

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juillet 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Neu et Mme Brélaz-Braillard, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 28 LAI et art. 43 LPGA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 197[...], assistante médicale de formation, a travaillé dans cette fonction depuis 199[...], en dernier lieu dans le cabinet médical du Dr J._____. L'intéressée est mère de deux enfants, dont l'un est atteint de [...] et dispose d'une faible autonomie pour les actes de la vie quotidienne.

Le 6 novembre 2019, le Dr J._____ a licencié l'assurée pour le 30 novembre 2019.

Selon un rapport du 13 novembre 2019 du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au médecin-conseil de B._____ SA, assureur perte de gain du Dr J._____, l'assurée a bénéficié d'un suivi du mois de novembre 2014 au 19 novembre 2019. Ce psychiatre a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 33.10), et d'accentuation des traits de la personnalité (Z 73.1), pour lesquels il a prescrit du citalopram, puis de la venlafaxine, ainsi que du xanax. Le Dr C._____ a attesté une incapacité de travail totale à compter du 9 septembre 2019. Dans un courrier du 19 décembre 2019, le Dr C._____ a indiqué qu'il ne suivait plus l'assurée.

Dans un rapport du 17 février 2020 adressé au médecin-conseil de B._____ SA, la Dre D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consultée à la suite du Dr C._____, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive (F 43.23). La nouvelle psychiatre traitante a indiqué qu'une reprise n'était pas envisageable en l'état et qu'il convenait de réévaluer la situation dans trois mois.

Le 21 février 2020, l'assurée a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a indiqué qu'elle se trouvait en incapacité de travail totale depuis le

6 septembre 2019 en raison de symptômes dépressifs et de troubles du sommeil.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli le dossier de B._____ SA le 27 avril 2020 (il sera mis à jour le 28 août 2020).

Dans un rapport du 12 juin 2020 adressé au médecin-conseil de B._____ SA, la Dre D._____ a fait mention d'une dysthymie (F34.1). Un traitement de venlafaxine et de mélatonine est mentionné. Elle a indiqué qu'une reprise n'était pas envisageable en l'état et qu'il convenait de réévaluer la situation dans trois mois.

B._____ SA a mandaté le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin de réaliser une expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 6 août 2020, ce médecin a posé le diagnostic de simulation (Z 76.5), avec pour corollaire que la capacité de travail était entière. Il a expliqué ce qui suit s'agissant du diagnostic (p. 11) :

« Au terme de notre examen, nous retenons une simulation (Z76.5), ce qui ne caractérise pas un diagnostic mais un comportement conscient et volontaire visant à l'obtention de bénéfices secondaires. Un diagnostic différentiel de pathomimie, ou syndrome de Münchhausen, est écarté dans la mesure où cette simulation n'est pas motivée par une recherche pathologique et plus ou moins consciente d'un statut de malade. Cette hypothèse est exclue devant l'absence de nomadisme médical - le récent changement de psychiatre étant lié au refus de prolonger l'arrêt de travail - ou de sollicitation accrue de l'entourage.

L'absence de symptomatologie objectivable, les incohérences dans le discours et les signes d'inauthenticité précédemment évoqués ne permettent pas d'accorder de la crédibilité aux propos de l'intéressée quand elle évoque une altération franche de son humeur, de son énergie et de ses intérêts et plaisirs. En l'absence de ces trois symptômes cardinaux de la dépression, un diagnostic d'épisode dépressif, même léger, ne peut être retenu.

Il est possible que l'intéressée présente une légère tristesse, qui dans ces conditions d'examen serait impossible à diagnostiquer tant elle serait surchargée de symptômes inauthentiques. Le cas échéant, il ne serait pas vraisemblable que cette altération thymique légère et isolée puisse satisfaire les critères d'un diagnostic selon une classification reconnue.

En outre, l'hypothèse d'une atteinte à la santé initiale, telle un trouble de l'adaptation ou un épisode dépressif, reste une possibilité théorique bien que les demandes d'arrêt de travail apparaissent davantage opportunes dans cette situation d'insatisfaction au travail. Le cas échéant, une telle atteinte serait aujourd'hui en rémission complète. Il faut noter, en outre, la contradiction manifeste de sa psychiatre précédente qui dans son deuxième rapport médical retient un diagnostic de dysthymie - soit une atteinte thymique légère et insuffisante pour retenir un épisode dépressif - tout en continuant à attester une incapacité de travail de 100 % et en proposant de la réévaluer trois mois plus tard. Un tel degré d'incapacité de travail et un pronostic aussi peu favorable n'apparaissent pas cohérents avec ce diagnostic.

Enfin, nous ne retenons pas l'hypothèse d'un trouble de la personnalité - notamment paranoïaque ou émotionnellement labile - pour expliquer l'apparente répétition de problèmes relationnels durant le parcours professionnel. Le récit, en effet, témoigne davantage d'une attitude caractérialle, sur laquelle l'intéressée peut exercer une modération, que d'une dysrégulation émotionnelle ou d'interprétations de malveillance à son encontre. »

Le 20 août 2020, B. _____ SA a indiqué à l'assurée que, sans remettre en cause l'avis de l'expert, elle verserait les indemnités journalières à 100 % jusqu'au 31 août 2020, puis à 50 % jusqu'au 30 septembre 2020, date à laquelle elle mettrait fin à ses prestations.

Dans un rapport du 20 août 2020 à l'OAI, la Dre D. _____ a fait état d'un traitement du 21 novembre 2019 au 7 juillet 2020 et posé les diagnostics suivants : épisode dépressif sévère (F32.2) ; trouble anxieux non spécifié (F41.9) ; suspicion phobie sociale - anxiété de performance (F40.1). Elle a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 31 juillet 2020, précisant ne plus être consultée depuis le 7 juillet 2020. Elle a décrit la situation et les symptômes médicaux présentés par sa patiente en ces termes :

« La patiente présente une humeur abaissée, un ralentissement psychomoteur, une hypersensibilité au stress, une fatigabilité accrue, de l'insomnie chronique, une faible estime d'elle (présence de nombreuses autocritiques et dévalorisations), des ruminations anxieuses, de l'irritabilité. Elle peut être désorientée dans l'espace, ne sachant plus dans quel endroit elle doit se rendre, ni dans le temps (difficultés à gérer les horaires). Présence de trouble de la mémoire, de difficultés d'attention et de concentration. Elle perd le cours de ses pensées. Un dysfonctionnement exécutif semble présent, notamment des difficultés dans la planification et

l'organisation. Elle se disperse dans les tâches administratives ou les repousse (elle est en difficulté pour les réaliser sans aide). Difficultés à gérer beaucoup d'informations. Le discours est cohérent mais elle doit souvent chercher ses mots, ce qui ralentit son discours. Présence d'idéations suicidaires, sans passage à l'acte. »

L'assurée a ensuite été suivie au cabinet de la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par le Dr A._____, médecin-assistant, qui a attesté, le 20 juillet 2020, d'un arrêt de travail à 100 % du 1^{er} au 30 août 2020.

Par projet de décision du 2 septembre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, faute d'atteinte incapacitante.

Représentée par I.____ SA, l'assurée a contesté ce projet de décision par courrier du 25 septembre 2020.

Dans un rapport du 10 novembre 2020 adressé à B.____ SA, la Dre F.____ et le Dr A.____ ont fait état d'un test de Hamilton (HAM-D17) à 23 points et, à la suite d'examens neuropsychologiques réalisés par la neuropsychologue L.____ (cf. rapport du 15 septembre 2020), d'un trouble neuropsychologique de degré de gravité léger à moyen compatible avec une étiologie thymique dont le tableau clinique était de nature à impacter de manière significative la capacité fonctionnelle dans le travail ou lors des tâches et activités requérant un niveau d'exigence élevé. Ils ont estimé que, du point de vue strictement neuropsychologique, la capacité de travail était diminuée de 30 à 50 %.

Les résultats des tests neuropsychologiques sont annexés au rapport du 15 septembre 2020 de L.____. Du tableau de synthèse, il ressortait que toutes les fonctions testées étaient dans la norme ou préservées, à l'exception de certaines sous-fonctions à la limite inférieure de la norme, soit l'inhibition dans les fonctions exécutives ainsi que l'alerte et la vitesse de traitement sélective dans la fonction attention. Celle-ci était néanmoins qualifiée de perturbée sur le plan clinique, ce en raison de la mention de fatigabilité, nausées et céphalées.

I. _____ SA a produit un second rapport, daté du 18 octobre 2020, de la Dre F. _____ et du Dr A. _____ dont on extrait ce qui suit :

« EXAMEN MENTAL

tenue correcte, hygiène corporelle et vestimentaire sans problème

pas de problème de la marche

posture la patiente est voûtée, un peu repliée, position d'une personne craintive et anxieuse ou timide

attitude : collaborante

discours : ralenti, avec courtes pauses liées à la réflexion et à l'incertitude

pensées au cours cohérent ; le thème porte sur ses difficultés sociales et professionnelles, les frustrations de sa vie et ses difficultés relationnelles avec son fils (...) et sa fille (...).

humeur triste exprimée dans sa gestuelle ralentie, sa posture et son discours

anhédonie, abattement, asthénie et avolition

sommeil : la patiente déclare des ruminations, des réveils fréquents et un sommeil non réparateur

alimentation rien à signaler

comportement : ralentissement psychomoteur traduit dans ses gestes, sa démarche, son discours et ses fonctions cognitives

Sur le plan de la personnalité, la patiente présente une très faible estime d'elle-même, ce qui peut ralentir l'évolution et la rémission d'une récurrence de dépression.

(...)

PRONOSTIC

L'humeur dépressive, l'abattement, l'asthénie, la structure de personnalité, l'anxiété, les sentiments d'incapacités professionnelles et maternelles entraînent des troubles et des ralentissements dans la cognition et la vie quotidienne. La structure névrotique et la mésestime de soi nuisent aux performances cognitives et ralentissent actuellement la rémission de l'état dépressif. Il faut permettre à la patiente, et aux mécanismes d'adaptation, actuellement défailants de retrouver une assise moins instable grâce à une (re)structuration de l'estime de soi

La patiente acquiert de l'insight. Elle désire progresser avec la nécessité d'un support et, mieux d'un soutien socio-professionnel .

Elle désirerait un travail à temps partiel et pourrait s'orienter dans une activité de type accueil en institution, EMS où les contacts humains sont présents. »

L'OAI a soumis le dossier à son Service médical régional (ci-après : le SMR). Dans un avis du 21 mai 2021, la Dre H._____, médecin au SMR, s'est prononcée en ces termes :

« Nous avons reçu l'examen neuropsychologique de L._____ du 15.09.2020 qui est dans l'ensemble très rassurant, avec une majorité d'observation dans la norme ou préservé pour ce qui est des tests objectifs mais une attention estimée perturbée, la patiente se plaignant de fatigue, nausée et céphalées en fin d'examen ; on peut retenir une perturbation neuropsychologique de gravité tout au plus légère en s'appuyant sur le résultat des tests.

Le rapport de la Dresse F._____ du 18.10.2020 s'appuie essentiellement sur les dires de l'assurée et manque d'éléments objectifs comme un status clinique, une description de la vie quotidienne ou du fonctionnement général de l'assurée.

Discussion : force est de reconnaître que l'évaluation du Dr E._____ repose sur une analyse plus fouillée et argumentée que le simple report des plaintes de l'assurée. Le rapport neuropsychologique de la L._____ confirme l'analyse du Dr E._____ puisque la batterie de tests passés par l'assurée ne confirme pas les troubles cognitifs avancés par l'assurée et seule l'évaluation clinique (soit s'appuyant sur les plaintes et le comportement de l'assurée) reconnaît une fatigabilité en fin de séance ; les rapports de la psychiatre actuelle ne permettent pas de retrouver des éléments cliniques objectifs soutenant son appréciation. Les conclusions de l'expertise sont donc retenues. »

Par décision du 25 mai 2021, assortie d'une motivation séparée du même jour, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI. Il a retenu que les éléments apportés lors de la procédure d'audition n'apportaient pas d'élément susceptible de remettre en cause le bien-fondé de sa position.

B. Par acte du 21 juin 2021, R._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 25 mai 2021, concluant implicitement à son annulation et au renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire. En substance, elle conteste l'évaluation médicale de l'OAI. Elle produit un rapport du 21 juin 2021 de son nouveau psychiatre traitant, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'une incapacité de travail partielle « *fluctuant entre 40 et 50 %* ».

Par réponse du 19 août 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant notamment à l'avis SMR du 21 mai 2021.

Répliquant le 1^{er} octobre 2021, la recourante a produit un second rapport du Dr G._____, daté du 21 septembre 2021. Ce médecin a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, symptomatologie actuelle d'intensité moyenne (F33.1), compliqué par une personnalité dépendante (F60.7). Il a fait état de ce qui suit :

« Sur la situation clinique de R._____

Depuis l'initiation du traitement à ma consultation, R._____ présente une symptomatologie dépressive d'intensité fluctuante à laquelle s'associe une nette anxiété. On retrouve en outre un sévère état d'épuisement, en lien avec la lourde prise en charge de son fils majeur qui souffre d'une maladie neurologique dégénérative et qui sollicite sa présence de façon presque continue. Cet état d'épuisement s'est péjoré durant toute la pandémie COVID-19, dans la mesure où le fils de R._____ ne fréquentait plus l'atelier auquel il participe (semi-confinement et fermeture préventive du lieu). R._____ s'est donc retrouvée seule à le prendre en charge. Le père biologique est désinvesti.

Un projet d'émancipation du fils qui devrait prochainement quitter le foyer pour un appartement protégé est à la fois un immense soulagement pour R._____ mais également un crève-cœur insupportable qui ravive les enjeux autour du sentiment d'abandon.

Dans ce contexte, j'atteste une incapacité de travail partielle fluctuant entre 40 et 50 % d'incapacité (par rapport à un 100%) depuis le début du suivi. A ma connaissance, une incapacité de travail complète a été attestée depuis le 9 septembre 2019 par le médecin psychiatre précédent, qui a, dès septembre 2020 attesté une incapacité de travail à 50% jusqu'à la reprise du suivi à ma consultation. R._____ a assumé une activité d'animatrice au sein d'un EMS dans le cadre d'un contrat à durée déterminée de mars à fin juin 2021. D'abord à 60% puis à 40%, au vu de son état de santé. (Son CDD a été modifié d'un commun accord dans un second temps). R._____ est inscrite au chômage avec une incapacité de travail de 50 %. Depuis le 16 ct, j'atteste une incapacité de travail complète, eu égard à une intensification de la symptomatologie.

A mon sens les limitations fonctionnelles présentes depuis le début du traitement à ma consultation sont les suivantes :

- Capacité de résistance au stress réduite. Le stress est source d'anxiété majeure.
- Anxiété envahissante (débordement émotionnel) impactant les capacités cognitives et conduisant à une diminution de l'attention, des difficultés de mémorisation/compréhension ainsi qu'une perte de ses moyens. A noter que les difficultés cognitives sont quasiment absentes lors des exercices réalisés

au sein de la U._____. A mon sens cela s'explique par le fait que R._____ ne souffre pas d'une atteinte cérébrale organique mais que ces difficultés cognitives sont l'expression du débordement émotionnel en situation réelle. Dans ces situations les difficultés concentrationnelles, ainsi que les oublis (altération de la mémoire de travail) sont éprouvés et observés.

- Les éléments susmentionnés conduisent à un risque accru d'erreur.
- Des fluctuations thymiques qui impactent sa capacité à se projeter dans l'avenir avec une anticipation anxieuse par rapport au futur.
- Diminution de la résistance psychique (endurance) avec un état d'épuisement physique. La difficulté à gérer des doubles tâches dans le cadre de l'activité professionnelle mais également dans la vie privée.
- Une irritabilité marquée (réactivité de l'humeur) expression de l'épuisement actuel.
- Une mauvaise image de soi/des doutes marqués concernant ses compétences, qui limitent à priori l'élan pour s'impliquer dans une activité. R._____ a besoin d'avoir quelqu'un sur qui s'appuyer. Bien entourée et dans un milieu bienveillant, R._____ parvient cependant à s'investir convenablement.

Sur le traitement médicamenteux et l'implication de R._____

R._____ prend un traitement antidépresseur (fluoxétine 20 puis 40 mg 1x/j) que nous avons récemment modifié (en raison d'effets indésirables) pour la sertraline 50 mg, en cours de majoration. Elle prend également un traitement tranquillisant (alprazolam 0.5 mg, 2 à 3 comprimés par jour) pour contenir les fluctuations anxieuses.

R._____ est ponctuelle pour les rendez-vous, auxquels elle participe activement.

J'ai retenu l'indication à la réalisation d'un séjour dans une structure psychiatrique déjà courant juillet, tant les symptômes étaient intenses. Ce projet était presque inimaginable pour R._____ qui ne pouvait envisager de laisser son fils. A l'heure actuelle, la situation est telle que nous sommes en train d'organiser une admission à la Clinique W._____, établissement de soins psychiatriques à [...]. R._____ sera admise dès le 8 octobre prochain. »

Dupliquant le 21 octobre 2021, l'intimé a maintenu sa position, estimant que l'évolution de l'état de santé de la recourante intervenue après la décision entreprise n'avait pas à être examinée. Il produit un avis SMR de la Dre H._____ du 14 octobre 2021 qui a fait part de son appréciation en ces termes :

« Nos conclusions médicales s'appuient sur l'expertise du Dr E._____ dont le point fort réside avant tout en les éléments factuels et objectivables qu'elle contient, alors que les rapports des psychiatres traitants se faisaient le recueil des plaintes de l'assurée

et contenaient d'importantes incohérences notamment entre les diagnostics retenus et les incapacités de travail en découlant, comme le relève également le Dr G._____. Ces incohérences trouvaient un écho dans le diagnostic de dépression sévère des Dr A._____ et F._____ et les conclusions de l'examen neuropsychologique de L._____ en septembre 2020.

Les éléments amenés par le Dr G._____, (4ème psychiatre traitant impliqué dans le dossier de notre assurée depuis 2019) ne permettent pas de lever ces incohérences : le Dr G._____ amène maintenant un diagnostic de personnalité dépendante que n'aurait pas envisager le Dr E._____ : à la relecture de l'expertise, il paraît assez clair que ce diagnostic ne pouvait être retenu dans les diagnostics différentiels de trouble de la personnalité : en effet rien dans son rapport n'évoque de telles difficultés. Par ailleurs, l'assurée ne semble pas présenter de grandes difficultés pour changer de thérapeutes ou d'employeurs lors de désaccords ce qui semble peu compatible avec une personne ayant des difficultés à prendre des décisions ou soumettant ses besoins à ceux d'autrui. Si elle présentait des traits de personnalité pathologique, ces derniers ne l'ont pas empêchée de se former, de travailler jusqu'en 2019, de s'assumer suite à sa séparation avec son mari et d'élever 2 enfants dont l'un présente une atteinte à la santé majeure.

De même, il n'est pas adéquat de mettre dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée le besoin en temps lié à la charge de travail qu'occasionne la situation de son fils ou la fatigue que cela entraîne, sachant que d'une part elle a choisi de le faire sans aide extérieure régulière jusqu'à présent et que dorénavant, une place en appartement protégé semble être trouvée.

Enfin, les limitations fonctionnelles cognitives dont se plaint l'assurée ne semblent pas avoir une répercussion majeure sur le fonctionnement professionnel, ce qui laisse entendre que l'assurée dispose de ressources mobilisables dans cet axe également.

Néanmoins, je ne peux exclure une atteinte de la thymie avec un trouble dépressif récurrent, même si l'expertise E._____ écartait ce diagnostic. Une hospitalisation à la Clinique W._____ est prévue en octobre ; cette institution propose des courts et moyens séjours lors de fragilité psychique passagère ou chronique. Ce séjour devrait permettre à notre assurée de recharger ses ressources. Une nouvelle évaluation psychiatrique pourrait alors être proposée suite à ce séjour. »

En droit :

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

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 25 mai 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

b) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

4. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 LPGGA).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), 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).

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). 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. **a)** En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport du 6 août 2020 du Dr E._____, mandaté par B._____ SA, pour rejeter la demande de prestations AI formée par la recourante. L'expert a posé le diagnostic de simulation (Z 76.5) et retenu en conséquence une entière capacité de travail dans toutes activités. La recourante conteste les conclusions de l'expertise du Dr E._____, estimant avoir été en incapacité de travail pour des motifs liés à sa santé psychique.

b) Le diagnostic de simulation retenu par le Dr E._____ dispense *a priori* de procéder à l'évaluation des indicateurs selon la grille proposée par le Tribunal fédéral. Un tel diagnostic constitue en effet un motif d'exclusion des prestations de l'assurance, à savoir un cas où la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 141 V 281 consid.

2.2.1). Il convient par conséquent d'évaluer si les rapports médicaux et les pièces au dossier permettent de confirmer le diagnostic de simulation à l'exclusion de tout autre.

c) aa) Dans son rapport du 13 novembre 2019, le Dr C. _____ fait état d'un suivi à son cabinet depuis 2014 en raison d'une symptomatologie anxiodépressive fluctuante. Ce médecin énumère un certain nombre de symptômes (ch. 3) dont on ignore toutefois s'ils ressortent des plaintes de l'intéressée ou de ses constats cliniques. Les diagnostics qu'il retient ne sont pas motivés. Son rapport, qui ne contient pas d'anamnèse, n'est guère contributif, sous réserve du fait qu'il apparaît que la recourante a bénéficié d'un suivi psychiatrique depuis de nombreuses années dans son cabinet et auprès de l'un de ses confrères avant 2014.

bb) A la suite du Dr C. _____, la recourante a consulté la Dre D. _____. Dans son rapport à l'OAI du 13 août 2020, cette psychiatre pose les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère, de trouble anxieux non spécifié et de suspicion de phobie sociale. Ce rapport atteste d'une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 31 juillet 2020, étant précisé que la Dre D. _____ n'était plus consultée depuis le 7 juillet 2020. Dans son rapport du 12 juin 2020 au médecin-conseil de B. _____ SA, la Dre D. _____ fait mention d'une dysthymie (F34.1), à savoir un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif (Classification internationale des maladies dans sa 10^{ème} révision [CIM-10]). Des diagnostics de trouble de l'humeur diamétralement opposés en termes d'intensité et posés à seulement quelques semaines d'intervalle (comp. rapports des 12 juin et 13 août 2020 de la Dre D. _____) ne manquent pas d'interpeller quant à la valeur probante de l'évaluation de cette psychiatre. Cette évidente contradiction ne permet pas de conférer une valeur probante aux rapports de la Dre D. _____ qui pouvaient être relativisés par l'intimé.

cc) La recourante a ensuite été suivie au cabinet de la Dre F._____ depuis le 20 juillet 2020. Il convient en premier lieu d'observer que la recourante a apparemment été examinée par le Dr A._____ dont on ne trouve aucune trace dans le Registre des professions médicales, étant précisé que l'exercice d'une profession médicale universitaire exige une inscription au registre que le médecin en question soit indépendant ou salarié (art. 33a al. 1 let. a et al. 3 let. a LPMéd [loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 ; RS 811.11]). Si l'on retrouve un premier homonyme, apparemment médecin-assistant en psychiatrie dans un cabinet de groupe à [...], ce dernier n'est également pas inscrit au registre fédéral. On retrouve certes au registre un second homonyme du nom de [...], [...] installé à [...], dont les diplômes [...] de 198[...] et 198[...] ont été reconnus en Suisse en 20[...] et 20[...], mais dont il est douteux qu'il s'agisse de la même personne. Dans de telles circonstances, il convient d'apprécier les rapports du cabinet de la Dre F._____ avec une certaine réserve du fait que rien n'atteste de la qualité de médecin de A._____.

Cela étant, on ne distingue pas dans les descriptions cliniques (rapport du 10 novembre 2020 ; p. 141-142 du dossier AI) retenues par ce cabinet la réalisation des trois critères autorisant de qualifier de sévère l'épisode dépressif selon la CIM-10, à savoir l'humeur dépressive, la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir et l'augmentation de la fatigabilité. Sont seules évoquées une humeur triste, respectivement dépressive, et une anhédonie, sans autre description détaillée, convaincante et circonstanciée. On relève que les rapports de ce cabinet se réfèrent à une anamnèse peu exhaustive, s'appuient pour l'essentiel sur les plaintes de la recourante et ne décrivent pas de status clinique. Il apparaît du reste que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, est seulement fondé sur la seule échelle d'Hamilton, ce qui est insuffisant pour démontrer un diagnostic au degré de la vraisemblance prépondérante qui doit s'appuyer sur un ensemble de données (anamnèse, status, etc.) recueillies, on le rappelle, par un médecin au sens de la LPMéd.

dd) Sur le plan neuropsychologique, il convient de se référer aux examens menés par L._____. Selon le tableau des résultats annexé au rapport du 15 septembre 2020, il apparaît que le seul élément significatif d'un trouble, car décrit comme perturbé, l'est sur la base des symptômes allégués par la recourante. Il ne ressort toutefois pas du rapport en question que la neuropsychologue ait objectivé ces symptômes lors de l'examen. Dans ces circonstances, ce document n'emporte pas la conviction.

ee) La recourante a consulté en dernier lieu le Dr G._____. Ce spécialiste est l'auteur de deux rapports datés des 21 juin et 21 septembre 2021. Si le juge doit certes apprécier les faits tels qu'ils existaient à la date de la décision entreprise, soit le 25 mai 2021 en l'espèce, il y a cependant lieu de constater que le Dr G._____ suit la recourante depuis le 24 février 2021 et qu'il discute les rapports figurant dans les dossiers de l'Al et de B._____ SA (p. 1 ; cf. consid. 3b ci-dessus). Son rapport du 21 septembre 2021 ne manque pas d'interpeller s'agissant du trouble de la personnalité dépendante, non évoqué par le Dr E._____. Le Dr G._____ explique de manière circonstanciée pour quels motifs il retient ce diagnostic sur la base d'éléments anamnestiques et de ses observations. Il évoque également une anxiété envahissante à l'origine de difficultés cognitives et observe des troubles concentrationnels en entretien. Sur le plan thymique, il relate un état d'épuisement chez la recourante, en lien avec la prise en charge de son fils à la fermeture préventive (en raison de la pandémie de Covid-19) de l'atelier dans lequel il était inséré. Ces éléments sont antérieurs à la décision entreprise et doivent ainsi être examinés dans le cadre de la présente procédure. S'agissant du trouble dépressif, on observe d'ailleurs que le Dr E._____ n'a pas formellement exclu sa survenance avant son expertise, mais qu'il n'avait pas à se prononcer plus avant compte tenu de l'objectif de son mandat.(rapport du 6 août 2020, p. 11). En de telles circonstances, l'appréciation de la capacité de travail ne peut se faire sur la seule base du rapport d'expertise du Dr E._____, lequel n'a pas apprécié l'évolution de la capacité de travail dans le temps, ni ne s'est adressé à sa consœur, la Dre D._____, pour éclaircir les divergences de ses rapports (rapport

du 6 août 2020, p. 11). On ne peut encore que regretter l'anamnèse relativement brève du Dr E. _____ eu égard au contexte familial, semble-t-il chargé (difficultés conjugales ; enfant atteint [...]) ; on ignore même si l'expert a pris en compte l'éventuel impact sur la santé psychique de la recourante des difficultés liées au handicap de l'un de ses enfants dans la mesure où il utilise le conditionnel à ce propos.

Les modalités et la méthodologie de l'expertise du Dr E. _____ ne permettent par ailleurs pas une analyse sur la base des critères jurisprudentiels en matière d'atteinte psychique sur l'ensemble de la période litigieuse. Les rapports médicaux au dossier ne permettent pas non plus de statuer sur la capacité de travail. Les rapports des médecins traitants antérieurs ne sauraient se voir conférer valeur probante s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail et le Dr G. _____ ne se prononce sur celle-ci, ce qui est la règle, que depuis le début du suivi. Il n'appartient ainsi pas au juge de se substituer au médecin et de poser, respectivement de retenir ou d'écarter un diagnostic.

d) Les remarques formulées par la Dre G. _____ du SMR dans son avis du 14 octobre 2021 ne permettent pas de remédier aux lacunes de l'instruction du fait que cette médecin n'est pas en mesure de reconstituer l'évolution de la recourante durant la période pertinente. Au contraire, cette médecin admet qu'elle ne peut pas exclure une atteinte de la thymie avec un trouble dépressif récurrent, ceci même si même si l'expertise réalisée par le Dr E. _____ écartait ce diagnostic. La médecin du SMR retient ainsi non seulement la possibilité d'un trouble, mais surtout l'hypothèse du caractère récurrent de ce dernier et ainsi, une possible évolution dans le temps. Dans ces circonstances, l'expertise réalisée par le Dr E. _____ était insuffisante pour statuer sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

e) Au final, l'instruction menée par l'intimé ne permet pas de confirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'absence d'autres diagnostics psychiatriques. L'instruction menée par l'autorité intimée est ainsi lacunaire. Elle ne permet pas de se prononcer en

connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité pour la mise en œuvre d'une expertise *a priori* limitée à la seule sphère psychiatrique, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

Dans le cadre du complément d'instruction, une attention particulière devra être portée aux indicateurs en relation avec les thérapies. En effet, dans le contexte d'un traitement au long cours ayant débuté avant 2014 (cf. rapport du 13 novembre 2019 du Dr C. _____), une analyse rigoureuse des thérapies mises en œuvre, de leur adéquation aux besoins de la recourante, d'éventuels facteurs de résistance inhérents à cette dernière et de la manière dont les soins étaient mis à profit manque singulièrement (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et 4.4.2). On note également que les médecins de la recourante ont attesté d'incapacités de travail à des taux variables (cf. en dernier lieu les rapports des 21 juin et 21 septembre 2021 du Dr G. _____), questions qui ne peuvent pas rester sans réponse dans le contexte de l'assurance-invalidité qui peut être amenée à octroyer des prestations échelonnées (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] ; art. 88a al. 1 RAI ; ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, laquelle a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 25 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et le dossier est renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais de justice, d'un montant de 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'intimé.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- R. _____ (recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :