

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 avril 2024

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Berberat et M. Wiedler, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.**\_\_\_\_\_, à **B.**\_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Philippe Graf,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 al. 1 et 45 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28b LAI ; 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1994, a travaillé de septembre 2014 à juillet 2019 en tant qu'employée de commerce pour le compte de la Société W.\_\_\_\_\_.

Souffrant de dépression et d'anorexie, R.\_\_\_\_\_ a déposé, le 16 juillet 2018, une demande de prestations de l'assurance-invalidité, dans laquelle elle a indiqué que son incapacité de travail avait été de 100 % du 19 mars au 5 août 2018 puis de 50 % du 6 au 31 août 2018.

Dans un rapport du 26 mars 2019, la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble dépressif d'intensité légère, d'anorexie-boulimie en rémission partielle, de trouble panique avec agoraphobie en rémission partielle et de personnalité à traits évitants et anankastiques (jeune adulte). Selon cette médecin, la capacité de travail dans l'activité habituelle n'excédait pas 50 % (4 heures 25 par jour) en raison d'une fatigabilité, d'une diminution de la capacité de concentration, d'une anxiété et d'un manque d'estime de soi. Même si l'anxiété était en légère amélioration, un soutien au travail était recommandé au vu de la fragilité de la patiente.

L'assurée s'est vu allouer, dès le 10 avril 2019, une mesure de soutien/coaching pour l'aider à gérer le stress et l'anxiété ainsi que pour poser des limites dans un contexte professionnel (communication du 9 mai 2019). La recrudescence de la symptomatologie anxieuse associée à des maux de tête, à un sentiment de culpabilité et à des troubles alimentaires ont toutefois conduit à un arrêt de travail de 100 % à compter du 30 avril 2019, ce qui a débouché sur la fin de la mesure le 7 mai 2019.

Au vu du caractère imprécis des renseignements recueillis, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-

invalidité (ci-après : le SMR), a demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique « afin de déterminer les diagnostics incapacitants actuels, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, l'exigibilité de traitement, la cohérence des plaintes en particulier par une objectivation des variations de poids au moyen de la documentation médicale, le rapport à l'alcool » (avis médical du 15 mai 2019).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 18 novembre 2019, ce médecin n'a retenu aucun diagnostic incapacitant, alors qu'il a posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et léger selon les périodes depuis 2017 au présent, de trouble panique avec des attaques de panique au moins hebdomadaires et tout au plus quotidiennes mais sans limitations objectivables dans le quotidien et de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dépendante, actuellement non décompensé. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a jugé que l'activité d'employée de commerce était adaptée du point de vue psychiatrique et que l'assurée était en mesure de travailler à plein temps dans cette profession sans diminution de rendement depuis 2017.

Le 22 janvier 2020, le Dr L.\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il n'avait pas d'élément lui permettant de s'écarter de l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_.

Par projet de décision du 23 janvier 2020, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, motif pris qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé physique et psychique justifiant une incapacité de travail prolongée.

Représentée par Me Philippe Graf, avocat, l'assurée a, par pli du 13 mars 2020, présenté des objections à ce projet de décision. Contestant l'analyse médicale effectuée, elle s'est prévalu d'un courrier du 23 janvier 2020 de T.\_\_\_\_\_ SA, assureur perte de gain en cas de maladie de son dernier employeur, l'informant que son droit à 730

indemnités journalières serait épuisé au 16 avril 2020. Il fallait dès lors admettre l'existence d'une incapacité de travail prolongée découlant d'atteintes à la santé attestées médicalement.

Le 6 juin 2020, l'assurée a complété ses objections en transmettant un rapport établi le 4 juin 2020 par la Dre H.\_\_\_\_\_. Cette médecin s'y livrait à une contestation de l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ concernant l'anamnèse, les constatations et le status cliniques, les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail, en faisant état de nombreux éléments ayant été ignorés par l'expert. Aussi convenait-il, selon elle, de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique.

Le 8 juin 2020, le Centre P.\_\_\_\_\_ de F.\_\_\_\_\_ à N.\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée bénéficiait du statut de « place de jour » en son sein quatre jours par semaine de 9 heures à midi depuis le 16 mars 2020 en vue de sa réinsertion professionnelle.

Dans un avis médical du 27 août 2020, le Dr L.\_\_\_\_\_ a demandé que les nouveaux éléments au dossier soient transmis au Dr X.\_\_\_\_\_ pour savoir s'il maintenait ses conclusions et ce qu'il entendait par « un accompagnement de la réinsertion professionnelle par l'AI », alors qu'il n'avait retenu aucune atteinte médicale au sens de l'assurance-invalidité.

A la suite des critiques formulées le 7 septembre 2020 par l'assurée quant au fait de réinterroger le Dr X.\_\_\_\_\_, l'office AI a annulé sa demande auprès de ce médecin (courrier du 17 septembre 2020), lequel avait toutefois dans l'intervalle déjà répondu aux questions contenues dans l'avis précité (rapport complémentaire du 7 septembre 2020).

Tenant compte de la requête formulée par la Dre H.\_\_\_\_\_ de voir l'expertise psychiatrique de sa patiente être confiée à une femme (courrier du 18 novembre 2020), l'office AI a informé l'assurée de son

intention de mandater en tant qu'experte la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (courrier du 24 mars 2021).

Dans son rapport du 13 juillet 2021, la Dre C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent (actuellement en rémission) et de personnalité dépendante. Dans l'activité habituelle d'employée de commerce, cette médecin a relevé que la capacité de travail était, selon l'attestation établie par F.\_\_\_\_\_ le 8 juin 2020, de 50 % et qu'elle avait évolué favorablement depuis lors. Aussi, moyennant la poursuite du traitement psychiatrique et psychothérapeutique et en l'absence d'événement défavorable, la capacité de travail était susceptible d'atteindre 100 % dans un délai d'une année. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle était de 80 % depuis le 16 mars 2020 selon l'attestation précitée et devrait rester stable aux mêmes conditions que celles posées à l'appréciation de la capacité de travail dans l'activité habituelle.

Un bilan neuropsychologique a été effectué dans le cadre de cette expertise. Dans son rapport du 7 juillet 2021, J.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, a conclu à des troubles d'intensité très légère, correspondant à un trouble neuropsychologique minimal selon la table 1 de l'Association Suisse des Neuropsychologues.

Après avoir soumis le rapport de la Dre C.\_\_\_\_\_ au SMR (avis du 27 août 2021), l'office AI a jugé nécessaire d'obtenir des clarifications de sa part en l'invitant, par courrier du 30 août 2021, à répondre aux questions complémentaires contenues dans l'avis précité, ce que cette médecin a fait en date du 14 septembre 2021.

Sollicité pour détermination, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a conclu en ces termes son avis médical du 1<sup>er</sup> décembre 2021 :

La Dre C.\_\_\_\_\_ se limite à mentionner que l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_ est différente, sans pour autant démontrer en quoi elle ne serait pas probante. On ne peut pas prendre en considération les conclusions de la Dre C.\_\_\_\_\_ qui manifestement ne prend pas en compte la distinction entre une atteinte incapacitante ou non-

incapacitante, en fonction notamment de son degré de gravité objectivé. Selon elle, un diagnostic « qu'il soit sévère, moyen, léger ou même en rémission » engendre une fragilité psychique justifiant préventivement une diminution de la capacité de travail quel que soit le constat clinique. En conclusion, on ne peut retenir comme probantes les conclusions expertales de la Dre C. \_\_\_\_\_ qui ne reposent pas sur le constat clinique actuel et ne résultent pas d'une analyse du degré de gravité incapacitant des atteintes, mais sur des aspects préventifs hypothétiques. Aucune nouvelle décompensation dépressive n'est mise en évidence depuis la précédente expertise et les aspects liés à la personnalité ont déjà été examinés de manière approfondie et probante par le Dr X. \_\_\_\_\_. Les conclusions du rapport d'examen SMR du 22 janvier 2020 restent valables.

Par décision du 16 décembre 2021, l'office AI a entériné son refus de prester, conformément à son projet de décision du 23 janvier 2020.

**B.**            **a)** Par acte 17 janvier 2022, R. \_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Graf, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 16 décembre 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2019, puis d'une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2019 au 30 juin 2020 et a droit pour la suite à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel. A titre subsidiaire, elle a conclu à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire et à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'office AI pour nouvelle décision tenant compte des conclusions de l'expertise mise en œuvre et, plus subsidiairement encore, au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. En substance, l'assurée s'est attachée à expliquer pour quels motifs l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_ du 18 novembre 2019, telle que complétée le 7 septembre 2020, ne pouvait être suivie.

Il apparaissait tout d'abord que l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'expert admettait lui-même avoir établi son rapport sur la base d'une anamnèse lacunaire et, partant, d'une connaissance incomplète du dossier. De plus, il n'avait tenu aucun compte des arrêts de travail prescrits par la Dre H. \_\_\_\_\_ et indemnisés par T. \_\_\_\_\_ SA, à savoir à 100 % du 19 mars

au 5 août 2018, à 50 % du 6 août 2018 au 29 avril 2019 et à 100 % du 30 avril 2019 au 16 avril 2020. En s'avisant qu'une incapacité de travail avait été indemnisée pendant 730 jours, il était à tout le moins exigible du Dr X.\_\_\_\_\_ qu'il s'exprimât à propos du moment où serait intervenue une prétendue amélioration de l'état de santé à l'origine d'une capacité de travail totale en toute activité. Or il n'en avait rien été.

L'assurée faisait ensuite remarquer qu'il existait des divergences importantes entre l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_ et celle de la Dre C.\_\_\_\_\_. En effet, alors que le premier nommé avait exclu tout diagnostic incapacitant, sa consœur avait retenu deux diagnostics susceptibles d'affecter la capacité de travail. De plus, à l'inverse des Dres H.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, il n'avait fait mention d'aucune limitation fonctionnelle. Par ailleurs, le fait d'avoir débuté un suivi psychothérapeutique en juillet 2017 et de s'être engagée dans une mesure d'accompagnement professionnel auprès du Centre P.\_\_\_\_\_ de F.\_\_\_\_\_ depuis le 16 mars 2020 témoignait non seulement de la volonté de l'assurée d'éviter une rechute ou une aggravation de ses troubles mais aussi du niveau réel de sa souffrance psychique.

**b)** Dans sa réponse du 23 février 2022, l'office AI a relevé que l'expertise de la Dre C.\_\_\_\_\_ avait permis de vérifier qu'aucune nouvelle décompensation dépressive ne s'était produite depuis l'examen du Dr X.\_\_\_\_\_. Il a ensuite expliqué que l'évaluation de la capacité de travail faite par la Dre C.\_\_\_\_\_ ne pouvait être suivie, dans la mesure où l'élément incapacitant en lien avec le trouble dépressif ne ressortait pas de l'examen clinique pratiqué mais reposait sur une hypothèse quant à la stabilisation du fonctionnement psychique à long terme. Or une activité dans le marché libre à plein temps pouvait à nouveau aboutir à une décompensation. La distinction n'était donc pas opérée entre une atteinte incapacitante ou non incapacitante en fonction notamment de son degré de gravité objectivé. Selon la Dre C.\_\_\_\_\_, un diagnostic « qu'il soit sévère, moyen, léger ou même en rémission » entraînait une fragilité psychique justifiant préventivement une diminution de la capacité de

travail, quel que soit le constat clinique. Un tel point de vue ne pouvant être retenu, l'office AI a conclu au rejet du recours.

**c)** Par réplique du 18 mars 2022, l'assurée s'est limitée à rappeler qu'elle avait exposé, dans son mémoire de recours, les raisons pour lesquelles l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ n'était pas concluante, tandis qu'elle a renvoyé à deux allégués de son écriture précédente pour répondre aux arguments de l'office AI quant au caractère non convaincant de l'expertise de la Dre C.\_\_\_\_\_. Elle a déclaré confirmer ses conclusions.

**d)** Le 1<sup>er</sup> novembre 2022, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dont il a confié la réalisation à la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

**e)** Dans son rapport du 9 octobre 2023, co-signé par la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, la Dre D.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de trouble de la personnalité (personnalité anxieuse évitante), tandis qu'elle a retenu les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, d'anorexie mentale atypique actuellement en rémission et de trouble panique (anxiété paroxystique épisodique) actuellement en rémission. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'experte s'est exprimée comme suit :

Sur la base des éléments en notre possession, nous considérons que Mme R.\_\_\_\_\_ a présenté une incapacité de travail de 100 % du 19 mars 2018 au 5 août 2018, de 50 % du 6 août 2018 au 29 avril 2019, de 100 % du 30 avril 2019 au 15 mars 2020.

Elle a ensuite présenté une incapacité estimée à 80 % dès le 16 mars 2020, date de son intégration au programme E.\_\_\_\_\_ du Centre P.\_\_\_\_\_ de F.\_\_\_\_\_ et jusqu'au 13 septembre 2020. Dès le 14 septembre 2020, date à laquelle elle a pu travailler 4 heures par jour, 4 jours par semaine au Centre P.\_\_\_\_\_ et débuter une recherche active d'emploi, elle présente une incapacité de travail de 60 %.

Cette incapacité de travail s'est réduite à 50 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2021, soit trois mois après avoir débuté son activité dans l'entreprise M.\_\_\_\_\_, puis 40 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2021 et 20 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2022 à ce jour.

A la question « [d]’autres activités sont-elles exigibles de la part de l’assurée ? », la Dre D.\_\_\_\_\_ a répondu en ces termes :

[C]ette question est sans objet, l’incapacité de travail n’étant pas en lien avec le type de travail effectué par Mme R.\_\_\_\_\_, mais avec le mode de fonctionnement de l’expertisée dans le cadre de son trouble de la personnalité. En outre, elle peut effectuer actuellement son activité professionnelle dans un milieu familial qui contribue, par sa bienveillance, à atténuer les manifestations cliniques du trouble de base de l’expertisée.

**f)** Dans ses déterminations du 13 novembre 2023, l’assurée a indiqué qu’elle n’avait aucune remarque à formuler à propos du rapport d’expertise de la Dre D.\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2023.

**g)** S’exprimant par pli du 13 novembre 2023, l’office AI a renvoyé à l’analyse effectuée le 19 octobre 2023 par le SMR, sous la plume du Dr Q.\_\_\_\_\_. Selon ce médecin, les périodes et taux d’incapacité de travail retenues par la Dre D.\_\_\_\_\_ pouvaient être admises. Dès lors qu’une activité comparable à celle exercée avant mars 2018 était adaptée à l’état de santé de l’assurée, le préjudice économique pouvait être déterminé par une comparaison en pour-cent. Aussi convenait-il de reconnaître le droit de l’assurée à une demi-rente d’invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2019, à une rente entière d’invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2019 au 31 décembre 2020, à un trois quarts de rente d’invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2021, à une demi-rente d’invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2021 au 31 janvier 2022 et à une rente d’invalidité d’une quotité de 25 % (pour un degré d’invalidité de 40 %) du 1<sup>er</sup> février au 30 novembre 2022.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d’assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 148 V 21 consid. 5.3).

**b)** S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, la Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI) prévoit que les bénéficiaires des rentes d'invalidité de l'ancien droit concernés par le droit transitoire sont répartis en trois groupes selon leurs années de naissance ; née en 1994, la recourante appartient au groupe « Jeunes adultes » (ch. 2001).

**c)** A teneur du ch. 2008 Circ. DT DC AI, la fraction de la rente est adaptée aux nouvelles dispositions et transférée dans le nouveau

système de rentes linéaire lorsque la modification du taux d'invalidité est égale ou supérieure à 5 points de pourcentage et que l'application des nouvelles quotités conduit à une augmentation de la quotité de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité, ou à une diminution de la quotité de la rente en cas de diminution du taux d'invalidité.

**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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % au moins 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. L'art. 28b LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022) dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al.

1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47,5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2,5 %).

**c)** 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).

**d)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGa [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, cette disposition prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b).

**e)** Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**5. a)** 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).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**6.** 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).

**7. a)** Il ressort du dossier que la recourante présente principalement une symptomatologie caractéristique d'un tableau anxio-dépressif et un trouble alimentaire, associés à une pathologie de la personnalité.

**b)** Au vu des différentes pièces versées au dossier, il n'était pas possible de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante, si bien qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire sur le plan psychiatrique.

**aa)** Il convient tout d'abord de souligner l'existence de divergences entre les points de vue de la psychiatre traitante de la recourante, la Dre H.\_\_\_\_\_, et les deux experts ayant examiné la recourante sur le plan psychiatrique, à savoir les Drs X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_.

**aaa)** Contrairement aux Drs X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, la Dre H.\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 26 mars 2019, l'existence d'un trouble alimentaire sous la forme d'une anorexie-boulimie. Cette médecin a expliqué que sa patiente avait développé un trouble alimentaire de type anorexie mentale vers la fin de son apprentissage, lequel avait perduré durant son premier emploi. Dans ce contexte, elle s'était toujours présentée comme une employée modèle, très exigeante envers elle-même, ne parvenant pas à poser des limites ni à ses supérieurs, ni à ses collègues. Aussi, entre l'affaiblissement physique secondaire à l'anorexie mentale et ses exigences envers elle-même, la peur de décevoir tant ses employeurs que sa famille, sans compter l'hyperactivité physique associée au trouble alimentaire, l'assurée s'était épuisée et avait développé un trouble dépressif, partiellement masqué par les symptômes d'anorexie. Au mois de juillet 2017, la Dre H.\_\_\_\_\_ avait ainsi posé le diagnostic

d'anorexie mentale avec vomissements (une à deux fois au début du suivi), douleurs abdominales et ballonnements. Aux yeux de la psychiatre traitante, l'anorexie mentale était associée à un épisode dépressif d'intensité légère avec sentiment de peur de perdre le contrôle, de culpabilité et de honte, ainsi que de manque d'estime et de confiance en soi. Toutefois, grâce à la prise en charge mise en œuvre sur le plan médical et diététique, le trouble alimentaire avait évolué favorablement avec stabilisation du poids et prise d'un repas léger par jour. A la suite de la réintroduction d'un deuxième repas léger par jour, la recourante avait repris un peu de poids au début de l'année 2018, alors que le trouble dépressif s'était aggravé au point d'entraîner une incapacité totale de travail du 19 mars au 5 août 2018 suivie d'une reprise du travail à 50 % le lendemain. Or, malgré une prise en charge psychiatrique investie et une bonne compliance, l'équilibre psychique était resté précaire empêchant le passage à un taux d'activité plus élevé. Une augmentation des attentes signifiée par son employeur avait eu pour effet de confronter l'assurée à la réalité de ses ressources psychiques en même temps qu'elle prenait conscience de ses schémas cognitifs, ce qui avait favorisé l'apparition de troubles dépressifs et anxieux et contribué à leur maintien. C'était dans ce contexte qu'elle avait présenté une décompensation anxio-dépressive dont les principales manifestations étaient des pleurs quotidiens, une thymie effondrée, une asthénie avec difficulté de concentration, des céphalées et des nausées, une perte d'appétit avec réapparition de vomissements volontaires quotidiens, des attaques de panique, un sentiment de culpabilité, un retrait social, une exacerbation des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement avec cauchemars sur le thème de l'abandon) et une incapacité à conduire. Cette symptomatologie avait motivé une incapacité totale de travail à compter du 30 avril 2019 ayant conduit au licenciement de l'intéressée au 31 juillet suivant (rapport du 4 juin 2020).

**bbb)** Dans son complément d'expertise du 7 septembre 2020, le Dr X. \_\_\_\_\_ a relevé que le dossier asséculoologique faisait état d'un BMI à 17,3 et que l'assurée avait présenté un trouble alimentaire sous forme d'anorexie-boulimie avec vomissement. Or, au moment de son

examen, malgré une inappétence subjective, le poids était stable même s'il était à la limite inférieure de la norme, alors que l'intéressée avait pourtant perdu du poids dans le passé. Un BMI entre 17,3 et 18 ou 18,5, qui se situait à la limite de la norme au moment de l'examen clinique pratiqué en octobre 2019, ne pouvait pas justifier une incapacité de travail en soi, surtout en tenant compte des activités possibles durant la journée-type. En effet, elle pouvait faire les courses et le ménage, s'occuper des tâches administratives, conduire une voiture, partir en vacances, passer des bons moments avec son compagnon, faire du kickboxing aérobic une fois par semaine, sortir avec des amis malgré un isolement social partiel, aller sur Internet, regarder des films, lire des romans, faire parfois du dessin et écouter de la musique seule ou avec son compagnon. Pareillement, l'expert a écarté l'existence d'un trouble dépressif récurrent d'intensité sévère pour ce même motif, s'étonnant de surcroît que l'assurée n'ait pas été en mesure de suivre régulièrement des mesures de réinsertion et/ou de réadaptation professionnelle, malgré un épisode dépressif décrit comme moyen puis léger par sa psychiatre traitante. S'agissant de la personnalité, le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu, au terme de son examen clinique, que les critères diagnostiques pour un trouble de la personnalité dépendante étaient remplis. Ils se caractérisaient chez l'assurée par une crainte d'être abandonnée, un sentiment d'impuissance et une difficulté à faire face à certaines exigences de la vie quotidienne. En effet, elle montrait des relations de dépendance envers son compagnon, de même qu'un manque d'énergie dans le domaine professionnel avec une tendance significative à rejeter la responsabilité sur autrui. Ce trouble ne l'avait toutefois pas empêchée de se former, de travailler à plein temps et de s'occuper sans limitation des tâches de la vie quotidienne.

**ccc)** Rendant compte des propos de la recourante, la Dre C. \_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 13 juillet 2021, écrit : « [i]l n'y a plus de troubles du comportement alimentaire. Il reste trop d'angoisses. Cela va mieux par rapport à 2018-2019. La résistance et la concentration sont fragiles. 50 % d'activité est réalisable. 100 % c'est trop, je me fatigue ». Selon l'anamnèse, l'assurée avait présenté au moins deux épisodes

dépressifs, survenus en 2012 et en 2018, le premier dans un contexte conflictuel avec des proches et le second à la suite de la prise de conscience de la gravité de son trouble alimentaire et l'ayant conduit à s'auto-mutiler. D'une durée de deux semaines, ces épisodes étaient séparés d'un intervalle d'au moins plusieurs mois sans qu'une perturbation significative n'ait été constatée. Au terme de son examen clinique, l'experte a relevé que, hormis une diminution de l'activité et des cauchemars sporadiques, tous les critères diagnostiques en faveur d'une dépression étaient absents (diminution de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, baisse de l'énergie, augmentation de la fatigabilité, baisse de la concentration, baisse de l'estime de soi, baisse de la confiance en soi, dévalorisation de soi, sentiment de culpabilité, attitude morose et pessimiste face à l'avenir, idées suicidaires et troubles de l'appétit). Elle a dès lors retenu l'existence d'un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. D'après la Dre C. \_\_\_\_\_, l'intensité de la maladie psychiatrique, à savoir sévère, moyenne, légère ou en rémission n'enlevait rien au fait que l'assurée présentait une fragilité de son fonctionnement psychique susceptible, en cas de difficultés, d'avoir des répercussions sur la capacité de travail. S'agissant du trouble de la personnalité, les constatations de l'experte rejoignaient celles du Dr X. \_\_\_\_\_, même si elle n'a pas retenu le même diagnostic que son confrère. A l'instar de celui-ci, elle a relevé que l'assurée présentait la caractéristique d'encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place, une subordination de ses propres besoins à ceux des autres personnes, une réticence à faire des demandes, un sentiment de malaise ou d'impuissance quand elle est seule en raison d'une peur excessive de ne pas pouvoir se prendre en charge elle-même ; elle avait également peur d'être abandonnée et devait beaucoup parler avec son compagnon avant de prendre des décisions dans des événements concernant la vie quotidienne. Ces éléments avaient pour effet de fragiliser la assurée quant à sa capacité à faire face elle-même aux problèmes qu'elle pouvait rencontrer dans la vie quotidienne ou dans une activité professionnelle. En effet, elle était plus sensible aux remarques, à la demande de performances ainsi qu'au besoin d'être encouragée, si bien qu'un temps de récupération plus long était

nécessaire. De même, elle dépendait du regard de son supérieur et de ses pairs, dont l'approbation lui était nécessaire pour se sentir en sécurité et ne pas entraîner un état anxieux pouvant aboutir de nouveau à une décompensation, d'une part du système dépressif récurrent et, d'autre part, du trouble de la personnalité.

**bb)** Quoi qu'il en soit, il n'est pas possible d'attribuer une pleine valeur probante aux conclusions des Drs X. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_.

**aaa)** L'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_ se caractérise notamment par le caractère particulièrement succinct, voire superficiel, de son anamnèse qui ne permet pas d'apprécier la manière dont la personnalité de la recourante s'est structurée et, partant, l'influence qu'un éventuel trouble de la personnalité pourrait avoir sur la capacité de travail. Cette carence est d'autant plus évidente lorsque ladite anamnèse est comparée à celle effectuée par la Dre H. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 juin 2020. S'agissant des antécédents, cette médecin a ainsi relevé que l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_ ne faisait pas mention d'un trouble dépressif affectant le père de sa patiente, ainsi que la grand-mère maternelle et un cousin maternel. Elle a ensuite souligné que le contexte familial était marqué par des conflits au sein du couple parental, des difficultés voire l'impossibilité de communiquer et d'exprimer ses émotions, un perfectionnisme développé au sein de la cellule familiale ainsi que par des préoccupations propres aux parents. De l'avis de la psychiatre traitante, ces éléments constituaient un facteur de risque d'apparition de trouble alimentaire. Par ailleurs, si le Dr X. \_\_\_\_\_ a certes fait état des maltraitances psychologiques et des difficultés d'intégration rencontrées par l'assurée en milieu scolaire depuis l'école enfantine jusqu'à l'adolescence, c'était à tort, selon la Dre H. \_\_\_\_\_, qu'il n'avait pas noté de « comportements particuliers ». En effet, durant cette période, sa patiente avait présenté des troubles somatoformes avec prurit généralisé sans cause organique et griffures profondes, associés à des attaques de panique ayant nécessité des consultations médicales. De plus, il existait dans l'anamnèse de cette période des éléments en faveur d'un trouble dépressif (thymie basse, retrait social, sentiment d'impuissance) associé à des automutilations,

sans soutien parental mais au contraire avec des reproches et « menace de suivi psychologique ». La Dre H. \_\_\_\_\_ a finalement noté des troubles anxieux évoluant depuis la prime enfance : anxiété de séparation, angoisses de mort, attaques de panique lors de bruits violents depuis l'âge de deux ans avec vomissements, rituels obsessionnels apparus concomitamment avec le développement des symptômes d'anorexie (contrôle de mise de la table dans un certain ordre, usage exclusif de certains ustensiles) et attention soutenue des parents en raison des problèmes de santé présentés à la naissance par le frère de l'assurée alors que celle-ci était âgée de deux ans.

Il est également relevé l'absence de discussion structurée et étayée des diagnostics. A la lecture de l'expertise, il n'est en effet pas possible de comprendre les raisons ayant conduit le Dr X. \_\_\_\_\_ à retenir ou écarter un diagnostic plutôt qu'un autre. L'expert a ainsi considéré qu'aucun diagnostic n'avait d'impact sur la capacité de travail de la recourante ; néanmoins, il a retenu, sans incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et léger selon les périodes depuis 2017 au présent, un trouble panique avec des attaques de panique au moins hebdomadaires et tout au plus quotidiennes mais sans limitations objectivables dans le quotidien, ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dépendante, actuellement non décompensé. Il a, en revanche, exclu le diagnostic de trouble alimentaire sous forme d'anorexie-boulimie posé par la psychiatre traitante dès 2017, se fondant, de manière douteuse, sur des affirmations médicales et sur les affirmations subjectives de la recourante. Il a particulièrement insisté sur le fait que l'évolution était globalement stationnaire et que la recourante gérait seule son quotidien. Or ces éléments contredisaient le descriptif de la situation médicale ressortant du rapport rédigé par la Dre H. \_\_\_\_\_ le 26 mars 2019, selon lequel la fatigabilité persistante pouvait influencer sa capacité à faire face aux tâches quotidiennes, lesquelles étaient de toute manière assumées avec le soutien de son compagnon. De fait, on peut regretter que le Dr X. \_\_\_\_\_, qui n'a vu la recourante qu'à deux reprises, n'ait pas pris le temps d'échanger avec la psychiatre traitante au sujet de ses conclusions,

pourtant nettement divergentes et que, partant, le rapport d'expertise ne contienne pas de confrontation avec l'avis de cette dernière. Compte tenu du contexte dans lequel l'expertise avait été ordonnée - à savoir le caractère lapidaire et partiel des renseignements recueillis -, il était pourtant indispensable que le Dr X.\_\_\_\_\_ discutât le contenu de l'évaluation psychiatrique de sa consoeur et prenne position de manière circonstanciée. Or le rapport d'expertise ne contient aucune constatation ni explication quant à l'évolution de l'état de santé psychique depuis 2017, hormis le fait que le versement d'indemnités journalières ne constituerait pas un indice en faveur de la gravité d'un trouble dépressif.

**bbb)** En ce qui concerne l'expertise de la Dre C.\_\_\_\_\_, il convient de constater, s'agissant du status psychiatrique, la pauvreté des constatations cliniques malgré la bonne collaboration attestée de la recourante (rapport d'expertise du 13 juillet 2021, p. 16). De même, la section du rapport consacrée à l'appréciation de la partie non médicale du dossier ne contient qu'une mention succincte de la mesure d'intervention précoce sous forme d'un coaching/soutien mise en place par l'intimé. L'experte ne fournit en outre pas de description minutieuse d'une journée-type de la recourante, se contentant de lister quelques informations, alors que cet élément est fondamental pour apprécier les répercussions de la maladie dans les différentes sphères de la vie quotidienne. L'expertise ne contient pas non plus de retranscription des plaintes de la recourante, donnée pourtant essentielle à orienter l'analyse diagnostique. De même, les ressources de la recourante, qui constituent un paramètre important de la grille d'évaluation des troubles psychiques, ne sont que très brièvement évoquées. C'est enfin le lieu de souligner le caractère contradictoire des conclusions de l'experte, dans la mesure où elle retient, au titre de diagnostic incapacitant, un « *trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission* », alors même qu'à l'échéance d'un délai d'une année, la capacité de travail est de 100 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée.

**8.** Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire psychiatrique réalisée par les Dres

D.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, lesquelles ne sont d'ailleurs pas contestées par l'office intimé.

**a)** Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 9 octobre 2023 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. La Dre D.\_\_\_\_\_ a rencontré (en présence de la Dre K.\_\_\_\_\_) la recourante à cinq reprises et a pris contact téléphoniquement avec les Drs H.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, ainsi qu'avec la diététicienne de l'intéressée et l'un des encadrant socio-éducatif du Centre P.\_\_\_\_\_ de F.\_\_\_\_\_ à N.\_\_\_\_\_, de même qu'elle s'est procuré son dossier médical complet. Elle a procédé à une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, professionnelle, sociale et affective), en mettant plus particulièrement en évidence les troubles alimentaires de la recourante apparus ensuite des brimades scolaires suscitées par son poids et ayant progressivement entraîné un trouble dépressif associé à des scarifications. La Dre D.\_\_\_\_\_ s'est par ailleurs renseignée sur ses activités quotidiennes et son emploi du temps, ainsi que sur sa vie sociale et ses loisirs. Le rapport d'expertise contient également une description des plaintes de la recourante, les observations cliniques faites au cours de l'expertise, ainsi qu'une discussion approfondie relative aux diagnostics psychiatriques et à l'évolution de la capacité de travail.

**b) aa)** Sur le plan matériel, l'examen clinique n'a pas permis de mettre en évidence une symptomatologie dépressive : l'humeur était stable, neutre, les affects étaient congruents aux idées exprimées et la recourante ne présentait pas de ralentissement psychomoteur. Elle n'avait pas de difficultés évidentes de concentration, ne se plaignait pas de troubles du sommeil, ni de troubles de l'appétit et n'avait pas d'idées noires. Il n'y avait pas non plus de symptômes psychotiques observés ou rapportés ; il n'y avait pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée, pas d'idées à caractère délirant, pas d'automatisme mental ni moteur, pas de trouble des perceptions ni de troubles du Moi, pas d'idées d'influence. L'essentiel des symptômes rapportés et observés étaient du registre anxieux, sous la forme d'un discours qui cherchait constamment à

donner un sentiment de maîtrise du sujet abordé et à exprimer une confiance en soi qui, cependant, s'effritait rapidement lors des moments plus confrontants ou dans des contextes plus stressants. La recourante n'avait pas présenté de symptômes neurovégétatifs durant l'entretien, notamment pas de tremblements ni de transpiration ; elle ne rapportait pas de palpitations ni de peine à respirer et n'avait aucune plainte somatique. Les mécanismes de défense étaient du registre de l'omnipotence, quand bien même elle admettait désormais plus facilement qu'auparavant que ses ressources étaient limitées ; de la répression des affects ; de l'altruisme, source de remarques positives et gratifiantes ; de l'intellectualisation, qui se manifestait par un discours précis et minutieux permettant de maîtriser les affects en limitant la tension liée aux résonances anxieuses des situations décrites ; de la rationalisation et de l'identification projective, laquelle s'observait dans le fait que, lors des moments de stress ou de tension, elle attribuait à autrui ses propres pensées inacceptables. Selon la Dre D.\_\_\_\_\_, la recourante faisait preuve de lucidité quant à sa situation, d'une capacité à prendre du recul sur ce qu'elle éprouvait, de même qu'elle cherchait à comprendre ce qui l'animait. Des mécanismes de défense tels que le déni de son trouble du comportement alimentaire ou le passage à l'acte, observable dans les gestes auto-mutilatoires et dans les abus d'alcool ponctuels, n'étaient plus prépondérants.

**bb)** La Dre D.\_\_\_\_\_ a pris un soin particulier à exposer les motifs pour lesquels elle retenait les diagnostics posés ainsi que les corrélations existantes entre ceux-ci. Après avoir relevé que les Drs X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ s'accordaient pour retenir un trouble de la personnalité, elle a expliqué que les autres diagnostics posés, à savoir un trouble dépressif récurrent, un trouble du comportement alimentaire et un trouble panique, étaient des épisodes de maladie survenus de manière concomitante au trouble de la personnalité, d'où le terme de comorbidités psychiatriques. Or les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité présentaient statistiquement plus de risques de présenter une maladie mentale concomitante que la moyenne de la population, en particulier un épisode dépressif. Par ailleurs, la coexistence d'un trouble de la

personnalité et d'une comorbidité psychiatrique altérerait le pronostic et la réactivité thérapeutique.

Selon la Dre D.\_\_\_\_\_, le trouble dépressif récurrent, le trouble du comportement alimentaire et le trouble panique étaient en rémission et n'influençaient donc pas la capacité de travail, puisqu'asymptomatiques, même s'ils avaient contribué à l'accentuation de la souffrance éprouvée par la recourante dans le passé et pourraient revenir à l'avant-plan lors d'une nouvelle aggravation de son état. De fait, le trouble qui influençait la capacité de travail actuelle, comme il l'avait influencée dans le passé et faisait craindre une possible altération à l'avenir, était la personnalité anxieuse de l'assurée. De manière générale, un trouble de la personnalité est constitutif de la personne et est actif au quotidien dans sa manière d'être, de penser, de ressentir et d'agir, ce qui explique pourquoi ces personnes rencontrent des problèmes récurrents et ce, dans tous les domaines de leur existence. Ces troubles sont cependant variés et leur expression peut être très différente selon le type de trouble de la personnalité. Dans le cas de la recourante, le dysfonctionnement de base permanent qu'implique la personnalité anxieuse qu'elle présente est périodiquement aggravé par des comorbidités psychiatriques, dont le trouble dépressif récurrent est le plus invalidant, sans qu'il ne soit nécessaire que cet épisode dépressif ait forcément une intensité sévère pour altérer un fonctionnement déjà fragile et rigide. Contrairement au Dr X.\_\_\_\_\_- qui avait souligné à maintes reprises l'incompatibilité entre la présence d'un trouble dépressif et la description faite par l'assurée de ses activités quotidiennes -, la Dre D.\_\_\_\_\_ estimait qu'il était parfaitement compréhensible que l'abaissement thymique exacerbe les aspects de sa personnalité anxieuse et que, dès lors, l'éloignement de son poste de travail ait déjà un impact favorable sur les symptômes de même que du temps passé avec des personnes de confiance par le sentiment de réassurance qu'il pouvait procurer. De plus, les variations d'intensité du trouble dépressif pouvaient se comprendre comme l'expression symptomatique susceptible d'être accentuée par une majoration des dysfonctionnements liés au trouble de la personnalité ou, au contraire, se

voir sensiblement atténuée lorsque les angoisses fondamentales de la recourante étaient moins manifestes.

**cc)** La Dre D. \_\_\_\_\_ s'est attachée à évaluer la capacité de travail en tenant compte du trouble de la personnalité anxieux et de l'intrication de celui-ci avec ces comorbidités psychiatriques, plus particulièrement avec le trouble dépressif récurrent. A l'inverse de l'affirmation du Dr X. \_\_\_\_\_, selon laquelle il n'y avait pas de « *limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique d'une façon uniforme et significative depuis 2017 au présent* », l'experte judiciaire estimait que le mode de fonctionnement de la recourante, nécessairement fluctuant car fortement lié aux variations contextuelles et relationnelles vécues, pouvait être aggravé en présence d'une comorbidité psychiatrique tel qu'un épisode dépressif, même léger. Selon elle, il n'y avait dès lors pas d'argument objectif permettant de s'écarter de l'évaluation de la capacité de travail faite par la Dre H. \_\_\_\_\_ au fur et à mesure du suivi de sa patiente. En effet, la psychiatre traitante avait vu cette dernière avec une grande régularité et son appréciation de la capacité de travail était cohérente avec les diagnostics retenus, y compris dans l'évaluation de la sévérité de l'épisode dépressif qui pouvait varier d'un rapport à l'autre, comme pouvait varier l'expression symptomatique des altérations thymiques d'une personne présentant un trouble de la personnalité avec un épisode dépressif comme comorbidité.

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail actuelle et à venir, la Dre D. \_\_\_\_\_ a privilégié une approche diachronique tenant compte de l'historique clinique et de la vulnérabilité permanente liée au trouble de la personnalité, plutôt qu'une démarche synchronique fondée sur l'absence de symptôme dépressif et anxieux avéré lors de l'examen clinique, telle qu'adoptée par le Dr X. \_\_\_\_\_. Aussi a-t-elle relevé qu'après son passage au Centre P. \_\_\_\_\_ de F. \_\_\_\_\_, la recourante avait pu intégrer un poste de travail à 40 % en juin 2021. Il lui avait fallu ensuite plus d'une année, de juin 2021 à septembre 2022, pour parvenir à travailler à 80 % dans un milieu professionnel familial particulièrement bienveillant. Elle était parvenue à gérer un épisode délicat de surcharge

professionnelle, mais avait dû bénéficier pour ce faire d'un appui psychiatrique de crise et d'une semaine de vacances. La Dre D. \_\_\_\_\_ en déduisait que l'activité d'employée de commerce pour le compte de l'entreprise M. \_\_\_\_\_ était possible, car elle était exercée dans un environnement privilégié, mais au prix d'une fatigue plus marquée que lorsqu'elle était à 60 %, avec des moments de plus grande fragilité dès que la charge de travail était perturbée de manière prolongée. L'experte judiciaire a donc retenu une capacité de travail actuelle de 80 % au maximum. En effet, une capacité de travail plus élevée impliquerait le risque de récurrences dépressives plus fréquentes qu'au taux de 80 %, lequel paraissait déjà élevé au regard des temps de repos et de la mise à distance des stressseurs dont la recourante avait encore besoin en lien avec les efforts constants qu'impliquait son trouble de la personnalité. Aussi, la Dre D. \_\_\_\_\_ a recommandé une réévaluation périodique de la capacité de travail, notamment en cas de changement de milieu professionnel ou lors de nouvelles situations cliniques défavorables.

**c)** Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante a présenté une incapacité de travail de 100 % du 19 mars au 5 août 2018, de 50 % du 6 août 2018 au 29 avril 2019, de 100 % du 30 avril 2019 au 15 mars 2020, de 80 % du 16 mars au 13 septembre 2020, de 60 % du 14 septembre 2020 au 31 août 2021, de 50 % du 1<sup>er</sup> septembre au 31 octobre 2021, de 40 % du 1<sup>er</sup> novembre 2021 au 31 août 2022 et de 20 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2022.

**d)** Dans la mesure où il est admis que la recourante peut exercer son activité habituelle d'employée de commerce et que les expertes judiciaires ont estimé qu'aucune autre activité ne permettrait à la recourante d'améliorer son taux d'activité ou ses revenus, le taux d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail telle qu'elle a été retenue par le Dres D. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C\_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 et la référence citée).

**9.** Subsiste la question des frais de l'expertise judiciaire.

**a)** Aux termes 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.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais qui découlent de la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en oeuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. aussi Erik Furrer, *Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung*, RSAS 2019, p. 14).

**b)** En l'occurrence, la Cour de céans s'est vue contrainte de mettre en oeuvre une expertise judiciaire auprès de la Dre D.\_\_\_\_\_ en raison des lacunes des expertises réalisées par les Drs X.\_\_\_\_\_ et

C.\_\_\_\_\_ (cf. considérant 7b/bb *supra*). Dans ces conditions, il se justifie de mettre à la charge de l'office AI la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en œuvre de l'expertise judiciaire, par 9'975 fr. (note d'honoraires du 9 octobre 2023).

**10.** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2019, à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2019 au 31 décembre 2020, à trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2021, à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2021 au 31 janvier 2022 et à une rente d'invalidité de 25 % du 1<sup>er</sup> février au 30 novembre 2022.

**11. a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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.

**b)** La partie 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 3'000 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 mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 16 décembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que R.\_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2019, à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2019 au 31 décembre 2020, à trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2021, à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2021 au 31 janvier 2022 et à une rente d'invalidité de 25 % du 1<sup>er</sup> février au 30 novembre 2022.
  
- III. Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par la Dre D.\_\_\_\_\_ le 9 octobre 2023, par 9'975 fr. (neuf mille neuf cent septante-cinq francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. 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.
  
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Philippe Graf, avocat (pour R. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :