

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente

Mmes Di Ferro Demierre, juge, et Silva, assesseure

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 43 al. 1 et 45 al. 1 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1993, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'assistante socio-éducative depuis 2016. Elle a travaillé en cette qualité auprès du Centre de vie enfantine H. _____ [...] dès le 1^{er} octobre 2018.

Indiquant souffrir de bipolarité, diagnostiquée en 2017, elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande déposée le 27 janvier 2020 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a notamment recueilli le rapport du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 12 mai 2020. Ce praticien, assumant la prise en charge de l'assurée depuis janvier 2020, retenait le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6), depuis 2017. Sa patiente était suivie sur le plan psychiatrique depuis ses 18 ans, initialement en raison d'épisodes dépressifs. Il soulignait également la survenance d'un épisode hypomaniaque. A sa consultation bihebdomadaire, il avait relevé des symptômes psychotiques sous forme d'un sentiment de persécution, d'importantes angoisses, des symptômes hypomaniaques sous forme d'hyperactivité et d'achats excessifs, une labilité émotionnelle marquée, ainsi que des symptômes dépressifs sous forme d'idéation suicidaire, tristesse et aboulie. Un traitement antipsychotique, stabilisateur de l'humeur et antidépresseur, avait été mis en place. Malgré une évolution lentement favorable, l'assurée présentait toujours une aboulie, des difficultés de concentration, d'initiation de l'acte, une labilité émotionnelle, ainsi que des craintes agoraphobiques persécutoires (peur des interactions sociales). Le pronostic était défavorable. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 6 janvier 2020 et de 50 à 60 % en cas de réadaptation dans une activité adaptée à l'état de santé (activité plutôt manuelle et répétitive).

La précédente psychiatre traitante de l'assurée, la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété un rapport le 24 juillet 2020. Elle a indiqué avoir suivi l'assurée de mars 2018 à septembre 2019 dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire de type 2, mixte (F31.6). Elle avait observé des symptômes dépressifs importants, avec une grande tristesse, un sentiment de culpabilité, une perte d'estime de soi, une aboulie et une anhédonie, ainsi que des idées suicidaires. L'assurée souffrait également d'irritabilité, de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Sa capacité de travail se montait, selon la spécialiste, au maximum à 50 %, dans un environnement calme et sans stress.

Sur questions du Service médical régional (SMR), le Dr G._____ a précisé, le 26 août 2020, que le status clinique de sa patiente demeurait identique à celui précédemment décrit. La dégradation de la capacité de travail résultait « de l'instauration de la symptomatologie de son trouble bipolaire accompagnée d'une symptomatologie résiduelle de plus en plus conséquente au cours des années », ce qui aggravait les rapports avec autrui, la capacité à gérer le stress et à entreprendre des tâches complexes. Au titre de diagnostic différentiel, le spécialiste envisageait celui de trouble schizo-affectif mixte (F25.2), en raison de la présence d'idées paranoïaques.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a diligenté une expertise psychiatrique de l'assurée, par mandat du 10 novembre 2020 confié à la Dre O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du C._____. Selon son rapport, rédigé le 21 décembre 2020, l'experte retenait les diagnostics de personnalité émotionnellement labile (F60.3) et d'autres troubles affectifs bipolaires (F31.8), considérés comme stabilisés, lesquels demeuraient sans incidence en termes de capacité de travail. Elle estimait que les critères diagnostiques d'un trouble affectif bipolaire mixte n'étaient pas réalisés, au vu de ses observations en cours d'examen et en l'absence de gravité de la symptomatologie présentée par l'assurée. Les limitations fonctionnelles évoquées par les psychiatres traitants ne se manifestaient pas de manière identique dans tous les domaines de la vie.

Seules pouvaient être prises en compte une sensibilité au stress et des difficultés interpersonnelles. Une adaptation du traitement médicamenteux devait être envisagée, vu les signes d'une imprégnation au lithium. L'assurée conservait des ressources, de l'avis de l'experte, en raison du maintien de bonnes relations avec sa famille et de compétences professionnelles. Son état était stabilisé. Sa capacité de travail était ainsi préservée, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Dite capacité avait pu « s'infléchir de manière ponctuelle » pour des motifs psychiatriques, mais devrait vraisemblablement rester inchangée dans le futur.

Sur requête de précisions du SMR, la Dre O._____ a confirmé, le 8 février 2021, que la capacité de travail de l'assurée était effectivement entière, sous réserve d'une restriction ponctuelle limitée dans le temps, tandis que les limitations fonctionnelles évoquées ne revêtaient pas un caractère incapacitant.

Le 17 février 2021, le SMR s'est rallié à l'évaluation communiquée par l'experte du C._____.

Après consultation de la J._____SA, assureur perte de gain, eu égard aux périodes d'incapacité de travail indemnisées, l'OAI a réinterrogé la Dre O._____ par pli du 4 mars 2021. Cette dernière a indiqué, le 12 mars 2021, prendre en considération une incapacité totale de travail du 6 janvier au 30 novembre 2020 « en lien avec l'environnement professionnel de l'assurée », non pas pour une raison biomédicale.

Par projet de décision du 19 mars 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, faute d'incapacité de travail de longue durée imputable à son atteinte à la santé.

Assistée de PROCAP, Service juridique, l'assurée a contesté le projet précité aux termes d'une écriture du 21 mai 2021. Elle a

essentiellement fait grief à l'OAI d'avoir conféré pleine valeur probante au rapport d'expertise de la Dre O._____. Ce document était, de son point de vue, empreint de contradictions, d'imprécisions et manquait de rigueur, faute d'explications convaincantes venant justifier les diagnostics posés et l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. Était joint en annexe un nouveau rapport du Dr G._____, rédigé le 18 mai 2021, selon lequel l'appréciation de la Dre O._____ était contestable tant sur le plan diagnostique qu'eu égard à l'évaluation de la sévérité de l'atteinte à la santé affectant l'assurée. Le psychiatre traitant relevait que sa patiente ne présentait pas les caractéristiques d'une personnalité émotionnellement labile, maintenant le diagnostic de trouble affectif bipolaire dans le cas particulier. Cette pathologie évoluait par phases, avec un risque de récurrences. Une reprise d'activité en tant qu'assistante socio-éducative, confrontée au stress, aux différents mouvements d'humeur et à des symptômes de persécution, lui apparaissait impossible.

L'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité par décision du 27 août 2021, accompagnée d'une correspondance du même jour émanant de son Service juridique. Il a souligné que le débat diagnostique ne s'avérait pas déterminant en assurance-invalidité, dans la mesure où seules importaient les incidences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. L'experte avait mis en évidence les ressources de l'assurée et souligné l'importance de l'adaptation du traitement pharmacologique. Elle avait également relaté des facteurs psychosociaux dont il convenait de se distancer pour évaluer le cas particulier. En l'absence d'élément médical nouveau apporté par le Dr G._____, il n'y avait donc pas lieu de s'écarter des conclusions de la Dre O._____.

B. B._____, toujours représentée par PROCAP, Service juridique, a déféré la décision du 27 août 2021 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 30 septembre 2021. Elle a conclu, principalement, à la reconnaissance d'un droit à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et/ou rente) et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction

complémentaire avant nouvelle décision. Réitérant ses précédents arguments, elle a fait valoir que ses psychiatres traitants avaient justifié, de manière convaincante, les diagnostics retenus et leurs répercussions en termes de capacité de travail. Le rapport d'expertise de la Dre O._____, dénué de cohérence et en contradiction avec les avis étayés des spécialistes traitants, ne pouvait pas être suivi pour fonder l'examen de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

L'OAI a répondu au recours le 2 décembre 2021 et conclu à son rejet, renvoyant notamment à la correspondance explicative jointe à la décision querellée.

C. Le 17 mars 2023, la magistrate instructrice a mandaté le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins d'expertise judiciaire de l'assurée. L'expert a communiqué son rapport le 26 avril 2023. Il a exposé que l'assurée présentait, à son avis, des accès hyperphagiques (F50.8), un trouble panique (F41.0), une anxiété sociale (F40.10), une agoraphobie (F40.0) et un trouble bipolaire de type II, épisode actuel dépressif moyen (F31.81). Sa capacité de travail ne dépassait pas 20 % d'un 100 % dans toutes activités depuis le 6 janvier 2020. Il n'était plus souhaitable que l'assurée s'engage dans une profession nécessitant de prendre en charge de jeunes enfants. En cas d'amélioration ultérieure de l'état de santé, des mesures professionnelles devraient être introduites dans la perspective d'atteindre une capacité de travail de 50 % à long terme.

Les parties ont été invitées à se déterminer sur le rapport d'expertise du Dr D._____ le 1^{er} mai 2023.

Par correspondance du 17 mai 2023, l'OAI a proposé de retenir que l'assurée présentait une incapacité de travail continue et durable de 80 % dans toutes activités depuis le 6 janvier 2020. Il se basait, à cet égard, sur un avis du SMR du 16 mai 2023, lequel concluait à l'absence d'éléments justifiant de s'écarter de l'appréciation de l'expert judiciaire.

Le 22 mai 2023, l'assurée a suggéré de suivre les conclusions du Dr D. _____ et de reconnaître son droit au versement d'une rente entière d'invalidité, au plus tôt à compter du mois de janvier 2021.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 30 septembre 2021 contre la décision de l'intimé du 27 août 2021 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

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

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse et de la survenance de l'état de fait déterminant (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. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

5. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

b) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

6. a) Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418), ainsi qu'aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

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

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

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de

lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen

de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

8. a) En l'espèce, il est établi que la recourante, atteinte dans sa santé psychique, fait l'objet d'un suivi spécialisé de longue date, singulièrement dès mars 2018 auprès de la Dre F._____, puis dès janvier 2020 auprès du Dr G._____. Ces praticiens ont tous deux considéré que la recourante présentait un trouble affectif bipolaire de type II, mixte, lequel entravait significativement sa capacité de travail (à hauteur d'au moins 50 %). Ils fournissent par ailleurs une énumération convergente des limitations fonctionnelles affectant leur patiente (cf. rapports des 12 mai et 24 juillet 2020 à l'intimé). Le Dr G._____ a, au surplus, confirmé son appréciation du cas de la recourante dans un rapport subséquent du 18 mai 2021.

b) Dans ce contexte, l'évaluation expertale, communiquée le 21 décembre 2020 par la Dre O._____, sur mandat de l'administration,

apparaît diamétralement opposée aux conclusions et constats rapportés les spécialistes traitants. La Dre O. _____ a notamment consigné les éléments suivants à l'issue de son examen clinique afin de justifier son appréciation du cas :

« [...] **Arguments Diagnostics** [sic] :

La personne assurée ne présente pas d'antécédents psychiatriques familiaux mis à part une sœur qui a fait une tentative de suicide qui n'est pas suivie en psychiatrie et son père décrit comme étant alcoolodépendant.

La personne assurée est connue du milieu psychiatrique ambulatoire depuis 2011, elle a bénéficié d'un suivi soutenu auprès d'un médecin psychiatre et puis d'un autre.

Celle-ci décrit des périodes d'élation de l'humeur avec une errance sexuelle, des achats compulsifs, des déménagements fréquents et des périodes basses avec un risque de passage à l'acte suicidaire, à chaque fois prise en charge uniquement par sa famille.

La personne assurée a été mise sous traitement antidépresseur et régulateur de l'humeur à type de lithiofor 660 mg 2 x par jour, elle présente face à nous tous les symptômes d'imprégnation du lithium et son premier bilan thyroïdien est perturbé.

[...]

À l'examen ce jour, la personne assurée ne présente pas de trouble du cours de la pensée, pas de ralentissement psychomoteur, l'humeur est neutre, celle-ci est figée face à nous et présente des symptômes d'imprégnation des neuroleptiques.

La personne assurée ne présente pas d'anhédonie, pas d'aboulie, elle nourrit une vie privée assez riche, elle a accès à la notion de plaisir et a de bonnes relations avec chacun de ses proches.

La personne assurée ne présente pas d'élation de l'humeur, pas d'idées suicidaires, pas d'idées noires, pas de trouble des fonctions supérieures et pas de trouble des fonctions instinctuelles.

Aucun symptôme de la dépression ne peut être retenu ce jour, la personne assurée ne présente pas de consommation problématique de substances psychoactives.

Elle ne présente pas de symptômes anxieux.

La personne assurée présente des traits de personnalité particuliers, avec une certaine fragilité dans l'enfance, une fragilité relationnelle durant l'âge adulte et des difficultés interpersonnelles sur son lieu de travail et dans sa vie privée. Un caractère parfois explosif lorsqu'elle est en famille, avec une labilité de l'humeur, des comportements impulsifs surtout sous l'emprise de toxiques, des consommations qui ne sont plus d'actualité.

Par ailleurs, un diagnostic de bipolarité a été retenu par son médecin psychiatre, qui est difficile à retenir ce jour, en l'absence des critères [diagnostiques] de ce trouble.

À noter que l'expertisée n'a pas bénéficié d'hospitalisation en milieu psychiatrique, les périodes d'élation de l'humeur étaient régulièrement concomitantes à des consommations importantes de cannabis et la personne assurée décrit une autonomie et une indépendance depuis toujours.

Et des périodes de forte dépression, entrant plus dans le cadre d'une récurrence dépressive, à noter que le médecin psychiatre décrit un épisode hypomaniaque suite à la mise sous traitement antidépresseur, ce qui permet de retenir un diagnostic de bipolarité

de type 2 : F 31.8 Autres troubles affectifs bipolaires. Le traitement doit consister à l'association d'un traitement antidépresseur et d'un traitement antipsychotique atypique, le traitement sous lithium n'a pas sa place dans ce type de trouble, à noter les effets secondaires multiples retenus ce jour. Dysthyroïdie, prise de poids, dyskinésie, le traitement sous lithium devrait être interrompu.

L'évaluation objective de ce jour retient un diagnostic **F 60.3 Personnalité émotionnellement labile, non décompensée et F 31.8 Autres troubles affectifs bipolaires.**

Retenus stabilisés.

La personne assurée décrit avoir eu un geste agressif vis-à-vis d'un enfant, une situation non révélée à son employeur et secondaire à une période de grande fatigue. A noter l'absence d'antécédents de ce type de geste par le passé, la personne assurée se décrit comme étant une personne compétente et sur laquelle on peut compter. Ce qui peut être retenu comme étant un événement ponctuel et ne peut justifier la mise en place de mesures de reconversion professionnelle.

Selon les indicateurs jurisprudentiels de 2015 :

Le degré de gravité fonctionnelle ne peut être cité dans ce cas, devant l'absence de gravité du diagnostic retenu. Le diagnostic est retenu comme étant non incapacitant sous traitement bien conduit, sans conséquence sur le fonctionnement de la personne assurée dans sa vie quotidienne, aussi Madame ne présente pas de conséquence de ce trouble dans le domaine psychosocial.

Les mesures de traitements sont au-dessus des propositions thérapeutiques habituelles, pour ce type de diagnostic et les effets secondaires repérables ainsi que le monitoring thérapeutique permettent de relever une surcharge de traitement qui devrait être réajusté.

La question des ressources personnelles dont dispose l'assurée, eu égard en particulier à sa personnalité et à son environnement social, a été examinée et ne retient pas de limitations.

Ce qui soutient notre évaluation et la notion de non gravité de la répercussion de ce trouble dans tous les domaines.

Puis dans la seconde phase « de cohérence », les limitations alléguées ne se manifestent pas de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et vie privée), l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact.

Le compte rendu médical ne retient pas de notion d'aide et une sollicitude accrue de la part de l'entourage depuis le début de l'incapacité. [...] »

La Dre O._____ a par ailleurs, sur questions réitérées de l'intimé, concédé une incapacité de travail limitée du 6 janvier au 30 novembre 2020, pour tenir compte des incapacités de travail indemnisées par la J._____SA. Elle a précisé que cette incapacité était liée à l'environnement professionnel de la recourante (cf. réponse de la Dre O._____ à l'intimé du 12 mars 2021).

c) Etant donné le caractère inconciliable des pièces médicales versées au dossier, il s'est imposé de procéder à une expertise judiciaire en vue de clarifier le cas de la recourante. Dans ce contexte, le Dr D. _____, mandaté par la Cour de céans, s'est exprimé en ces termes sur le plan diagnostique :

« [...] **Appréciation diagnostique**

Le libellé diagnostique qui est exposé ci-dessus repose sur les arguments suivants.

Accès hyperphagiques (binge eating disorder)

L'hyperphagie boulimique (binge eating disorder) est aujourd'hui intégrée dans le chapitre des troubles des conduites alimentaires du DSM-5 sous la dénomination de « *Accès hyperphagiques (binge eating disorder)* » avec le code F50.8.

Ce trouble est diagnostiqué s'il y a la survenue récurrente d'accès hyperphagiques, c'est-à-dire d'une absorption en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à la normale et qu'il y a le sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

Les accès sont entre autres choses accompagnés d'un sentiment de dégoût de soi-même, de dépression, de culpabilité et de détresse marquée. Ces sujets mangent le plus souvent seuls pendant les crises.

Pour que le diagnostic puisse être retenu, les accès hyperphagiques doivent survenir en moyenne au moins une fois par semaine et pendant trois mois.

Les accès hyperphagiques ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires (vomissements, laxatifs) comme dans la bulimia nervosa. Ces sujets ne sont en principe pas anormalement préoccupés par leur poids et leur forme corporelle.

Dans le cas présent, l'intéressée rapporte des accès typiques dont les caractéristiques ont été décrites dans le chapitre des plaintes qui figure plus haut dans le texte de ce rapport médical. L'intéressée confirme le sentiment de perte de contrôle et un vécu de culpabilité et de honte dans les suites. Il n'y a pas de mesures compensatoires.

La fréquence de ces accès est variable. Actuellement, il s'agit de 4 à 7 accès/semaine et ce, au moins depuis les 3 derniers mois.

Au vu de ce qui précède, le soussigné pose un diagnostic de trouble accès hyperphagique de gravité moyenne (4 à 7 accès/semaine).

Trouble panique

Selon le DSM-5, l'attaque de panique correspond à une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre ou plus d'une liste de 13 symptômes.

On diagnostique un trouble panique :

1. s'il y a des attaques de panique récurrentes et inattendues
2. et s'il y a une crainte persistante quant à la survenue d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences
ou un changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (comportements d'évitement problématiques).

Comme mentionné plus haut, Mme B. _____ rapporte des attaques typiques d'une vingtaine de minutes avec montée très rapide, plateau et lente régression, qui comprennent de la peine à respirer, une sensation « de vertige », des palpitations, des sudations anormales (aisselles, dos, front, mains) et un tremor des mains. Ces crises sont accompagnées de la cognition caractéristique d'un risque de perte de contrôle ou de mort imminente.

Les attaques peuvent être déclenchées par des soucis ou par une situation phobogène. Elles surviennent aussi de façon spontanée, sans évidence d'un facteur déclenchant.

Suite à ces attaques, l'intéressée a développé des conduites d'évitement du domaine social et agoraphobe.

Au vu de ce qui précède, le soussigné pose un diagnostic de trouble panique, selon les critères du DSM-5. Si l'intéressée en a rapporté la symptomatologie à l'experte O. _____, cette dernière ne l'a pas discutée ni reprise dans ses conclusions diagnostiques.

Trouble anxiété sociale (phobie sociale)

Selon les ouvrages diagnostiques de référence, le trouble anxiété sociale (phobie sociale) se définit comme une peur ou une anxiété intense d'une ou de plusieurs situations sociales durant lesquelles la personne est exposée à l'observation attentive d'autrui.

Lorsque les sujets en cause sont confrontés à ces situations, leur crainte est celle d'être jugés négativement, d'être perçus comme anxieux, faibles, fous, stupides, ennuyeux, sales ou antipathiques et par voie de conséquence, d'être rejetés.

Cette anxiété pathologique est objectivement disproportionnée et va bien au-delà de ce que désigne la simple timidité. Elle occasionne un dysfonctionnement et/ou une souffrance significative.

Dans le cas présent, l'intéressée présente une anxiété sociale dès l'enfance. Elle en a été gênée à l'école et au gymnase. Elle a pu contribuer à son isolement. Elle en est gênée dans son travail, puisque cette phobie accentue le sentiment de rejet lié à son insuffisance de performances.

Au vu de ce qui précède, le soussigné retient ici le trouble anxiété sociale (phobie sociale) selon les critères du DSM-5. Si l'intéressée en a rapporté la symptomatologie à l'experte O. _____, cette dernière ne l'a pas discutée ni reprise dans ses conclusions diagnostiques.

Agoraphobie

Selon le DSM-5, l'agoraphobie se définit aujourd'hui comme une peur ou une anxiété marquée face à l'exposition réelle ou anticipée de deux ou plus des cinq situations suivantes :

1. utiliser les transports publics
2. être dans des endroits ouverts comme des parkings, des marchés ou des ponts
3. être dans des endroits confinés comme des commerces, des théâtres ou des cinémas
4. être dans une file d'attente ou dans une foule
5. être seul à l'extérieur de son domicile.

Les sujets en cause évitent ces situations au vu de la cognition qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou d'y trouver du secours, notamment s'ils étaient confrontés à une attaque de panique. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une détresse et/ou une altération significative du fonctionnement.

Dans ses formes sévères, l'agoraphobie peut imposer un repli à domicile complet et rendre les sujets en cause très dépendants. La comorbidité de symptômes dépressifs et d'abus de substances psychoactives est fréquente. L'agoraphobie est un trouble typiquement persistant et chronique. La rémission complète est rare.

Dans le cas présent, l'intéressée est anxieuse dans les grands magasins, surtout s'il y a foule. Elle choisit les heures « creuses » pour faire ses courses. Elle est mal à l'aise dans les transports en commun (bus, train, avion). Elle a eu des difficultés pour ses deux déplacements à [...] et elle a fini par annuler un dernier rendez qu'elle avait souhaité pour discuter du rapport final du soussigné. Elle n'aime pas s'éloigner de son domicile et tend de plus en plus à rester enfermée chez elle.

Au vu de ce qui précède, le soussigné pose un diagnostic d'agoraphobie. Ce trouble remonte vraisemblablement aux débuts de l'âge adulte.

Les troubles anxieux ci-dessus n'ont jamais été mentionnés au dossier, ce qui n'a rien d'inhabituel, sachant que les sujets en cause tendent à se montrer taiseux à ce sujet. Dans le cas présent, Mme B. _____ s'en est pourtant plainte lors de l'expertise O. _____ mais cette dernière ne les a pas discutés ni repris dans ses conclusions diagnostiques.

Trouble bipolaire de type II

Selon le DSM-5, un trouble bipolaire de type II doit être retenu lorsque le sujet en cause a présenté au moins un épisode hypomaniaque et au moins un épisode dépressif caractérisé.

Un épisode hypomaniaque est une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable, de façon anormale et qui persiste la plupart du temps, presque tous les jours et pendant au moins quatre jours consécutifs.

Le tableau clinique comprend une augmentation de l'estime de soi, une réduction du besoin de sommeil, une plus grande communicabilité, une fuite des idées, une distractibilité, une augmentation de l'activité et un engagement excessif dans des comportements à potentiel dommageable comme des achats inconsidérés et des conduites sexuelles à risque, comme c'est le cas ici.

L'épisode hypomaniaque s'accompagne de modifications du fonctionnement qui diffère de celui du sujet en cause en dehors de la période symptomatique.

Dans le cas d'un épisode hypomaniaque, la sévérité de l'élévation de l'humeur n'est pas suffisante pour entraîner une grave altération du fonctionnement socio-professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation, comme c'est le cas dans la plupart des épisodes maniaques.

Selon le DSM-5, les sujets présentant un trouble bipolaire de type II consultent généralement lors d'un épisode dépressif. Ils peuvent ne pas percevoir les épisodes hypomaniaques comme pathologiques, même si ceux-ci sont visibles et considérés comme dysfonctionnels par l'entourage.

C'est pour ce motif que le trouble bipolaire de type II n'est souvent diagnostiqué que tardivement. La littérature scientifique précise qu'il peut se passer près de dix ans avant que les sujets présentant un trouble bipolaire de type II reçoivent le diagnostic correct et le traitement spécifique.

Le DSM-5 précise que le trouble bipolaire de type II peut débuter à la fin de l'adolescence et tout au long de la vie adulte. L'âge moyen de début est toutefois le milieu de la troisième décennie. Le trouble débute le plus souvent par un épisode dépressif. Des troubles anxieux, des troubles de l'usage d'une substance ou des troubles du comportement alimentaire peuvent également précéder le diagnostic. Ils sont tous connus dans le cas de Mme B. _____, même si elle est aujourd'hui en rémission sur le plan des substances psychoactives.

L'intervalle entre les épisodes tend à décroître avec l'âge. Les épisodes dépressifs sont plus durables et plus invalidants au cours du temps.

Contrairement à ce que définissait le DSM-IV-TR, un épisode mixte ne fait plus passer automatiquement au diagnostic de trouble bipolaire de type I. Un tel épisode est remplacé par un spécificateur « avec des caractéristiques mixtes » qui peut être appliqué tant au trouble bipolaire I qu'au trouble bipolaire II.

Selon le DSM-5, approximativement 60 % des sujets souffrant d'un trouble bipolaire ont au moins trois troubles psychiatriques associés, 75 % ont un trouble anxieux et 37 % un trouble de l'usage des substances psychoactives. Les troubles anxieux précèdent le plus souvent le trouble bipolaire. Près de 14 % des sujets souffrant d'un trouble bipolaire II ont au moins un antécédent de trouble des conduites alimentaires, les accès hyperphagiques étant plus fréquents que la boulimie et l'anorexie mentale. *Tout ce descriptif colle parfaitement à l'histoire de cette assurée et devrait parler contre un trouble bipolaire uniquement dû à la prescription d'un antidépresseur.*

Dans le cas présent, l'intéressée a présenté un premier épisode dépressif franc vers l'âge de 18 ans, dans le contexte de l'interruption de ses études gymnasiales. Le premier épisode hypomaniaque a suivi en 2019 et a été formellement diagnostiqué par la psychiatre traitante de l'époque. Il y a vraisemblablement eu des récurrences, sans qu'on en sache plus. Il y a eu des périodes où la présentation était celle d'un épisode mixte. Un de ces épisodes a été observé par le médecin psychiatre traitant actuel.

L'évolution paraît délétère sachant que depuis vraisemblablement plusieurs années, il n'y a plus de phase inter-critique libre de toute symptomatologie.

La présentation actuelle est celle d'un *épisode dépressif caractérisé de degré moyen*. On retrouve en effet l'humeur dépressive, la diminution moyennement marquée de l'intérêt et du plaisir, un gain de poids significatif en l'absence de régime, une insomnie presque tous les jours, une perte moyenne de l'énergie et des pensées de mort récurrentes.

On est au-delà des 5 symptômes requis pendant au moins 2 semaines mais certains d'entre eux sont peu marqués (fatigabilité, perte d'intérêt, prise de poids actuelle) en ce moment. Au vu de ces constatations, le soussigné considère que l'intéressée relève aujourd'hui d'un épisode dépressif caractérisé moyen dans le cadre de son trouble bipolaire II. Les épisodes dépressifs ont pu être plus graves dans le passé.

Actuellement il n'y a pas de caractéristiques psychotiques associées. Sachant ce qui est déjà retenu en termes de trouble anxieux spécifique, le soussigné renonce à accoler à cet épisode la caractéristique de « avec détresse anxieuse ». [...] »

L'expert judiciaire a dès lors conclu à une incapacité de travail de 80 % dans toutes activités, se déterminant comme suit sur la cohérence du tableau clinique, ainsi que sur les éventuelles ressources de la recourante :

« [...] **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Dans la mesure où l'on retient les diagnostics précités, on peut affirmer que Mme B. _____ offre un tableau clinique cohérent. Il n'y a pas d'atypie.

L'expertise ne majore pas ses plaintes. Elle se montre authentique. Il n'y a pas d'indice de simulation.

L'histoire de l'assurée et les limitations qu'elle rapporte correspondent enfin à ce à quoi un clinicien expérimenté peut s'attendre dans une telle situation diagnostique.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Pour le soussigné, le parcours professionnel de l'intéressée parle de lui-même. Mme B. _____ n'a jamais réussi à s'intégrer durablement dans le monde du travail depuis les débuts de l'âge adulte, alors qu'elle le souhaiterait. Les limitations ne font dès lors guère de doute.

Ce qu'on sait du comportement de l'intéressée ne va pas dans le sens de la « désinvolture » de traits de personnalité dyssociale. Elle n'a pas de traits de personnalité de ce registre. Il n'y a pas davantage [de] notion d'un grave problème avec les substances psychoactives ou avec l'alcool qui fonderait cette évolution catastrophique. Mme B. _____ ne peut pas être assimilée à un « cas social ».

L'intéressée relève en fait d'une pathologie psychiatrique grave, identifiable et sans atypies. C'est à cause de ses troubles psychiatriques qu'elle n'a pas les ressources pour œuvrer dans le 1^{er} marché du travail à temps plein.

Mme B. _____ est incapable de s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle sur la durée. En raison de ses troubles, elle peut arriver en retard. Elle est fréquemment absente. Elle est dès lors difficilement supportable pour un employeur.

L'intéressée manque de flexibilité et de capacités adaptatives. Elle est incapable de planifier et de structurer ses tâches et de faire usage de ses compétences spécifiques, surtout si elle se sent sous pression. Elle peut avoir de la peine à apprécier une situation donnée et risque de prendre des décisions à l'emporte-pièces.

Les éléments dépressifs et anxieux affectent ses capacités d'endurance.

Mme B. _____ est anormalement fatigable et s'épuise rapidement.

L'intéressée a des problèmes pour s'affirmer. Elle peut aussi le faire de façon inappropriée et se montrer irritable.

L'assurée a des difficultés dans ses relations interpersonnelles, tant dans la vie sociale en général que dans les groupes. Celles-ci sont essentiellement causées par sa problématique phobique.

Mme B. _____ peut néanmoins établir et conserver des relations proches. Sa vie sentimentale reste tout de même compliquée.

L'intéressée n'a que peu d'activités de loisirs. Elle sort peu. Elle tend à s'isoler. Elle est apte à se déplacer, sous certaines conditions. Elle

est autonome pour son hygiène, ses soins corporels et ses activités de la vie quotidienne. »

9. a) In casu, il s'agit de constater que les conclusions du Dr D._____, extrêmement étayées et exemptes de contradictions, procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances pertinentes ressortant de l'anamnèse et du status clinique observé au cours des examens de la recourante. L'expert a relaté minutieusement les plaintes alléguées par celle-ci et s'est prononcé en pleine connaissance de l'intégralité du dossier médical, non sans s'être entretenu avec le psychiatre traitant et avoir fait procéder à différents tests et examens complémentaires. Les réponses apportées par l'expert judiciaire aux questions posées dans le cadre de son mandat sont particulièrement exhaustives et de nature à emporter la conviction. L'expert a, par ailleurs, précisément analysé la grille des indicateurs recommandée par la jurisprudence fédérale. A l'instar des parties, il s'agit donc de conclure que le rapport du Dr D._____ du 26 avril 2023 remplit l'ensemble des critères justifiant de lui conférer une pleine valeur probante.

b) Par conséquent, il convient de retenir que la recourante présente effectivement une incapacité de travail 80 % dès le 6 janvier 2020. Cette conclusion valant pour toutes activités, il s'ensuit que l'incapacité de travail et de gain se confondent, de sorte qu'un taux d'invalidité de 80 % doit être reconnu à l'assurée. Un tel degré d'invalidité ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. Le versement de cette prestation ne peut toutefois intervenir qu'à compter du 1^{er} janvier 2021, vu le délai de carence imposé par l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

c) On constatera au surplus que le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert en l'état, vu les observations du Dr D._____ à cet égard (cf. rapport d'expertise du 26 avril 2023, p. 32).

10. a) A teneur de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables

à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

b) Dans le cas particulier, le rapport d'expertise de la Dre O._____ du 21 décembre 2020 ne répondait manifestement pas aux exigences minimales de qualité requises par une mission expertale pour se prononcer sur le droit aux prestations de la recourante. Ce document a été d'ailleurs analysé par l'expert judiciaire en ces termes :

« [...] Pour le soussigné, le rapport d'expertise O._____ est difficile à lire. Il contient de nombreuses répétitions et des contradictions. Le médecin du SMR a d'ailleurs dû poser à deux reprises des questions complémentaires sur des points décisifs, ce qui, pour le soussigné, est tout de même inhabituel.

L'anamnèse retranscrite dans le rapport O._____ ainsi que le relevé des plaintes de l'assurée auraient pu être davantage travaillés et détaillés. On est ici face à un cas complexe relevant de multiples troubles psychiques. Deux consultations d'expertise, au lieu d'une seule, n'auraient certainement pas été superflues.

Pour l'expert, il manque aussi l'appel téléphonique au médecin psychiatre traitant, d'autant plus que la Dre O._____ se prononce sur la prescription médicamenteuse de [ce] confrère.

Il n'y a pas de tests psychologiques, alors qu'ils sont plutôt considérés comme un passage obligé de l'expertise psychiatrique et qu'ils sont requis par les directives pour les expertises de la Société suisse de psychiatrie.

[...]

Pour le soussigné, d'autres points de l'évaluation du cas en cause posent problème :

1. [...].

2. Alors qu'elle donne davantage d'informations à ce sujet au départ, la

Dre O._____ relate, sous « arguments diagnostiques » en page 22 de son rapport, que la personne assurée « ne présente pas d'antécédents psychiatriques familiaux » mis à part une sœur qui a fait une tentative de suicide et son père décrit comme alcoolodépendant.

L'experte O._____ oublie dans ce passage la grave dépression du père, les troubles psychiques de la mère et de la sœur jumelle de l'assurée. C'est par ailleurs le grand-père paternel et non pas le père, qui avait des problèmes avec l'alcool.

Contrairement à ce qu'écrit la Dre O._____, les antécédents psychiatriques familiaux sont ici lourds, très lourds et ce point ne doit pas être minimisé pour effectuer une appréciation correcte du cas en cause.

3. L'expert soussigné constate qu'en page 16 de son rapport, la Dre O._____ écrit que Mme B._____ « décrit faire au moins 3 crises de panique/semaine, des crises qui durent 1/2 heure à une heure et qui sont à l'origine de fatigue et de stress ».

Cette plainte de l'assurée oriente immédiatement vers un trouble panique qui est une pathologie anxieuse potentiellement incapacitante et qui doit être prise en compte pour une appréciation correcte du cas en cause. La Dre O. _____ ne l'a pas fait.

4. L'experte O. _____ note que l'intéressée ne supporte pas le regard des gens sur elle, ce qui devrait au moins poser la question de l'anxiété sociale (phobie sociale), sachant le contexte d'attaques de panique. La phobie sociale est une pathologie potentiellement incapacitante. La Dre O. _____ n'a pas approfondi ce problème. Pour le soussigné, l'experte O. _____ n'a pas suffisamment investigué la problématique anxieuse de Mme B. _____, alors que cette dernière lui a donné des informations qui devaient l'inciter à le faire.

5. En page 23 de son rapport, la Dre O. _____ écrit enfin que l'intéressée « ne présente pas de symptômes anxieux », ce qui est une contradiction en regard de ce qu'elle a elle-même noté au début de la page 16 de son rapport médical.

6. Lorsqu'elle reprend les extraits du dossier déjà traités au début de son rapport, la consœur O. _____ se montre critique face au diagnostic de trouble bipolaire. Au début de la page 26, elle écrit, par exemple, que « le diagnostic retenu ne répond pas aux critères diagnostiques d'un trouble bipolaire ». Elle répète une phrase similaire au début de la page 27. Elle retient toutefois le F31.8 « Autres troubles affectifs bipolaires » dans son appréciation finale, ce qui semble tout de même être une nouvelle contradiction.

7. Les résultats des examens de laboratoire effectués par la Dre O. _____ montrent que le bilan thyroïdien s'est normalisé et que les taux sériques de venlafaxine et d'aripiprazole sont dans la fenêtre thérapeutique, tout en sachant que pour le neuroleptique, le taux est plus élevé qu'attendu, ce qui pose la question d'un métabolisme lent.

On peut dès lors se demander si ce qu'a observé la Dre O. _____ n'est pas un épisode dépressif sévère avec ralentissement psychomoteur plutôt que le résultat d'un surdosage de la médication psychotrope et neuroleptique, en particulier.

8. L'expertise O. _____ a aussi manqué le diagnostic d'Accès hyperphagiques (binge-eating disorder) (F50.8) qui doit être systématiquement recherché dans les troubles bipolaires, à l'instar des achats inconsidérés et des conduites sexuelles à risque.

Au vu de ce qui précède, le soussigné ne peut pas se rallier aux conclusions de l'expertise psychiatrique du 21 décembre 2020. »

c) Vu les évaluations psychiatriques présentant des divergences diagnostiques inconciliables et des conclusions diamétralement opposées en termes de capacité de travail, ainsi que compte tenu de l'insuffisance du rapport d'expertise de la Dre O. _____ (ne répondant de surcroît pas aux critères jurisprudentiels posés par l'ATF

141 V 281), l'intimé aurait dû compléter l'instruction en application de son devoir d'instruire la cause d'office (art. 43 al. 1 LPGA) et ordonner une nouvelle expertise. Pour ces motifs, les frais d'expertise judiciaire, d'un montant de 6'549 fr. 45 (6'097 fr. 17 d'honoraires d'examen et 452 fr. 28 de frais de laboratoire), seront mis à sa charge (cf. également : ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; TF 9C_758/2019 du 4 février 2020 consid. 3.2).

11. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 80 %, à compter du 1^{er} janvier 2021.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la porter à la charge de l'intimé.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 27 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 80 %, dès le 1^{er} janvier 2021.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. Les frais d'expertise judiciaire, d'un montant de 6'549 fr. 45 (six mille cinq cent quarante-neuf francs et quarante-cinq centimes), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :