité de travail durable de l'assurée. Les pathologies du ressort de l'assurance-invalidité étaient un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique puis léger et un carcinome mammaire droit. Les facteurs/diagnostics non du ressort de l'assurance-invalidité étaient un trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante ainsi qu'une dépendance à l'alcool, utilisation épisodique. Le SMR a retenu une capacité de travail de l'assurée à 100 % dans toute activité au plan psychiatrique, en l'absence d'atteintes à la santé responsables de limitations fonctionnelles durables avec une réévaluation dans le délai d'une année. Le SMR a néanmoins pris en compte une incapacité de travail totale de l'assurée limitée dans le temps en lien avec la prise en charge du cancer du sein droit du mois de

mai 2017 à avril 2018 (rapport SMR du 1^{er} septembre 2020 de la Dre I. _____).

Par projet de décision du 2 septembre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Ses constatations étaient les suivantes :

“Vous exercez l'activité de cheffe de projet à un taux de 90 %. Depuis mars 2017, vous êtes en incapacité de travail totale.

Afin d'évaluer votre capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à votre situation, vous avez bénéficié de diverses mesures professionnelles avec versement d'indemnités journalières AI, entre la période du 20 septembre 2017 au 21 novembre 2019. La poursuite de mesures professionnelles n'a pas pu être envisageable.

Nous avons donc complété l'instruction de votre dossier, notamment en effectuant une expertise médicale.

Il ressort des éléments médicaux en notre possession, que du point de vue psychiatrique, vous ne présentez aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI. Vous êtes en effet, à même d'exercer votre activité habituelle à plein temps de votre taux contractuel.

Dès lors, vous ne présentez aucun préjudice économique vous ouvrant le droit à des prestations de notre assurance.

Néanmoins, nous admettons que vous avez présenté une incapacité de travail et de gains totale dans toute activité lucrative pour la période de mai 2017 à avril 2018 en raison du cancer du sein.

Au vu de ce qui précède, nous constatons que l'incapacité de travail et de gains n'a pas duré une année au minimum. Le droit à la rente n'est donc pas ouvert.

En effet, selon l'article 28, alinéa 1, lettre b, LAI, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail et de gains d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption. Ce qui n'est en l'occurrence pas le cas.”

Le 2 septembre 2020, l'assurée a fait part à l'OAI de ses critiques sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr H. _____ en relevant que cette expertise ne reflétait pas l'épuisement chronique et la fatigue, qu'elle ne tenait pas compte des difficultés de concentration, ni des répercussions concrètes quotidiennes de son état de santé (éviter la foule, les sorties, les relations, le sport, l'impossibilité de tenir son ménage et de s'alimenter correctement). Elle a également réfuté les propos tenus

par l'expert psychiatre en lien avec un manque d'efforts de sa part pour sa réinsertion professionnelle, opposant son engagement dans la mesure mise en œuvre auprès d'A._____ ; elle a rappelé que sa psychiatre lui avait ordonné de cesser le travail à la fin novembre 2019, de sorte que le reclassement débuté avait été stoppé à la mi-décembre 2019. Elle a par ailleurs contesté avoir à aucun moment refusé un sevrage alcoolique, précisant avoir repris, de sa propre initiative, un suivi auprès du Service des addictions du CHUV le 3 mai 2020 en raison d'une consommation en hausse depuis le confinement. S'agissant des vacances mentionnées par l'expert, elle a précisé être partie à une seule reprise, pendant huit jours en juin 2019 avec une amie dans le sud de la France. En page 5 du courrier adressé à l'OAI, l'assurée a encore listé les erreurs ou imprécisions suivantes ressortant du rapport d'expertise psychiatrique :

"2. Autres éléments ponctuels inexacts ou incomplets relevés

1. **Idées suicidaires passives régulières** : j'ai eu des idées suicidaires sans passage à l'acte dans ma vie entre 2000 et 2016, à 3 ou 4 reprises pendant moins d'un mois, la dernière fois en effet en décembre 2016, pendant moins de 1 semaine. Je n'ai plus aucune idée suicidaire depuis février 2017 (p. 12).
2. **Arrivée en Suisse** : en [...] à l'âge de 18 ans et non à 6 ans (p. 10, § 4).
3. **Problèmes relationnels pendant l'enfance avec ses camarades de classe** : l'expert ne mentionne pas que ces difficultés relationnelles pendant l'enfance étaient liées au harcèlement verbal que je subissais du fait de mon surpoids entre 7 et 11 ans (p. 10, § 4).
4. **Activité professionnelle** : Manque la référence à mes 6 ans d'activités en tant qu'adjointe au rectoral entre 1994 et 2000 (p. 10, § 4).
5. **Relations sentimentales** : Je ne comprends pas le terme de « nombreuses » quantifiant mes relations sentimentales avant d'avoir rencontré mon mari (p.11).
6. **L'assuré décrit ne pas bénéficier de soutien psychologique** : je consulte le Dr G._____, mon médecin psychiatre, 2 fois par mois (p. 21), voire 1 fois par semaine pendant le confinement.
7. **Abandon pendant l'enfance p. 23** : contrairement à ce qui a été relevé par l'expert, mes parents m'ont confié entre mes 6

ans et 11 ans chez une nounou, je ne les voyais que les week-ends.

8. **Activités bénévoles p. 24** : j'ai organisé et participé à de nombreuses activités associatives et bénévoles tout au long de ma vie, mais pas des associations de loto.
9. **Licenciement p. 24** : je n'ai pas été licenciée à cause de mon cancer qui a été diagnostiqué 3 semaines après mon licenciement.
10. **Moments plaisants avec mes enfants p. 36** : je n'ai pas d'enfants.
11. **Page 42** :
 - Accès de violence : inexact, colère oui, mais jamais au grand jamais de violence physique.
 - Présence de hauts et de bas fréquents, sans être reliés au contexte : inexact, mes bas sont toujours reliés au contexte.
 - Relation de dépendance avec une amie au téléphone : sur quels éléments est basée cette analyse ?
 - Tendance à rejeter la responsabilité sur autrui : sur quels éléments est basée cette analyse ?”

A l'appui de ses objections du 21 octobre 2020 sur le préavis de décision, l'assurée, désormais conseillée par Procap, a demandé à l'OAI l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2017, sur la base d'une incapacité de travail (et de gain) totale dès le 14 décembre 2016, avec une révision dans le délai d'une année, subsidiairement un complément d'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Elle a remis un rapport du 8 octobre 2020 de la Dre G._____, avec en annexes les précédents rapports des 20 décembre 2019 et 10 février 2020, adressé à son conseil, rédigé en ces termes :

“Monsieur,

J'ai bien reçu votre courrier du 22 septembre dernier et vous en remercie. Pour répondre à votre demande, je peux vous donner mon avis sur les points évoqués de la manière suivante :

1. Evolution de l'état de santé de Mme T._____.

Je connais Mme T._____ depuis le 8 juillet 1999. Je l'ai suivie de façon ininterrompue jusqu'en 9 mai 2006 en raison d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble de la personnalité borderline, ce dernier diagnostic ayant motivé une psychothérapie avec une fréquence des séances hebdomadaire[s]. L'évolution a été bonne et nous avons mis un terme au traitement en 2006.

Elle m'a recontactée en mars 2009 souffrant d'un nouvel épisode dépressif en lien avec un épuisement professionnel. Je passe sur la période de 2009 à 2012. Depuis 2012, je note que Mme T. _____ se plaint régulièrement de baisse de sa thymie, d'angoisses, de fatigue, de baisse de l'élan vital, de l'estime de soi, voire d'idées suicidaires en lien avec des difficultés dans ses relations sentimentales, familiales ou professionnelles.

Cela l'amène bien souvent à consommer de manière excessive de la nourriture et de l'alcool dans un but de réconfort, consommation qu'elle arrive facilement à réduire dès qu'elle se sent mieux, sauf depuis 2015 où elle recourt de plus en plus à l'alcool pour se détendre, voire anesthésier sa souffrance psychique. Consciente du danger pour sa santé physique et psychique que l'abus d'alcool représente, je lui ai proposé en 2016 déjà un traitement d'aide au contrôle de la consommation, le Selincro, ce qu'elle a refusé, pensant pouvoir contrôler sans aide extérieure. En mai 2018, elle prend contact avec la consultation d'alcoologie du CHUV, mais sans suite. En janvier 2019, elle commence un suivi à cette consultation avec un effet positif sur sa consommation d'alcool. En août 2019, un essai de traitement avec le Selincro ne lui convient pas (céphalées, perte de contrôle émotionnel). Interrompu fin 2019, ce suivi est repris par Mme T. _____ en 2020, dépassée par sa consommation d'alcool dans le contexte du confinement qu'elle a pris très au sérieux en raison de son asthme bronchique. Elle initie un sevrage d'alcool à partir du 5 mai 2020 AVANT D'ÊTRE VUE par le Dr. H. _____. Je m'étonne donc quant cet expert affirme qu'elle a refusé un sevrage. A l'évidence, il n'a pas pris la peine de se renseigner sur les démarches que Mme T. _____ a entreprises de son propre chef pour traiter ce qui est devenu au fil des années une dépendance à l'alcool, secondaire et non PAS PRIMAIRE comme il l'affirme, puisqu'elle est postérieure au premier épisode de son trouble dépressif récurrent, débutant au décès de son compagnon en [...] et pour lequel elle a été suivie par le Dr. [...] (psychothérapie et antidépresseur) de [...] à [...].

Dans mes notes, je trouve mention depuis juillet 2016 d'anhédonie, de fatigue, de baisse de la thymie, d'angoisses, de troubles de la concentration, puis en janvier 2017 du désespoir, des phénomènes de dissociation, d'une baisse marquée de l'estime et de la confiance en soi, des sentiments de culpabilité et des idées suicidaires avec scénario (a même recherché sur Internet des moyens sûrs de se suicider), ce qui contredit les affirmations de l'expert qui parle d'un « trouble dépressif récurrent moyen, puis léger depuis juin 2016 ». J'évoquais d'ailleurs dans mon rapport à l'AI du 5 juin 2017 un état dépressif sévère à ce moment-là. Je l'ai mise au bénéfice d'un arrêt de travail à 100% depuis le 14.12.2016. Dès lors, elle n'a plus repris son travail à 100% jusqu'à son licenciement le 24.03.2017.

En septembre 2017, Mme T. _____ a initié des mesures de réinsertion AI, tout d'abord un bilan de compétences, puis des mesures de réentraînement progressif auprès d'A. _____ dès le 12.1.2018. Ces mesures ont dû être revues à la baisse, car Mme T. _____ n'arrivait pas à assumer 2h/j, 4j/7, comme je le décrivais dans mon courrier à la B. _____, APG, du 2.3.2018 (...*En effet, un aménagement de son temps de **présence** (et non pas de performance) a été rapidement nécessaire en raison de sa grande*

fatigabilité, de son intolérance au bruit, à l'agitation et aux interactions dans l'environnement où elle effectue cette mesure : au lieu de 2h/jour 4 jours/semaine, elle a dû passer à 2h/j 3 jours/semaine du 12.1.2018 au 25.2.2018, puis augmentation progressive à 3h/ jour pendant 3 jours depuis quelques jours...). En avril 2018, elle travaillait 12h/semaine au lieu des 15h hebdomadaires prévues en raison d'une fatigue physique, de pensées mal-structurées et d'une intolérance au stress relationnel induit par les contacts au sein d'A._____. En juillet 2018, Mme T._____ n'arrivait plus à travailler à A._____ en raison d'émotions envahissantes, incontrôlables et informait sa conseillère AI en réadaptation, Mme [...], qu'elle ne pourrait plus gérer des activités diverses, coordonner des gens dans le cadre d'une activité professionnelle. Je lui ai prescrit un anti-psychotique à but d'anxiolyse (quétiapine) tant elle était angoissée avec des idées suicidaires. Le 8 octobre 2018, lors d'une rencontre entre Mme T._____, Mme [...] d'A._____, Mme [...], conseillère AI en réadaptation et moi-même, une amélioration de la fatigabilité et de la stabilité au travail est reconnue, ainsi que de bonnes capacités cognitives, mais aussi une grande sensibilité au contexte de travail. Des mesures d'entraînement progressif au travail sont proposées jusqu'en février 2019 afin d'estimer sa réelle capacité de travail sur le marché du travail. En décembre 2018, un nouveau rendez-vous de réseau dans les locaux d'A._____ a mis en évidence une récurrence de troubles du sommeil avec un risque d'épuisement et la nécessité d'améliorer et stabiliser le sommeil pour stabiliser la capacité de travail, à réévaluer en février 2019.

En février 2019, j'écrivais à Mme [...], dans les suites d'un nouvel entretien de réseau : *«...L'évolution de l'état de santé est favorable avec une nette amélioration de la fatigue et de la fatigabilité, des troubles de la concentration, du cours de la pensée (diffusion, dispersion) et de la mémoire, de la tolérance au stress engendré par le bruit, les relations et les tensions qui peuvent les accompagner, l'organisation et la gestion des tâches qui lui sont demandées...Actuellement, j'estime à 50 % la capacité de travail de Mme T._____ dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles, à savoir une fatigabilité accrue, des troubles de concentration encore présents, une résistance limitée au stress lié aux délais, à la surcharge mentale, aux tensions relationnelles, à la surstimulation (bruit, concentration de personnes dans la même pièce, plusieurs tâches à effectuer en parallèle, etc.). Cette activité devrait donc pouvoir être effectuée en grande majorité dans le calme et en l'absence de sollicitations externes l'interrompant dans sa tâche (travail à domicile ou dans un bureau personnel calme), dans des conditions d'indépendance et d'autonomie, avec le moins de pressions de délai ou de performance possible ».* Cette amélioration n'a pas duré, comme je le mentionne dans mon courrier du 20 décembre 2019 à l'Office AI en annexe, concluant que Mme T._____ n'était plus capable de continuer la mesure de reclassement professionnel, ce dont avait pris acte Mme [...] lors d'une dernière réunion dans les locaux d'A._____ le 9 décembre 2019.

Ainsi, les mesures de réinsertion professionnelles auxquelles Mme T._____ s'est pliée avec beaucoup de bonne volonté, d'investissement, de professionnalisme ont débuté en

février 2017 pour finir en décembre 2019, et pas février 2019 à septembre 2019, comme l'expert l'affirme à la page 24 de son rapport, ce qui tend à minimiser les efforts de Mme T._____ qui souhaitait vivement réintégrer le monde du travail, contrairement à l'affirmation de l'expert comme quoi « ...elle ne souhaite pas travailler à cause de son âge et de sa pause professionnelle qui diminuent ses chances d'insertion professionnelle ». Mme T._____ s'est épuisée à vouloir tenir son engagement auprès d'A._____ et de l'AI, ce qui n'a à aucun moment été cité par l'expert. [...]

Depuis décembre 2019, j'assiste à une dégradation de l'état de santé psychique de Mme T._____. Pendant le semi-confinement, sa thymie a baissé considérablement, elle a eu des crises d'angoisse, même des idées suicidaires à nouveau, elle vaquait à ses activités du quotidien avec difficultés, contrairement aux affirmations répétées du Dr. H._____. Etant quand même plus au calme chez elle pendant le semi-confinement, elle a noté une amélioration de sa fatigue, qui est revenue dès la sortie du semi-confinement, dès qu'elle a été un peu plus active. Le 13 juillet 2020, elle constatait avoir trop fait les 2 dernières semaines (invitation au restaurant pour son anniversaire, promenade, randonnée facile), ce qui a eu comme conséquence de l'obliger à se coucher 4 jours pour récupérer. A la rentrée d'août, elle m'a annoncé que son père devait être opéré en urgence d'un cancer au pancréas. Il est décédé subitement dans les suites post-opératoires le 3 septembre dernier. Depuis, elle mobilise toutes ses forces et ses compétences dans les démarches pour la succession et le soutien à sa mère en EMS. Entre 2 rendez-vous ou démarches, elle doit se coucher. Elle ne dort plus que sur son canapé, mange et boit trop de nouveau, ne fait plus d'activité physique. Elle a recontacté la Dre [...] de la consultation d'alcoologie du CHUV pour avoir son soutien en vue d'un nouveau sevrage d'alcool.

2. En février 2020, dans mon courrier à la Dre [...], du SMR, j'ai posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré (CIM-10 F 33.1), en soulignant que la symptomatologie était proche d'une intensité sévère. Je joins ce rapport où je listais les symptômes, les limitations fonctionnelles, le déroulement d'une journée-type et les rares activités de loisir.

Mme T._____ présente actuellement une thymie abaissée, une fatigabilité importante avec diminution de ses activités qu'elle fait avec difficultés, une diminution du plaisir, des troubles du sommeil, soit des insomnies ou une hypersomnie selon les moments, une augmentation de son appétit. L'estime de soi et la confiance en soi sont abaissées, elle peut par moment se sentir coupable de ne pas faire assez, par exemple actuellement pour sa mère. Elle est agitée, ses propos sont parfois décousus, le focus d'attention n'est pas toujours partagé. Il n'y a pas d'idées suicidaires en ce moment.

Je maintiens le diagnostic F 33.1 en ajoutant celui de trouble de la personnalité borderline F 60.31, déjà mentionné dans mon rapport à l'AI de juin 2017. Ce trouble amplifie les répercussions de l'épisode dépressif par le biais de la difficulté à gérer les relations, les émotions, le sentiment de solitude, la critique et à maintenir une stabilité émotionnelle. S'y ajoute une dépendance alcoolique

secondaire apparue progressivement depuis 2015, sans impact sur sa capacité de travail jusqu'en 2019.

3. Mme T._____ prend la fluoxétine comme traitement antidépresseur depuis 2009. Les dosages ont varié entre 20 mg et 60 mg, selon l'intensité de la symptomatologie. Contrairement à ce qu'affirme l'expert à la page 45, je lui ai régulièrement prescrit du Temesta Exp. 1 mg, du Zolpidem 10 mg, ainsi que de la quétiapine lors de périodes de fortes angoisses et/ou d'insomnie. Le traitement actuel consiste en fluoxétine 40 mg/j depuis février 2020, Temesta Exp 1 mg en réserve, quétiapine 25 mg en réserve et zolpidem en réserve.

Je vois Mme T._____ 1x/semaine depuis l'aggravation de son état de santé en mars 2020, auparavant 2x/mois.

3. Dans l'ensemble, les limitations fonctionnelles d'ordre psychique sont les mêmes que celles décrites dans mon courrier du 10 février 2020. Le décès récent de son père a bien évidemment des conséquences néfastes sur son moral, même si elle a temporairement mis de côté son chagrin pour pouvoir entamer les démarches liées à la succession, chagrin qui est ressorti de plus belle quand elle s'est résolue à le ressentir. La fatigue me semble plus importante qu'en début d'année, ainsi que la difficulté à contrôler ses émotions, à gérer les relations avec autrui, à avoir des idées claires et à sortir de ses ruminations anxieuses.

4. Dans l'activité habituelle de chef de projet, j'estime toujours que son taux de présence est très limité, n'excédant pas 10-20%. Quant au rendement, il peut être au maximum de 80%, mais il chute très vite à 0% après quelques heures en raison de la fatigue physique et psychique.

5. Dans une activité adaptée, un taux de présence de 50% **au plus** me paraît exigible, en raison des limitations fonctionnelles décrites qui vont perdurer, comme c'est bien souvent observable chez des personnes qui ont vécu plusieurs épisodes dépressifs, qui plus est dans un contexte d'épuisement professionnel. Toutefois, ce taux de présence de 50 % au plus n'est envisageable que lorsque Mme T._____ aura eu une période de 1-2 ans de stabilité psychique et émotionnelle après la rémission de son épisode dépressif modéré actuel.

6. Il faut s'attendre à une baisse de rendement, en tout cas par période chez Mme T._____, mais je ne peux pas donner plus de précisions sur le pourcentage ou le début. Par contre, je peux nommer un contexte de difficultés relationnelles avec ses collègues ou supérieurs ou des exigences de délai comme motif de baisse de rendement.

7. J'ai effectivement plusieurs remarques à faire sur le contenu de l'expertise du Dr. H._____.

Tout d'abord, je relève qu'il a insisté sur le fait que Mme T._____ menait ses activités quotidiennes sans difficulté, ce qui n'est pas du tout ce que j'ai constaté. A maintes et maintes reprises, elle m'a dit combien toute activité, y compris celles qui lui faisaient du bien,

comme le Nordic walking, lui coûtait, qu'elle devait évaluer le temps et l'énergie nécessaires pour faire ses courses, son ménage, son administration, qu'elle devait planifier toute activité demandant de sortir de chez elle ou de faire un effort mental ou physique pour avoir l'énergie de la faire ou avoir le temps de récupérer après, sinon elle payait très cher en termes de fatigue tout excès, même minime. Les rendez-vous par télé-médecine ont été maintenus, même après la fin du semi-confinement, pour éviter de dépenser inutilement ses forces dans les trajets. Par ailleurs, toutes les activités décrites, même faites sans difficultés, ce qui n'est pas le cas ici, ne donnent pas d'indications absolues sur la capacité de travail. Je le répète, même si Mme T. _____ était capable de vaquer à ses activités sans difficultés, ce qui est loin d'être le cas, cela ne veut pas encore dire qu'elle serait capable de travailler dans une activité comme celle qu'elle essayait de développer pendant les mesures de réadaptation. C'est une chose de regarder des séries TV, de faire des courses, du nordic walking, de voir sa famille et des amis, c'en est une autre de gérer les délais, des projets, des relations professionnelles, de rédiger des demandes de fonds, etc..

J'ai aussi relevé qu'il passait comme chat sur braises sur les mesures de réadaptation effectuées, surtout leur longueur, l'investissement et le travail accompli par Mme T. _____. J'aurais trouvé intéressant qu'il cite, se renseigne auprès de Mme [...] d'A. _____ qui a suivi ces mesures de près. Mais rien..., comme si Mme T. _____ n'avait pas montré toute sa bonne volonté à mettre à profit une capacité de travail résiduelle. Après avoir pendant près de 2 ans suivi une mesure de réadaptation, on peut comprendre que Mme T. _____ n'en envisage pas de nouvelles, n'ait pas [la] motivation pour une telle démarche et cela non pas parce qu'elle y serait opposée, comme le laisse entendre l'expert à la page 18 ou parce que sa motivation serait nulle (page 47).

Concernant toujours les mesures de réadaptation, je me demande comment cela se fait que l'AI y a consenti pendant près de 2 ans (février 2017-décembre 2019), si Mme T. _____ était vraiment capable de travailler à 100 % depuis juin 2016 comme le prétend l'expert....

L'énoncé du point 3.2.1.3 à la page 27 laisse entendre que Mme T. _____ envisage une rente AI comme un dû et une porte de sortie confortable, alors même qu'elle a démontré une motivation réelle lors des mesures de réadaptation auxquelles j'ai dû mettre un terme avec insistance, car elle ne pouvait s'imaginer ne plus être capable de travailler et recevoir une rente, ce qu'elle vivait comme une humiliation et dévalorisation. Là encore, l'expert aurait été bien avisé de consulter Mme [...] ou Mme [...] qui auraient pu l'éclairer, au lieu de se laisser guider par ce qui semble un à-priori.

Quant aux critères avancés pour dire que l'état dépressif de Mme T. _____ ne peut être que qualifié de léger à la page 28, l'absence d'hospitalisation n'est pas un critère absolu de non-sévérité d'un épisode dépressif, et encore moins de capacité de travail. Des patients déprimés en capacité de travail en-dehors du séjour hospitalier sont hospitalisés et des patients déprimés incapables de travailler sont à domicile.

L'absence de changement d'antidépresseur n'est pas non plus une preuve contre un « trouble dépressif porteur de limitation significatives », d'autant plus que les dosages sanguins étaient dans les normes en 2018 et 2020. Au sujet de la médication antidépressive, j'ai relevé une contradiction dans l'expertise : p. 49, l'expert dit que la compliance a été partielle aux traitements antidépresseurs proposés, alors que les taux sanguins sont dans la norme et qu'il dit à la page 44 que c'est compatible avec une bonne compliance....

A la page 15, il dit que je ne peux pas me prononcer sur la capacité de travail dans mon rapport du 10.2.2020. J'ai beau chercher, je ne vois aucune mention en ce sens dans mon rapport, mais bien la mention que « ...Cette symptomatologie de 2019-2020 est très similaire à celle de 2017 et motive également une incapacité de travail à 100%. »

Je relève aussi à la page 21 que l'expert affirme que Mme T. _____ n'a pas de suivi psychologique...Que pense-t-il que je fais depuis 2009 en tant que psychiatre et psychothérapeute... ? Il est vrai que je ne suis pas psychologue. D'ailleurs, l'atteinte à la santé de Mme T. _____ est sévère pour requérir un traitement **médical** et pas seulement psychologique. De plus, cette affirmation en contredit une autre à la page 19 où l'expert mentionne que Mme fait partie d'un groupe de gestion des émotions, approche psychologique. Je mentionne en passant que cette participation avait cessé au moment de l'expertise et ne peut donc faire partie des ressources actuelles de Mme T. _____.

Il n'a pas non plus fait état des consta[ta]tions du dernier employeur de Mme T. _____ contenues dans son rapport du 20.6.2017 auquel vous avez eu accès par le biais de l'Office AI : problèmes de concentration, de gestion des informations complexes, difficultés à gérer la pression liée à sa fonction, mise en place de mesures d'appui sans succès sur sa capacité à assumer les attentes de l'employeur. Ces observations sont dans la même ligne de ce que je décrivais comme restrictions dans mon rapport AI de juin 2017.

Encore 2 points et je m'arrête là : Mme T. _____ n'a pas d'enfants, donc ne peut avoir du plaisir avec eux et n'a jamais **refusé** de sevrage éthylique.

Peut-être que la longueur du rapport d'expertise et une certaine redondance auront induit l'expert à faire des erreurs ou auront induit quelques-unes des contradictions relevées.

J'espère que ce long rapport a répondu à vos questions et vous donnera des éléments susceptibles d'amener l'Office AI à reconsidérer les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr. H. _____."

Malgré les objections formulées par l'assurée et la Dre G. _____, l'OAI a, par décision 1^{er} décembre 2020, confirmé la teneur de son préavis négatif du 2 septembre 2020.

B. Par acte du 22 janvier 2021, T._____, représentée par Procap, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière lui est allouée « dès décembre 2017 ». Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants. La recourante a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du Dr H._____ du 2 juillet 2020 et son complément du 11 août 2020 en se plaignant, en référence à la jurisprudence fédérale, de considérations juridiques et jurisprudentielles appliquées par cet expert dans le cadre de son évaluation qui devait pourtant se limiter au domaine médical. Elle s'est également plainte d'erreurs affectant cette expertise mises en évidence par sa psychiatre dans son rapport du 8 octobre 2020. Elle contestait en outre la non-prise en compte des avis divergents médicaux au dossier, notamment le rapport d'expertise psychiatrique du 22 janvier 2018 du Dr E._____ mise en œuvre par la B._____. Elle réfutait l'estimation de sa capacité de travail par le Dr H._____ en opposant l'évaluation du 20 décembre 2019 de la Dre G._____ d'une totale incapacité de travail, confirmée par les constatations du bilan de mesure de décembre 2019 d'A._____.

Dans sa réponse du 22 mars 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant du rapport d'expertise psychiatrique et de son complément estimant que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Par réplique du 7 mai 2021, maintenant ses précédentes conclusions, la recourante a indiqué que l'intimé n'apportait aucun élément nouveau et finalement, qu'il n'expliquait pas davantage pour quels motifs il ne tenait pas compte de la première expertise psychiatrique figurant au dossier.

Le 2 juillet 2021, la recourante a produit un rapport du 9 juin 2021, signé de la Dre O. _____, cheffe de la Consultation addictologie au CHUV, mettant en évidence que la consommation d'alcool ne remontait pas à l'adolescence mais était apparue à la suite du décès brutal du premier compagnon de la recourante alors âgée de vingt-six ans, avec une nouvelle aggravation de sa consommation du produit vers quarante-six ans dans un contexte de burn-out, qu'une dépendance à l'alcool pouvait être mise en évidence depuis 2012, avec une nouvelle consommation en hausse en 2015-2016 dans un contexte d'épuisement professionnel, et qu'après une première période de suivi ambulatoire l'assurée avait, de son propre chef, repris la thérapie depuis avril 2020, à une fréquence d'une à deux fois par mois avec un nouveau sevrage ambulatoire accompagné médicalement suivi d'une période d'abstinence de six mois. Malgré le décès de son père en septembre 2020, la recourante avait maintenu son suivi et ne consommait plus d'alcool depuis dix jours. Cette dernière, confirmant ses conclusions, en a déduit une fois de plus que l'instruction du cas était insuffisante et que l'expertise litigieuse n'était pas le reflet de sa situation.

Une copie de cette dernière écriture et de son annexe a été communiquée à l'office intimé le 6 juillet 2021 pour son information.

Le 9 septembre 2021, la recourante a produit une attestation du 13 juillet 2021 du Dr F. _____ mentionnant l'existence d'investigations en cours auprès du [...], lesquelles devaient se terminer à fin 2021, et a requis la suspension de la cause dans cette attente.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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.

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.

b) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit

également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5. 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 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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

6. a) En l'occurrence, l'intimé a constaté, en se basant sur le rapport d'expertise du Dr H. _____ du 2 juillet 2020 et son complément du 11 août 2020 que, du point de vue psychiatrique, la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. Cette dernière était en effet apte à exercer son activité habituelle à plein temps

de son taux contractuel (pour rappel, cheffe de projet au taux de 90 %). L'OAI a néanmoins admis que la recourante avait présenté une incapacité de travail (et de gain) totale dans toute activité du mois de mai 2017 à avril 2018 en raison du cancer du sein. L'incapacité de travail et de gain de l'intéressée n'ayant pas duré une année au minimum, l'OAI a, partant, nié tout droit à une rente d'invalidité en sa faveur.

Ne partageant pas ce point de vue, la recourante conteste la pleine capacité de travail retenue en opposant les avis des Drs E. _____ et G. _____ sur la question, dont elle précise, pour l'avis de la psychiatre, qu'il est confirmé par le dernier bilan de mesure d'A. _____. Elle critique en particulier le bien-fondé des constatations du Dr H. _____, estimant que celles-ci, outre certaines erreurs, sont empreintes de considérations juridiques et jurisprudentielles émises par cet expert psychiatre.

b) En l'espèce, l'expert psychiatre H. _____ n'a pas retenu de diagnostic incapacitant « tenant compte de la jurisprudence de novembre 2017 en vigueur depuis juin 2016 au présent ». Il a uniquement diagnostiqué un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique puis léger depuis juin 2016 dans le contexte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante, d'une dépendance éthylique et d'une phobie sociale, étant précisé que le descriptif de la journée-type (cf. rapport d'expertise pp. 26 et 27) ainsi que les limitations fonctionnelles (cf. rapport d'expertise pp. 30 et 31) confirmaient cette appréciation. Au jour de son examen, cet expert a retenu de bonnes ressources, l'assurée parvenant à gérer son quotidien sans difficultés d'un point de vue psychiatrique, à avoir une vie sociale réduite mais sans un isolement total, à partir en vacances, etc. Il a constaté une « évolution globalement stationnaire depuis juin 2016 au présent », avec un suivi psychothérapeutique adéquat, sans prise en charge de la dépendance éthylique, ainsi qu'une bonne compliance à la Fluoxétine®. L'expert a conclu que, d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée était de 100 %, sans diminution de rendement depuis le mois de juin 2016, dans toute activité, y compris celle habituelle de cheffe de

projet. La situation devait toutefois être réévaluée dans le délai d'une année.

Les conclusions de cet expert s'opposent à celles du médecin psychiatre traitant (rapports des 20 décembre 2019, 10 février et 8 octobre 2020 de la Dre G. _____) et du Dr E. _____, également auteur d'une expertise psychiatrique requise par l'assurance perte de gain maladie (rapport d'expertise du 22 janvier 2018).

Tout d'abord, il convient de constater que l'expert psychiatre H. _____ retient un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique puis léger depuis juin 2016, coté F33.11/F33.0 selon la CIM-10 (Classification internationale des maladies dans sa 10^{ème} version). Il objective une évolution globalement stationnaire depuis lors avec un traitement antidépresseur bien dosé au jour de l'expertise ainsi qu'un suivi psychiatrique adéquat, et sans sevrage éthylique. Or on mentionne d'emblée qu'un tel diagnostic, respectivement son évolution au cours du temps, ne manque pas de surprendre en présence d'un diagnostic de carcinome mammaire droit et son traitement au printemps 2017. A cela s'ajoute que l'on ne distingue pas les éléments anamnestiques qui permettent à l'expert de qualifier l'épisode dépressif de moyen jusqu'en juin 2016 et de léger depuis lors. De l'avis de son psychiatre traitant, l'état de santé de l'assurée s'est au contraire détérioré depuis cette période. Dans sa conclusion en relation avec la dépendance éthylique, l'expert observe qu'après l'augmentation de la consommation d'alcool en juin 2016, on constate une aggravation thymique dans le sens d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (p. 34). L'expert ne fournit cependant aucune explication permettant de comprendre sur quels éléments il se fonde pour finalement retenir un trouble dépressif récurrent de gravité légère depuis juin 2016, en particulier sans expliquer les motifs pour lesquels il ne retient pas l'aggravation de la dépression telle qu'alléguée par le médecin traitant en lien avec l'atteinte somatique. Du reste, l'anamnèse rapportée par l'expert est affectée de plusieurs erreurs comme l'ont observé avec raison tant la recourante le 2 septembre 2020 que sa psychiatre dans son rapport du 8 octobre 2020 (cf. point 7).

aa) En l'espèce, l'estimation de la capacité de travail de l'assurée par l'expert psychiatre se base sur le degré de gravité fonctionnelle qu'il estime être insignifiant. Il souligne en ce sens l'absence d'hospitalisation en psychiatrie, de modification du traitement psychotrope ainsi que le fait que l'assurée est autonome dans ses tâches quotidiennes et qu'elle présente une dépendance éthylique primaire non traitée.

Or dans son rapport du 8 octobre 2020, la Dre G. _____ observe à juste titre qu'une hospitalisation n'est pas un critère absolu de la sévérité d'un trouble dépressif, et encore moins déterminant la capacité de travail. La psychiatre traitant rappelle du reste que le traitement psychotrope a en réalité été adapté à l'évolution de la symptomatologie (Fluoxétine® variant entre 20 mg et 60 mg, selon l'intensité des symptômes, avec la prescription régulière du Temesta® Exp. 1 mg, du Zolpidem® 10 mg, ainsi que de la Quiétapine® lors de périodes de fortes angoisses et/ou d'insomnies) et qu'il consiste actuellement en Fluoxétine® 40 mg par jour depuis février 2020, Temesta® Exp. 1 mg en réserve, Quiétapine® 25 mg en réserve et Zolpidem® 10 mg en réserve. A côté de son traitement médicamenteux, l'assurée consulte sa psychiatre, en télé-médecine même après la fin du semi-confinement afin de lui éviter de dépenser inutilement ses forces dans les trajets, à la fréquence d'une fois par semaine depuis la dernière aggravation de son état de santé en mars 2020 (auparavant deux séances par mois). La dépendance éthylique est quant à elle présente de manière excessive chez l'assurée de longue date, soit après les premiers épisodes dépressifs ; aux dires de sa psychiatre, depuis 2015, l'intéressée recourt « de plus en plus à l'alcool pour se détendre, voire anesthésier sa souffrance psychique ». Consciente du danger pour sa santé, elle avait débuté un suivi en janvier 2019 auprès du service spécialisé du CHUV avec un effet positif sur sa consommation d'alcool. En août 2019, un essai de traitement par Selincro® n'avait pas convenu. Après une interruption de suivi à la fin 2019, l'assurée a reconsulté auprès du CHUV en 2020, dépassée par sa consommation d'alcool dans le contexte du confinement.

Elle avait ainsi initié un sevrage d'alcool dès le 5 mai 2020, soit avant les examens des 22 et 29 juin 2020 de l'expert psychiatre. Par ailleurs, depuis le décès de son père le 3 septembre 2020, sa consommation d'alcool a augmenté et elle a besoin de soutien de la part de son médecin référent au CHUV.

La journée-type de l'assurée telle que décrite dans le rapport du 10 février 2020 de la Dre G. _____ (« Réveil à 4 h du matin, sans réendormissement possible. Epuisée et déprimée, se lève entre 7h et 8h, prend 2-3 cafés pour se stimuler, mais n'arrive pas à se mettre à ses tâches [activité physique, ménage, administration ou rencontres avec des amis] que vers 10 h 30-11 h 00. Dès 15 h 00, se sent fatiguée et n'a plus l'énergie de faire quoi que ce soit dès 17 h 00. Elle mange et boit en début de soirée et attend de se coucher vers 22 h 00-22 h 30 en lisant ou regardant des séries TV sur son canapé »), corroborée par l'intéressée dans ses lignes du 2 septembre 2020 (où elle indique éviter la foule, les sorties, les relations, le sport, avec l'impossibilité de tenir son ménage et de s'alimenter correctement), ne correspond pas au descriptif mentionné par l'expert (« L'assurée se réveille vers 06h30 elle prend le petit déjeuner, puis elle lit les actualités sur son téléphone. Durant la journée, l'expertisée regarde des séries à la télévision, elle lit des livres, elle écoute de la musique et elle fait du nordic walking afin de se calmer. Elle réalise les tâches quotidiennes sans aide, elle fait le ménage et les courses, elle s'occupe de son chat et de son jardin, elle prépare les repas et elle gère ses démarches administratives toute seule sans difficultés. Elle se promène seule ou avec des amis sans difficultés »). De telles difficultés ont également été retrouvées dans un contexte de réinsertion professionnelle (bilans de mesures des 29 mai 2018 et 30 décembre 2019 d'A. _____). L'expert psychiatre se limite pour sa part à lister les activités de l'assurée (« elle gère seule son quotidien sans difficultés, fait les courses, le ménage, s'occupe seule adéquatement de son administratif, fait de la lecture, se promène, part en vacances, conduit la voiture sans troubles de la concentration objectivables, elle pratique du nordic walking, etc), mais sans d'une part en préciser leurs modalités (à titre d'exemple, selon ses explications du 2 septembre 2020, l'intéressée n'est partie

qu'une seule fois entre 2017 et 2020, soit pendant huit jours en juin 2019 avec une amie dans le Sud de la France) et, d'autre part, sans en faire la comparaison avec celles, multiples, exercées avant l'atteinte à la santé datant de juin 2016, étant entendu que, depuis lors, seule subsiste l'activité de nordic walking, pratiquée entre une et trois fois par semaine, et à visée thérapeutique, par le biais d'une aide de gestion du stress.

bb) S'agissant des ressources de l'assurée tirées du contexte social, l'expert les qualifie de bonnes en les reliant au fait que l'intéressée gère seule ses activités. Il écrit à ce propos qu'« au moment de l'expertise l'assurée garde de[s] capacités et ressources personnelles, car elle arrive à garder de bonnes relations avec quelques membres de sa famille et avec plusieurs amis qu'elle fréquente. Donc nous ne retenons pas d'isolement social total, mais partiel depuis juin 2016 au présent ». De son côté, la psychiatre de la recourante précise que celle-ci n'a que très peu d'activités sociales et qu'elle est isolée, mis à part le contact avec ses parents âgés ainsi qu'une amie une fois par semaine en journée et une à deux fois par mois le soir. De ce dernier descriptif, et dans le contexte d'une activité quotidienne restreinte de manière importante depuis l'atteinte à la santé, l'avis de l'expert n'emporte pas la conviction.

cc) En termes de cohérence, l'expert écrit à ce propos que « nous avons objectivé une cohérence faible entre certaines plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue subjective et le constat objectif ou des plaintes subjectives, s'inscrivant dans un contexte de trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante avec des bénéfices primaires et des bénéfices secondaires clairement exprimés », avec la précision que la motivation de l'assurée pour une réadaptation professionnelle serait nulle. En présence d'éléments objectifs sur le plan médical (status, anamnèse et traitement, etc.) en lien avec l'évolution de l'état psychique qui s'avère cohérente au regard de l'ensemble des événements vécus par l'assurée (difficultés observée dans le dernier emploi conduisant au licenciement, cancer, mesures de réinsertion et de reclassement mises en échec par l'état de santé défaillant, et récemment le décès du père), la Dre G. _____ a, en

opposition à l'expert, listé des limitations fonctionnelles (pour rappel, une baisse marquée de l'élan vital, des angoisses, des troubles de la concentration ainsi qu'une tolérance très abaissée au stress, en particulier relationnel et émotionnel) pour son évaluation de la capacité de travail résiduelle. Dans le cadre de son analyse, l'expert n'évoque ni la période du cancer, en particulier l'éventuelle résistance au traitement, ni les remarques du dernier employeur de l'assurée, et encore moins celles issues des différentes mesures exécutées sans succès durant plus de deux ans auprès d'A._____ indépendamment du bon vouloir de l'intéressée mais définitivement interrompues sur avis de sa psychiatre. En l'absence d'une analyse en termes de cohérence tenant compte de l'ensemble des éléments pertinents, l'évaluation de l'expert n'emporte à nouveau pas la conviction.

dd) Dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2020, le Dr H._____ a notamment écrit que « les indices jurisprudentiels de gravité de novembre 2017 pour les troubles dépressifs récurrents légers, qui sont les mêmes que pour les troubles dépressifs moyens que ceux de la jurisprudence de juillet 2019 pour la dépendance éthylique ne sont pas remplis depuis juin 2016 au présent » et que « en conclusion, les indices jurisprudentiels pour un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et ensuite léger ne sont pas remplis depuis juin 2016 au présent dans le contexte d'un trouble de la personnalité non décompensé ». Dans son complément d'expertise du 11 août 2020, en réponse aux questions complémentaires du SMR, l'expert psychiatre se livre à une appréciation juridique du cas, déplorant l'absence de discussion des « indices jurisprudentiels de gravité » par le premier expert mandaté par l'assurance perte de gain. Or il appartient en réalité aux médecins d'évaluer l'état de santé d'un assuré, c'est-à-dire de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics. En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais

consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit, soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige, de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. En particulier, l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle libre par les organes chargés de l'application du droit, en l'occurrence selon les critères de l'ATF 141 V 281, dont les principes ont ultérieurement été étendus à l'ensemble des troubles psychiques ou psychosomatiques (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 et les références citées). Aussi, il n'incombait pas à l'expert mis en œuvre par l'OAI de livrer son appréciation juridique du cas donné. En particulier selon une jurisprudence constante sur ce point, l'appréciation juridique d'un cas ne relève pas de la compétence d'un expert médical. Une telle appréciation par l'expert est susceptible de réduire la valeur probante de ses conclusions, car elle est le signe que l'expert, tenu d'être impartial, outrepassé ses compétences et donne l'impression de méconnaître les limites de son mandat (TF 8C_487/2020 du 3 novembre 2020 consid. 6.2 et les références citées).

c) Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr H. _____ et son complément ne sauraient se voir reconnaître une valeur probante (cf. consid. 5b supra) en raison de leur contenu qui, outre des considérations juridiques, comporte diverses erreurs qui ont été relevées, à juste titre, tant par la recourante en page 5 dans son courrier du 2 septembre 2020 que par la Dre G. _____ aux termes de son rapport du 8 octobre 2020 (cf. point 7), erreurs significatives d'un manque de rigueur. A cela s'ajoute que l'expert fonde régulièrement son appréciation, que ce soit en matière d'analyse du degré de gravité fonctionnelle (p. 46), de la cohérence et de la plausibilité (p. 49) sur le descriptif des caractères d'une journée-type, dont il apparaît qu'elle est réfutée, respectivement nuancée, par la recourante et sa psychiatre. Enfin, l'expert considère que les comorbidités que sont notamment le trouble de la personnalité et la dépendance à l'alcool, n'entraînent pas de limitations fonctionnelles significatives selon

les activités possibles durant une journée-type (p. 47). Cette conclusion relève de l'affirmation péremptoire et non de l'argumentation attendue d'un expert, sans compter encore qu'il se prononce sur l'influence de comorbidités sur la base d'une journée-type de la recourante, actuellement sans emploi, et non sous l'angle d'une potentielle activité professionnelle.

Cela étant, l'OAI n'était pas fondé à constater dans sa décision que, du point de vue psychiatrique, la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante.

d) De leur côté, les autres appréciations médicales au dossier, en l'occurrence le rapport d'expertise psychiatrique du 22 janvier 2018 du Dr E. _____ et les rapports successifs de la Dre G. _____ ne permettent pas non plus d'apprécier la capacité de travail de la recourante.

L'expertise du Dr E. _____ a été rendue en cours d'exécution de la mesure auprès d'A. _____, débutée le 12 janvier 2018 qui a finalement dû être interrompue définitivement par l'OAI au 10 décembre 2019 compte tenu de l'état d'épuisement de l'assurée attesté dès le 2 décembre 2019 par sa psychiatre. Dans de telles circonstances, le pronostic de l'expert E. _____ se fondant sur des éléments anamnestiques incomplets est incertain avec pour corollaire que la conclusion du retour à une capacité de travail entière le 1^{er} août 2018 « au plus tard » dans toute activité relève du simple postulat.

En ce qui concerne l'appréciation de la Dre G. _____, l'empathie de celle-ci à l'égard de sa patiente ressort à l'évidence des pièces au dossier, en particulier de son intervention dans le cadre de la mesure auprès d'A. _____. C'est en effet le lieu de rappeler que, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les

références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). On ne saurait donc non plus se rallier à cette estimation de la capacité de travail de la recourante sans autre complément d'instruction.

e) Au vu des pièces actuelles au dossier, l'instruction s'avère lacunaire sur l'évaluation de l'état de santé psychique de l'assurée, respectivement son évolution depuis le mois de juin 2016, mais encore les éléments recueillis sont insuffisants pour se prononcer, sans autre complément d'instruction, sur la capacité de travail de l'intéressée à l'aune de la jurisprudence actuelle (ATF 141 V 281 et 143 V 418 consid. 6 - 7). Les faits pertinents n'ont ainsi pas été constatés de manière complète. Compte tenu de ces carences, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA qui devra satisfaire en particulier aux standards requis par la jurisprudence en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles psychiques, avant de statuer sur le droit aux prestations.

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

Le sort du recours rend sans objet la requête de suspension de cause du 9 septembre 2021.

b) 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 l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat du service juridique d'un organisme d'utilité publique, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire, il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle elle a droit à 2'000 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 1^{er} décembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 T._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :

