

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 janvier 2023

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Pasche et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI**

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

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, mère de quatre fils nés en 1995, 1998, 2000 et 2006, employée en qualité d'opératrice en salle blanche auprès de B. \_\_\_\_\_ Sàrl depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par formulaire du 12 septembre 2018, en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 4 mai 2018.

Dans un rapport du 17 octobre 2018, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné qu'il suivait l'assurée depuis le 23 mai 2018 et posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, de troubles de la personnalité mixtes à traits dépendants et anxieux, d'hypothyroïdie mal substituée, probablement liée à une thyroïdite de Hashimoto, de difficultés liées à l'entourage immédiat et d'obésité de classe I selon l'OMS (BMI 33.0 kg/m<sup>2</sup>). Il a indiqué avoir mis en évidence un certain épuisement chez l'assurée dû probablement à la surcharge de travail à son domicile puisqu'elle s'occupait de son mari et de ses quatre enfants sans compter, précisant que le fréquent manque de reconnaissance de ce dévouement pouvait la plonger dans un sentiment d'abandon et d'insuffisance. Il a ajouté que ce contexte d'épouse et de mère atteinte dans sa santé psychique n'était pas reconnu ni compris par son entourage, provoquant ainsi une exacerbation de l'état dépressif. Elle présentait des troubles formels du cours de la pensée avec une pensée rétrécie, ralentie et peu circonstanciée, ainsi que des ruminations avec idées de ruine.

Le 6 novembre 2018, l'assurée a été vue par la Dre Q. \_\_\_\_\_, médecin assistante à O. \_\_\_\_\_ qui a attesté d'une inaptitude temporaire à la reprise du poste occupé par l'assurée auprès de son employeur. Il ressort de l'édition du dossier médical de cet institut versée au dossier qu'une hospitalisation en secteur psychiatrique était prévue prochainement par le psychiatre traitant.

Dans un rapport du 11 décembre 2018, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a retenu les mêmes diagnostics que ceux posés par le Dr T.\_\_\_\_\_, précisant qu'un traitement antidépresseur avait été mis en place et que l'assurée avait été mise en arrêt de travail à 100 % par le psychiatre traitant pour dépression et troubles du sommeil.

Le 18 janvier 2019, l'assurée a été examinée par la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans le cadre d'une expertise ordonnée par K.\_\_\_\_\_ SA, assureur perte de gain en cas de maladie. Dans son rapport d'expertise du 31 janvier 2021, la Dre E.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique. Sans incidence sur la capacité de travail, elle a retenu des difficultés liées à l'entourage immédiat, une hypothyroïdie substituée liée à une probable thyroïdite de Hashimoto, et une obésité de classe I selon l'OMS (BMI : 33.0 kg/m<sup>2</sup>). Elle a admis une incapacité de travail de 100 % depuis le 4 mai 2018 et prévu une stabilisation de l'état de santé de l'assurée dans un délai de un à trois mois au maximum, avec une capacité de travail complète au plus tard le 18 avril 2019. Les limitations fonctionnelles psychiatriques au jour de l'expertise étaient une humeur dépressive, un ralentissement psychomoteur, une fatigue, une augmentation de la fatigabilité et des troubles du sommeil.

Le 13 février 2019, K.\_\_\_\_\_ SA a informé l'assurée qu'elle mettrait un terme au versement de ses prestations au 18 avril 2019, estimant qu'elle pouvait reprendre son métier habituel à 100 % à compter de cette date.

Le 19 février 2019, l'assurée a été vue une nouvelle fois par la Dre Q.\_\_\_\_\_ qui l'a considérée inapte à reprendre le poste de travail, une réévaluation devant intervenir dans trois mois.

Il ressort d'une notice d'entretien téléphonique du 26 février 2019 entre le gestionnaire de l'OAI et des représentants de l'employeur,

que ce dernier allait mettre un terme au contrat de travail à fin février 2019 pour fin avril 2019.

Dans un rapport du 23 mars 2019, le Dr T. \_\_\_\_\_ a signalé à K. \_\_\_\_\_ SA que l'assurée avait été hospitalisée du 29 novembre au 14 décembre 2018 dans un contexte d'état dépressif réfractaire à tout traitement psychopharmacologique. Il a fait état d'une évolution défavorable sur le plan de la thymie et d'une amélioration sur le plan du sommeil qui avait pu être rétabli grâce à la médication. Il a ajouté que l'assurée présentait un ralentissement psychomoteur et s'exprimait avec parcimonie, ce qui rendait la compréhension psychodynamique difficile. Il était d'avis que toute tentative de reprise d'une activité professionnelle se solderait par un échec. Il a par ailleurs émis des critiques à l'encontre du rapport d'expertise de la Dre E. \_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 17 avril 2019 à l'OAI, il a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de troubles de la personnalité mixtes à traits dépendants et anxieux, et de difficultés liées à l'entourage. Il a précisé que l'hospitalisation de fin 2018 avait permis une amélioration de la thymie, un rétablissement du sommeil et une atténuation des symptômes liés à l'angoisse. A la date du rapport, l'assurée présentait une grande fatigue avec un ralentissement psychomoteur, ainsi que des crises d'angoisse de type oppression thoracique avec douleurs dans la mâchoire. Il n'y avait pas de symptômes psychotiques, pas de troubles obsessionnels compulsifs ni d'idéations suicidaires et les fonctions cognitives étaient dans la norme. La recourante se plaignait d'une perte d'appétit et d'une baisse de l'élan vital (ch. 2.2 du rapport). Le Dr T. \_\_\_\_\_ a fait état de limitations dans l'accomplissement des tâches ménagères (ch. 4.5 du rapport). Il était d'avis que l'incapacité de travail était toujours de 100 % dans toute activité, précisant que l'état dépressif sévère et réfractaire était le facteur principal faisant obstacle à une réadaptation.

Interpellée à nouveau par l'assurance perte de gain à la suite du rapport du psychiatre traitant du 23 mars 2019, la Dre E. \_\_\_\_\_ a

confirmé les observations faites lors de l'expertise, dans un avis médical du 21 mai 2019. Elle a en particulier rappelé qu'au moment de l'expertise, l'assurée avait une vie de famille stable, qu'elle assumait les activités de la vie quotidienne, aidée par sa belle-mère qui vivait à l'époque chez elle, que ses ressources personnelles étaient préservées et qu'elle s'était rendue en Serbie en juillet 2018 puis pour la fin de l'année 2018. Elle a ajouté que le délai de un à trois mois était largement suffisant pour une stabilisation de la situation. Elle n'excluait toutefois pas une aggravation de l'état de santé en mars 2019 et proposait de mettre en place rapidement une nouvelle évaluation et d'ajouter au dossier le rapport de sortie de l'hospitalisation de l'assurée de fin 2018.

Le 10 juillet 2019, le Dr T.\_\_\_\_\_ a transmis à l'assurance perte de gain un rapport du 7 janvier 2019 des Drs L.\_\_\_\_\_, chef de clinique, et F.\_\_\_\_\_, médecin assistante, relatif au séjour de l'assurée à l'Hôpital de S.\_\_\_\_\_, du 29 novembre au 14 décembre 2018, en précisant qu'il ne voyait pas l'utilité de compléter le dossier avec ce document.

Dans un rapport du 7 août 2019 à l'OAI, il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et de troubles de la personnalité mixtes à traits dépendants et anxieux actuellement mal compensés. Il a mentionné que l'évolution était lentement favorable depuis trois mois et demi, dans le sens où l'assurée se sentait moins triste avec une légère augmentation de l'élan vital. Cependant les troubles de l'appétit persistaient et l'assurée se plaignait toujours d'une grande fatigue avec ralentissement psychomoteur et persistance des crises d'angoisse. Il a maintenu que l'incapacité de travail était totale dans toute activité et émis un pronostic réservé à six mois.

Se déterminant sur le dossier le 28 juillet 2020, la Dre V.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a constaté que les rapports au dossier divergeaient

concernant les diagnostics et leur répercussion sur la capacité de travail et proposé d'interpeller à nouveau le psychiatre traitant.

Sur questions complémentaires de l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a établi un rapport, le 12 août 2020, dans lequel il a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, de troubles de la personnalité mixtes à traits dépendants et anxieux et de difficultés liées à l'entourage immédiat. L'évolution de l'état de santé psychique restait défavorable. A ce propos, il a notamment relevé que l'assurée ressentait une pression et des exigences inadéquates de la part de son mari et de ses enfants, qui vivaient encore tous à la maison, et qui ne lui reconnaissaient pas ses difficultés à assumer les tâches ménagères, ce qui était délétère pour une évolution favorable de l'état dépressif. Il était d'avis que la capacité de travail était nulle dans toute activité, y compris en milieu protégé. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné en particulier un ralentissement marqué dans toutes les activités du quotidien, un état de détresse, une humeur dépressive avec diminution de l'intérêt et du plaisir, une fatigabilité exacerbée, une nette diminution de l'attention et de la concentration, une baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi, une attitude pessimiste face à l'avenir et à la projection dans celui-ci et une importante perturbation du sommeil. Il a précisé que depuis septembre 2019, l'assurée était partie à deux reprises auprès de ses parents en Serbie et à une reprise chez son frère en Autriche. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a joint à son rapport une lettre du 15 avril 2020 reçue du Dr J.\_\_\_\_\_ qui « annule et remplace la lettre de sortie du 13.11.2019 », de laquelle il ressort que l'assurée a été hospitalisée du 6 septembre au 20 septembre 2019, dans le cadre d'un trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques. A l'entrée, le discours était ralenti, cohérent et centré sur les difficultés de la vie quotidienne, son licenciement et le refus de son assurance perte de gain. Elle décrivait des symptômes d'angoisses de type palpitations avec une thymie abaissée, voire mélancolique. Il n'y avait pas de symptômes psychotiques et les fonctions cognitives étaient dans les limites de la norme. L'assurée décrivait une perte d'intérêt et de plaisir avec une tendance à l'isolement, des troubles du sommeil et des idées suicidaires

présentes pendant les moments de fatigue avec idées par tentamen médicamenteux. Au cours de l'hospitalisation, l'assurée avait bénéficié de congés à son domicile qui s'étaient déroulés sans complications et l'évolution clinique avait été favorable avec disparition de tous les symptômes de la lignée anxiodépressive qui étaient présents à l'admission.

Dans un rapport du 21 octobre 2020 à l'OAI, le Dr W. \_\_\_\_\_ a mentionné les mêmes diagnostics que ceux posés par le Dr T. \_\_\_\_\_ et renvoyé à l'avis du psychiatre traitant pour les questions relatives au traitement, à l'évolution de l'état de santé et aux dates d'arrêt de travail.

Par communication du 8 décembre 2020, l'OAI a informé l'assurée de la nécessité de procéder à une expertise psychiatrique et lui a communiqué le nom de l'experte mandatée à cet effet.

Il ressort d'une notice d'un entretien téléphonique du 15 décembre 2020 entre le gestionnaire de l'OAI et le Dr T. \_\_\_\_\_ que ce dernier « était assez remonté » à la suite de la décision d'ordonner une expertise psychiatrique, qu'il trouvait insultant à son égard d'avoir écrit que les rapports médicaux ne permettaient pas de traiter la demande de prestations en toute connaissance de cause et qu'il estimait que son avis devait suffire dans un cas si évident d'incapacité de travail.

Le 19 janvier 2021, le Dr T. \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI pour « confirmer [son] opposition à l'évaluation médicale de [sa] patiente », précisant notamment qu'une expertise psychiatrique n'était pas nécessaire et qu'il n'avait pas pour habitude ni réputation d'établir des rapports ou des certificats d'incapacité de travail qui pourraient être qualifiés de complaisance.

Dans un courrier du 26 février 2021, l'OAI a répondu qu'une expertise psychiatrique lui semblait indispensable et que l'assurée avait la possibilité de contester le principe de l'expertise et le nom de l'expert désigné, ce dont elle a été informée par courrier du même jour.

L'expertise médicale, confiée à la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a été réalisée les 8 avril et 6 mai 2021, en collaboration avec la psychologue G.\_\_\_\_\_. Dans son rapport d'expertise du 10 mai 2021, la Dre C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, moyen avec syndrome somatique puis léger, d'agoraphobie avec phobie sociale légères et de traits de la personnalité anxieux, émotionnellement labile et dépendante, actuellement non décompensé, et a conclu à l'absence d'atteinte psychiatrique incapacitante.

Dans un avis du 31 mai 2021, la Dre V.\_\_\_\_\_ du SMR s'est ralliée à l'appréciation de la Dre C.\_\_\_\_\_.

Dans un projet de décision du 3 juin 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, estimant que ses problèmes de santé n'entravaient pas l'exercice d'une activité professionnelle et qu'elle ne présentait ainsi pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Le 2 juillet 2021, désormais représentée par l'avocat Jean-Michel Duc, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, sollicitant un délai au 31 octobre 2021 pour compléter ses objections par la production d'une expertise privée destinée à démontrer l'importance de son invalidité.

Par décision du 19 août 2021, l'OAI a confirmé le refus d'allouer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, il a expliqué que l'assurée n'apportait pas d'élément nouveau et qu'il n'avait pas de raison de douter de ses conclusions, de sorte que la prolongation de délai pour produire une expertise privée était refusée.

**B.** Par acte de son conseil du 23 septembre 2021, N.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. Elle a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est accordée dès le 1<sup>er</sup> mai 2019, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Elle a essentiellement contesté la valeur probante des expertises des Dres E.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, la tenue de débats publics et son audition.

Dans sa réponse du 8 novembre 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours.

La recourante a confirmé ses conclusions par réplique du 2 juin 2022.

Le 19 juillet 2022, elle a transmis des déterminations complémentaires et produit un rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 9 mai 2022 confirmant les diagnostics posés précédemment et son appréciation sur la capacité de travail.

Par courrier du 10 octobre 2022, elle a renoncé à la tenue de débats publics.

### **E n d r o i t :**

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2019.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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 19 août 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).

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

de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**d)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante

d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**e)** 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).

**f)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**5. a)** En l'espèce, la recourante ne conteste pas que sa capacité de travail est entière sur le plan somatique. Elle soutient en revanche qu'elle est en incapacité de travail totale depuis mai 2018 en raison de ses troubles psychiques, se prévalant essentiellement des rapports médicaux de son psychiatre traitant. Or, comme il sera examiné ci-dessous, l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_, qui est contredit par les deux expertises versées au dossier, ne peut être suivi.

**b)** Le psychiatre traitant estime que la capacité de travail de la recourante est nulle en raison de troubles de la personnalité mixtes à traits dépendants et anxieux et d'un trouble dépressif récurrent, qu'il qualifie de sévère dans tous ses rapports, à l'exception de celui du 7 août 2019 dans lequel il retient un épisode moyen. Or aucune des expertes n'a confirmé le trouble dépressif sévère ou un trouble de la personnalité chez la recourante.

**c)** Le 18 janvier 2019, elle a été examinée par la Dre E.\_\_\_\_\_ dans le cadre d'une expertisée réalisée sur mandat de l'assurance perte de gain à l'issue de laquelle le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode léger avec syndrome somatique, a été posé. Sur la base des plaintes de la recourante et de ses propres constatations lors de l'examen clinique, la Dre E.\_\_\_\_\_ a en particulier retenu que la recourante présentait une humeur légèrement triste, une légère fatigue, une augmentation de la fatigabilité, un léger ralentissement psychomoteur, une légère diminution de l'envie, de l'intérêt et du plaisir, accompagnés également d'une légère adynamie. Il n'était pas constaté d'angoisse persistante ni d'attaque de panique. L'examen clinique n'objectivait pas non plus de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, pas d'agitation psychomotrice, ni de symptômes psychotiques. Selon l'experte, l'épisode dépressif devait ainsi être qualifié de léger. Par rapport aux pièces médicales versées au dossier, il y avait donc une amélioration de la symptomatologie dépressive même si la recourante déclarait que son état de santé ne s'était pas amélioré et que « c'était encore pire ». Si la présence d'un fonctionnement et d'une structure de personnalité dépendante était observé chez la recourante, cela ne signifiait pas qu'elle

souffrait d'un trouble de la personnalité, et un tel trouble était en l'occurrence exclu au vu des informations anamnestiques et cliniques. L'experte a aussi noté que quand bien même la surcharge de travail à domicile avait été un des facteurs déclenchants de la décompensation actuelle, la recourante continuait étonnamment à assumer les tâches ménagères pour ses quatre enfants et son mari. La recourante préparait les repas, sortait promener le chien l'après-midi, faisait la lessive une fois par jour, faisait le repassage une fois par semaine, passait l'aspirateur de temps en temps, nettoyait la cuisine et la salle de bain. La recourante déclarait aussi que sa vie sociale s'améliorait. Elle voyait de temps en temps des amis et connaissances, elle partageait une fois par mois un repas avec la famille de son époux et se rendait en Serbie pendant les vacances en avion ou en voiture. L'experte prévoyait une stabilisation de l'état de santé de la recourante dans un délai de un à trois mois au maximum, avec récupération d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle et dans toute activité au plus tard le 18 avril 2019.

**d)** L'expertise réalisée les 8 avril et 6 mai 2021 par la Dre C.\_\_\_\_\_, sur mandat de l'intimé, exclut elle aussi la présence d'un épisode dépressif sévère et d'un trouble de la personnalité et confirme l'évolution favorable pronostiquée par la Dre E.\_\_\_\_\_. Lors de l'expertise, la recourante se plaignait notamment d'une tristesse modérée présente la plupart de la journée depuis mai 2018, sans changement significatif malgré un suivi psychiatrique, deux hospitalisations et un traitement antidépresseur. Elle signalait également des angoisses fluctuantes, de la fatigue, des insomnies d'endormissement fréquentes, des réveils nocturnes ponctuels et des troubles de la concentration fluctuants sans impacts sur son quotidien. La recourante rapportait aussi une phobie sociale et une agoraphobie en légère amélioration. Elle se plaignait en outre d'une faible estime de soi et d'idées noires passives sans désir de passage à l'acte, sans idées de culpabilité pathologique et sans aboulie. Elle décrivait par ailleurs une impulsivité avec intolérance à la frustration depuis le début de l'âge adulte, mais sans impact sur son quotidien ni sur son travail dans le passé (rapport d'expertise, p. 11 à 13). La Dre C.\_\_\_\_\_ a notamment observé que la recourante avait un

comportement normal, sans ralentissement psychomoteur ni agitation, que sa mimique était sans particularité, et qu'elle faisait preuve d'une excellente coopération. Le cours de la pensée était dans la norme et il n'y avait pas de symptômes psychotiques, ni de signes d'anxiété visibles. Il n'y avait non plus aucun trouble mnésique, de la concentration ou de l'attention objectivables durant les entretiens d'expertise (rapport d'expertise, p. 22 à 24). La recourante était ambivalente par rapport à l'avenir, car elle était optimiste pour la vie personnelle et familiale, mais était particulièrement pessimiste pour son avenir professionnel, ne se voyant pas retrouver un emploi à son âge après une longue pause professionnelle (rapport d'expertise, p. 12 et 14). Sur la base de l'ensemble des éléments versés au dossier et de ses propres constatations, l'experte a conclu que les critères diagnostics de la CIM-10 étaient remplis pour un trouble dépressif récurrent léger, ce qui était confirmé par le résultat obtenu à l'échelle de dépression de Hamilton (rapport d'expertise, p. 28 et 29). Elle a observé que ce diagnostic posé déjà en janvier 2019 par la Dre E. \_\_\_\_\_ était cohérent avec la description de la journée type faite à l'époque par la recourante. La Dre C. \_\_\_\_\_ était d'avis qu'au vu de la diminution de la fréquence du suivi psychiatrique sans changement du traitement antidépresseur, on pouvait supposer que le trouble dépressif avait été moyen au début des arrêts maladies et ensuite léger au moment de la première expertise. L'experte a constaté des discordances significatives entre le diagnostic de trouble dépressif sévère retenu par le psychiatre traitant et son évaluation de la capacité de travail, d'une part, et les activités quotidiennes que la recourante était capable de faire, d'autre part (rapport d'expertise, p. 39). Selon sa description d'une journée type, la recourante gérait le ménage et les courses, elle préparait les repas, elle se promenait deux fois par jour avec son chien, elle regardait la télévision plusieurs heures par jour, elle surfait sur internet, elle lisait les actualités sur son téléphone, elle conduisait la voiture sans difficultés, elle passait de bons moments avec son mari et ses enfants, elle voyait occasionnellement des amis, elle partait en vacances auprès de ses parents à l'étranger quand elle en avait l'occasion, plusieurs fois par année selon l'anamnèse (trois fois en 2019 et une fois en 2020) (rapport d'expertise, p. 15, 18, 19 et 39). Elle a conclu

que le trouble dépressif et l'agoraphobie avec phobie sociale étaient légers et n'entraînaient pas d'incapacité de travail.

La Dre C.\_\_\_\_\_ a également examiné les critères diagnostics d'un trouble de la personnalité, concluant, à l'instar de la Dre E.\_\_\_\_\_, qu'ils n'étaient pas réalisés chez la recourante qui ne présentait pas de comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement. L'experte a toutefois mis en évidence des traits de la personnalité anxieuse, émotionnellement labile et dépendante, qui pouvaient ponctuellement décompenser avec des idées noires dans des contextes d'impulsivité, ce qui avait nécessité deux hospitalisations en milieu psychiatrie. L'intensité et la durée des symptômes d'allure dépressive en lien avec les décompensations des traits de la personnalité n'étaient pas suffisants pour qu'un trouble dépressif sévère puisse être retenu selon les critères diagnostiques de la CIM-10. L'experte a par ailleurs noté que ces traits de personnalité n'avaient pas empêché la recourante de travailler sans difficultés dans le passé, de gérer son quotidien, ni d'entretenir des liens conjugaux, familiaux et amicaux stables, ce qui était incompatible avec un trouble de la personnalité incapacitant (rapport d'expertise, p. 32, 36, 37 et 40).

La Dre C.\_\_\_\_\_ a ainsi conclu à l'absence d'une atteinte psychiatrique entraînant une incapacité de travail.

Relevons que l'experte a procédé à une étude circonstanciée du cas sur la base de l'ensemble du dossier médical. Elle a tenu compte des plaintes de la recourante, et a dressé une anamnèse détaillée aussi bien sur le plan personnel et familial que professionnel, social et médical. Elle a en outre procédé à un examen de l'assurée et des tests psychologiques complémentaires ont été effectués. Elle a expliqué de manière circonstanciée les raisons l'ayant conduit à écarter les diagnostics retenus par le psychiatre traitant. A noter aussi que l'experte s'est prononcée sur le cas de la recourante à l'aune des indicateurs pertinents dégagés par la jurisprudence fédérale. Son rapport peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante, étant précisé que son appréciation

n'est pas sérieusement mise en doute par les opinions émises par les autres médecins consultés.

**e)** Les moyens soulevés par la recourante pour contester la valeur probante des expertises des Dres E.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ sont infondés.

**aa)** Il en va ainsi de son argument selon lequel l'expertise de la Dre E.\_\_\_\_\_ serait une expertise privée qui devrait être considérée comme une simple déclaration de partie et non comme une expertise au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272). Le CPC ne régit pas la manière dont l'Office AI doit apprécier les conclusions d'un rapport médical dans une procédure relevant du droit des assurances sociales et une expertise réalisée à la demande d'un assureur privé est un document médical parmi d'autres qu'il appartient à l'Office AI et à la juridiction cantonale d'inclure dans leur appréciation des preuves conformément au principe de la libre appréciation des preuves (voir à ce sujet TF 9C\_667/2020 du 29 décembre 2020 consid. 3.2 et les références).

**bb)** L'hospitalisation en milieu psychiatrique intervenue du 29 novembre au 14 décembre 2018 n'est pas non plus un élément de nature à mettre en doute les constatations de la Dre E.\_\_\_\_\_, d'autant moins que cette hospitalisation n'est pas intervenue trois jours après l'expertise, comme indiqué dans l'acte de recours, mais plusieurs semaines auparavant, ce que la recourante admet dans sa réplique. Par ailleurs, l'experte a mentionné dans son rapport l'hospitalisation en question et en a donc tenu compte dans son analyse. A noter encore qu'il ne s'agissait pas d'une hospitalisation en urgence, mais d'un séjour hospitalier volontaire, qui était déjà prévu à tout le moins depuis le 6 novembre 2018, et dont l'effet a été très rapidement bénéfique. Au cours de ce séjour, la recourante a du reste bénéficié de congés durant lesquels elle a eu du plaisir à se retrouver en famille. Le rapport d'hospitalisation du 7 janvier 2019 évoque en outre une évolution favorable tant d'un point de vue des troubles du sommeil (rétablissement du sommeil) que du point de vue

thymique. Cette évolution favorable est au demeurant confirmée par le fait qu'elle a pu se rendre en Serbie pour les fêtes de fin d'année en voiture, juste après son hospitalisation.

**cc)** La recourante reproche à la Dre E.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir pris en compte ses plaintes et d'avoir minimisé ses atteintes à la santé, relevant à ce propos que le rapport d'hospitalisation du 7 janvier 2019 mentionne « sous status » qu'elle décrivait des symptômes d'angoisse. L'experte s'est pourtant déterminée sur ce point, en ne se limitant pas à décrire les plaintes de la recourante, mais en faisant aussi état de ses propres constatations (p. 9 du rapport d'expertise : « L'expertisée est tendue et par moments angoissée ; elle ne présente pas d'angoisses persistantes et nous n'avons pas objectivé d'attaque de panique). Par ailleurs, le rapport d'expertise retranscrit les plaintes formulées par la recourante et la Dre E.\_\_\_\_\_ en a tenu compte dans son appréciation, retenant du reste, au titre de limitations fonctionnelles, la fatigue et les troubles du sommeil allégués par la recourante. Au demeurant, rien ne donne à penser que l'experte aurait minimisé les atteintes à la santé.

**dd)** Enfin, la remarque générale selon laquelle les expertises sont orientées et servent uniquement les intérêts de ceux qui les ont requises n'est d'aucune pertinence, étant précisé que la recourante n'allègue aucun motif spécifique propre à la Dre E.\_\_\_\_\_ qui laisserait suspecter un manque d'impartialité de sa part. Il peut être ajouté que cette spécialiste n'était pas médecin-conseil de l'assurance perte de gain, contrairement à ce qui est indiqué dans l'acte de recours.

**ee)** A l'encontre de l'expertise de la Dre C.\_\_\_\_\_, la recourante soutient que son avocat a pu constater que cette spécialiste rend systématiquement des expertises dont les conclusions sont défavorables aux assurés et sont infirmées par de nouvelles expertises mises en œuvre par l'administration ou le juge. Cette allégation générale, qui ne repose sur aucun élément probant, n'est pas de nature à faire douter de l'impartialité de l'experte dans le cas présent, étant relevé que

la recourante n'a soulevé aucune critique quant au choix de l'expert, ni ne s'est exprimée à cet égard avant la procédure de recours.

**ff)** Selon la recourante, le rapport d'expertise de la Dre C.\_\_\_\_\_ comporte de nombreuses erreurs, est insuffisamment motivée et omet des éléments déterminants. Ces critiques sont infondées, rien au dossier ne permettant de constater des lacunes susceptibles de faire douter de l'appréciation de l'experte.

La recourante lui reproche plus particulièrement d'avoir retenu une stabilisation de son état de santé depuis mai 2018, ce qui serait en contradiction avec l'instauration du traitement de Lithium dès mars 2019 et ferait totalement fi de la seconde hospitalisation en milieu psychiatrique intervenue en septembre 2019. Le psychiatre traitant a effectivement indiqué avoir instauré un traitement de Lithium le 22 mars 2019 « dans l'idée d'améliorer l'humeur dépressive » (cf. son rapport du 23 mars 2019). A noter que la recourante s'était vu notifier la résiliation de son contrat de travail un mois plus tôt. Le 7 août 2019, le Dr T.\_\_\_\_\_ a signalé que ce traitement avait dû être stoppé en raison des effets secondaires et de l'absence d'efficacité sans préciser la date de la fin du traitement. Dans la mesure où son rapport du 17 avril 2019 ne mentionne pas la prescription de ce médicament, on peut en déduire que la prise de Lithium a été très brève. Malgré cela, le 7 août 2019, il a fait état d'une évolution favorable depuis trois mois et demi et qualifié le trouble dépressif de moyen. Il y a ainsi lieu d'admettre que l'évolution favorable retenue par la Dre E.\_\_\_\_\_ est fondée et que si, à l'instar de ce qu'elle a indiqué dans son complément de rapport du 21 mai 2019, une aggravation de l'état de santé de la recourante restait possible en mars 2019, une éventuelle aggravation n'aurait été que passagère dans un contexte de licenciement survenu au mois de février 2019. Ces éléments ne remettent pas en doute les conclusions de la Dre C.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, cette experte a pris en compte les deux hospitalisations de la recourante dans son analyse et retenu que ces dernières s'expliquaient par les traits de personnalité mixte qui pouvaient décompenser ponctuellement avec des idées noires dans des contextes d'impulsivité, mais que l'intensité et la

durée des symptômes d'allure dépressive en lien avec les décompensations des traits de la personnalité émotionnellement labile n'étaient pas suffisantes pour retenir un trouble dépressif sévère selon les critères diagnostiques. Rappelons qu'à l'issue de ce deuxième séjour en milieu psychiatrique en mode volontaire, les médecins de l'Hôpital de S.\_\_\_\_\_ ont constaté une évolution clinique favorable avec disparition de tous les symptômes de la lignée anxio-dépressive présents à l'admission (rapport du 15 avril 2020 du Dr J.\_\_\_\_\_ au psychiatre traitant, qui « annule et remplace la lettre de sortie du 13.11.2019 » non versée au dossier). Ils ont par ailleurs relevé que durant ce séjour ponctué de congés à domicile, la recourante s'était investie dans les activités thérapeutiques, s'était montrée compliant et avait eu un bon contact durant toute l'hospitalisation. Ces constats, comme le fait qu'elle est partie en vacances à l'étranger trois fois en 2019, vont clairement à l'encontre d'un diagnostic de trouble dépressif sévère, ce à plus forte raison encore qu'à peine un mois avant le séjour de la recourante à l'Hôpital de S.\_\_\_\_\_, le psychiatre traitant notait une amélioration de la symptomatologie dépressive, sans explication d'une dégradation quelconque.

**gg)** La recourante soutient que le caractère orienté de l'expertise de la Dre C.\_\_\_\_\_ se refléterait par son appréciation de la capacité de travail qui est en contradiction avec les autres rapports médicaux, en particulier ceux de son psychiatre traitant et de l'experte E.\_\_\_\_\_.

Si le psychiatre traitant a attesté d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis mai 2018, son avis ne peut toutefois pas être suivi pour différentes raisons.

Selon lui, l'incapacité de travail est justifiée en raison d'un trouble dépressif sévère et de troubles de la personnalité mixtes à traits dépendants et anxieux. Or, comme vu précédemment, les deux expertes ont écarté de manière étayée et convaincante la présence de ces troubles

chez la recourante, et partant une incapacité de travail induite par de telles atteintes à la santé.

Il y a lieu de constater ensuite que le Dr T. \_\_\_\_\_ a pris fait et cause pour sa patiente d'une façon qui va au-delà de ce que l'on peut attendre d'un médecin traitant et est clairement sorti de son rôle de thérapeute, en particulier lorsqu'il s'est opposé à des mesures d'instruction complémentaires, estimant qu'elles étaient inutiles et mettaient en doute sa parole de médecin (cf. son rapport du 10 juillet 2019 à K. \_\_\_\_\_ SA et son courrier du 19 janvier 2021 à l'OAI), ou lorsqu'il a remis en question l'avis des experts au motif qu'ils avaient été rémunérés par l'assurance perte de gain et par l'intimé (cf. son rapport du 23 mars 2019 à K. \_\_\_\_\_ SA et son rapport du 9 mai 2022 au conseil de la recourante). Ces éléments affaiblissent la valeur probante de ses rapports médicaux.

Son appréciation sur la capacité de travail de la recourante semble par ailleurs être influencée par des considérations d'ordre thérapeutique qui ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Ceci ressort en particulier de son courrier du 10 juillet 2019 à l'assurance perte de gain lui demandant « de bien vouloir réévaluer cette situation afin d'éviter tout conflit asséculoologique qui engendrerait une rapide péjoration de l'état de santé de la patiente » ou de son rapport du 9 mai 2022 à l'avocat de la recourante dans lequel il écrit qu'il « pense que si la reconnaissance de son handicap lui est validée comme de juste raison, Mme N. \_\_\_\_\_ pourrait, dans un délai d'ici à deux ans, refaire un projet de reprise d'une activité professionnelle, dans un premier temps partiel puis à temps complet. Dans le cas contraire, Mme N. \_\_\_\_\_ risque de s'enkyster dans un processus de dépression sévère et définitif, devenant ainsi une charge pour la société ».

Les rapports du Dr T. \_\_\_\_\_ comportent des incohérences, contradictions et imprécisions, qui entachent leur fiabilité. En octobre 2018, il retient le diagnostic de trouble dépressif sévère avec symptômes psychotiques sans apporter la moindre information sur les symptômes

psychotiques qu'il aurait observés, alors que les autres médecins ayant examiné la recourante n'en ont pas constaté. En mars 2019, il continue d'évoquer un trouble dépressif sévère et une évolution défavorable, hormis le rétablissement du sommeil, sans faire mention de l'amélioration, en particulier de la thymie, constatée par les médecins de l'Hôpital de S.\_\_\_\_\_ lors de la première hospitalisation, ni de celle objectivée par l'experte E.\_\_\_\_\_. Il ignore ces avis et persiste dans l'appréciation qu'il a faite depuis le début de sa prise en charge, sans aucune nuance. Ce n'est qu'en avril 2019, qu'il signale l'absence de symptômes psychotiques et admet une amélioration de la thymie, en sus du rétablissement des fonctions du sommeil, tout en précisant que la capacité de travail est toujours nulle et que l'état dépressif sévère est le principal facteur à une mesure de réadaptation. Il y a lieu de constater également que le Dr T.\_\_\_\_\_ énumère essentiellement les plaintes de sa patiente (notamment perte de l'appétit, baisse de l'élan vital, tristesse, sentiment de culpabilité, crises de boulimie) sans vraiment faire état de ses propres observations cliniques qui confirmeraient ses diagnostics et son appréciation sur la capacité de travail. Dans son rapport du 23 mars 2019, il mentionne uniquement un ralentissement psychomoteur et une profonde tristesse, tandis que dans son rapport du 17 avril 2019, il se limite à indiquer que le statut psychiatrique qu'il observe à chaque entretien lui permet d'évaluer une limitation fonctionnelle pour toute activité professionnelle, sans détailler pour autant le statut psychiatrique qu'il observe. Dans ce dernier rapport, il mentionne au chiffre 2.2 des fonctions cognitives dans la norme, alors qu'au point 3.4 il signale des difficultés de concentration et des troubles de la mémoire. Ces troubles, ajoutés à une baisse significative de l'élan vital et à l'état dépressif sévère ne permettent pas, selon lui, le retour à une pleine capacité de travail quand bien même il admet cependant que sa patiente a des ressources et que le pronostic est favorable. En août 2019, il fait état d'une amélioration de l'épisode dépressif, qu'il qualifie de moyen, en émettant un pronostic à six mois réservé « incompatible avec toute reprise d'activités professionnelles et ménagères ». Or dans ce rapport du 7 août 2019, il retranscrit à nouveau les plaintes de la recourante sans faire état de ses constatations objectives qui confirmeraient son appréciation. Hormis un

ralentissement psychomoteur, le psychiatre traitant ne mentionne aucune limitation fonctionnelle objective qui irait dans le sens d'une impossibilité de travailler ou d'accomplir les tâches ménagères. Dans ce document, il mentionne qu'il a validé des vacances en Serbie, précisant que « le fait d'organiser, de préparer son voyage et de se mettre en route seule avec son fils sont des activités qui peuvent permettre [à la recourante] de se revaloriser narcissiquement (...) », ce qui est peu cohérent avec son appréciation selon laquelle l'épisode dépressif empêche la recourante d'accomplir ses tâches ménagères et qu'elle « n'est pas à même de se déplacer au quotidien » (cf. son rapport du 7 août 2019). Le psychiatre traitant semble ensuite se contredire à nouveau dans son rapport du 12 août 2020, dans lequel il mentionne que le traitement de Remeron, mis en place lors de la dernière hospitalisation de septembre 2019, a été stoppé après seulement deux prises en raison des effets secondaires « sous forme de réveils difficiles et impossibilité à effectuer des tâches ménagères jusqu'en début d'après-midi ». Cette affirmation laisse en effet supposer que la recourante effectuait ses tâches ménagères avant l'instauration de ce traitement, contrairement à ce que retenait le psychiatre traitant dans ses précédents rapports, et que sa patiente ne serait pas empêchée de s'occuper de son ménage en raison de limitations fonctionnelles induites par son état dépressif, puisqu'elle serait dans l'impossibilité de le faire le matin en raison de réveils difficiles dus à ce nouveau traitement médicamenteux. A noter encore que le dernier rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 9 mai 2022, dans lequel il mentionne un status sensiblement le même que celui retenu en 2019, 2020 et 2021, est lui aussi dépourvu de constatations objectives détaillées. Il explique l'incapacité de travail par une « tendance à faire le vide, à s'isoler », des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire et des baisses significatives de l'élan vital, alors que les autres médecins ayant examiné la recourante n'ont quant à eux objectivé aucun trouble de la concentration ni de la mémoire. Son appréciation sur la capacité de travail est peu étayée et semble reposer essentiellement sur les plaintes de la recourante. Rappelons à ce sujet que la Dre E. \_\_\_\_\_ a relevé des discordances entre les déclarations de la recourante et ses propres constatations. La Dre C. \_\_\_\_\_ a quant à elle noté une recherche de

bénéfices primaires et secondaires chez la recourante qui déclarait vouloir recevoir une aide financière de l'assurance-invalidité notamment au motif qu'elle ne pourrait plus retrouver un emploi à son âge et ne souhaitait pas de réadaptation professionnelle (rapport d'expertise, p. 11 et 39).

Au vu de ce qui précède, les rapports médicaux du psychiatre traitant ne permettent pas de mettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise de la Dre C.\_\_\_\_\_.

Il en va de même des rapports de l'Hôpital de S.\_\_\_\_\_, qui ne font état d'aucun élément qui n'aurait pas été pris en compte par l'experte, et qui au demeurant ne se déterminent pas sur la capacité de travail de la recourante.

Les évaluations des 6 novembre 2018 et 19 février 2019 faites par la Dre Q.\_\_\_\_\_, qui n'est pas psychiatre, et qui portent sur une inaptitude temporaire à une reprise du poste que la recourante occupait auprès de B.\_\_\_\_\_ Sàrl n'apportent non plus aucun élément de nature à mettre sérieusement en doute les appréciations et conclusions de la Dre C.\_\_\_\_\_, étant précisé que la Dre Q.\_\_\_\_\_ ne semble pas avoir eu connaissance de l'entier du dossier puisqu'elle évoque uniquement l'avis du psychiatre traitant.

Enfin, on ne saurait retenir que l'expertise de la Dre C.\_\_\_\_\_ est dépourvue de toute valeur probante du simple fait que son appréciation sur la capacité de travail pour la période antérieure à avril 2019 diverge de celle de la Dre E.\_\_\_\_\_. Pour cette période, l'appréciation de la Dre E.\_\_\_\_\_ est moins convaincante dans la mesure où elle semble avoir repris l'avis du psychiatre traitant sans vraiment procéder à un examen critique de celui-ci. Par ailleurs, dans son rapport complémentaire du 21 mai 2021, elle précise qu'un épisode dépressif léger (qui est le diagnostic retenu par elle) s'accompagne habituellement de difficultés mineures à mener à bien les activités professionnelles et sociales habituelles et qu'il est rare que le sujet cesse toute activité. Or des difficultés majeures ne ressortent pas des constatations de la Dre

E.\_\_\_\_\_ puisqu'elle relève notamment que la recourante a une vie de famille stable, qu'elle assume les activités de la vie quotidienne, aidée à l'époque par sa belle-mère qui vivait avec elle, que ses ressources personnelles sont préservées, qu'elle s'était rendue en Serbie en avion en juillet 2018, puis en voiture du 22 décembre 2018 au 3 janvier 2019, et que sa vie sociale s'améliorait (cf. son rapport du 21 mai 2019). Quoi qu'il en soit, la question relative à la capacité de travail de mai 2018 à mai 2019 peut rester indécise puisque cette période constitue l'année de carence précédant l'éventuel octroi d'une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 let. b LAI) et que les deux expertes sont unanimes sur le fait que la capacité de travail est entière à compter d'avril 2019.

**hh)** Enfin, le grief formulé par la recourante à l'encontre de l'anamnèse affective et sociale retenue par la Dre C.\_\_\_\_\_ est également infondé. A ce propos, la recourante ne nie pas que l'anamnèse, en particulier la description d'une journée type, retranscrite dans le rapport d'expertise correspond aux déclarations qu'elle a effectivement tenues devant l'experte. Elle critique le rapport d'expertise sur ces points au motif qu'il est en contradiction avec les rapports de son psychiatre traitant qui mentionnent notamment une impossibilité à effectuer des tâches ménagères même simples, un isolement et une vie sociale très pauvre. Or, comme vu précédemment, les rapports médicaux du psychiatre traitant ne peuvent pas être considérés comme probants, étant rappelé qu'ils comportent des incohérences également sur l'anamnèse sociale et affective de la recourante. A noter encore que l'anamnèse de la Dre C.\_\_\_\_\_ rejoint pour l'essentiel celle de la Dre E.\_\_\_\_\_.

**f)** Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a estimé que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

**6.** Le dossier permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause et l'audition de la recourante ainsi que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent sur les éléments retenus ci-dessus. Les

mesures d'instruction requises dans ce sens sont donc rejetées ; de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (par appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

Quant à la tenue de débats publics, la recourante y a renoncé par courrier du 10 octobre 2022.

**7.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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 recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de N.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :