

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 août 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Nicolas Bruder, avocats à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 197[...], mariée, mère de deux enfants majeurs, sans formation professionnelle, a travaillé depuis le 2 février 2001 en qualité d'employée de maison pour la C._____ à un taux d'activité de 70 %. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accident professionnel et non professionnel et de maladie professionnelle, ainsi que contre le risque de perte de gain maladie selon la LCA, auprès d'E._____ SA. L'assurée avait également une activité accessoire pour W._____ SA.

Le 20 avril 2019, l'assurée a été attaquée par un chien lors d'une balade en forêt, évènement ayant causé une morsure à l'hémithorax gauche, une contusion aux deux genoux et une entorse cervicale, ainsi qu'un état de stress post-traumatique et une dépression.

Le cas a été pris en charge par E._____ SA en sa qualité d'assureur-accidents.

En incapacité de travail depuis l'accident, l'assurée a déposé le 26 août 2019 une demande de prestations 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 demande, l'OAI a recueilli des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée, à savoir le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 27 février 2020), la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la D._____, (rapport du 24 janvier 2020), le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapports des 1^{er} avril, 6 juillet, 24 août et 6 novembre 2020) et les urgences de l'H._____ (rapports du 20 avril 2019 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du 2 mai 2019 du Dr T._____, médecin-assistant).

L'OAI a également versé à son dossier les documents recueillis par E. _____ SA. Y figurait notamment un rapport du 25 mai 2019 de la Dre N. _____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle faisait savoir que l'assurée présentait notamment des lombosciatalgies récidivantes sur discarthrose L5-S1, un syndrome cervical sur trouble statique et dégénératif et des gonalgies bilatérales sur gonarthrose.

Dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents, E. _____ SA a confié un mandat d'expertise au Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a posé, dans son rapport du 29 octobre 2019, les diagnostics - avec répercussions sur la capacité de travail - d'épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques, et d'état de stress post-traumatique, actuellement en rémission partielle. Ce médecin a aussi mentionné le diagnostic - sans répercussion sur la capacité de travail - de difficultés liées à l'emploi et au chômage. Le Dr P. _____ a estimé que la capacité de travail était nulle et devait être réévaluée dans un délai de trois mois.

Après avoir soumis le cas à ses médecins-conseils, la Dre Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (appréciation médicale du 18 novembre 2019), et le Dr U. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (appréciation médicale du 20 janvier 2020), E. _____ SA a mis un terme aux prestations de l'assurance-accidents au 31 décembre 2019 par décision du 6 mars 2020, confirmée sur opposition le 16 juin 2020.

Le cas a alors été pris en charge par E. _____ SA en sa qualité d'assureur perte de gain maladie selon la LCA.

A. _____ a confié un nouveau mandat d'expertise au Dr A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a examiné l'assurée le 18 novembre 2020. Dans un rapport d'expertise du 28 décembre 2020, le Dr A. _____ a posé les diagnostics - avec répercussions sur la capacité de travail - d'état de stress post-traumatique en décours (F43.1), d'épisode dépressif de moyenne à sévère intensité,

sans symptômes psychotiques actuellement, avec syndromes somatiques (F32.11) et d'autre trouble anxieux mixte, intensité moyenne (F41.3). Ce médecin a aussi mentionné le diagnostic - sans répercussion sur la capacité de travail - d'autres difficultés liées à l'environnement social, conflictualité asséurologique (Z60.8). L'expert a fait savoir qu'il était « *évident qu'au stade actuel il n'exist[ait] aucune capacité de travail* ».

En parallèle, E. _____ SA a confié un mandat de surveillance à la société V. _____, laquelle a rendu son rapport le 19 décembre 2020 pour des observations recueillies les 12, 13, 18 et 23 novembre 2020 ainsi que les 8 et 9 décembre 2020.

E. _____ SA a soumis le rapport de surveillance susmentionné au Dr A. _____, lequel a pris position dans un complément d'expertise du 1^{er} février 2021. Le Dr A. _____ a constaté un « *décalage majeur extrêmement important* » entre les souffrances alléguées et les observations extérieures dans la même période, lequel était si net que l'on pouvait retenir le diagnostic final de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacité, soit physique, soit psychologique (F68.1). Il a estimé que les facteurs extra-médicaux avaient pris le dessus à la date de fin des prestations de l'assurance-accidents et qu'une dynamique de production intentionnelle de symptômes s'était dès lors installée.

Dans un avis du 12 mai 2021, le Dr S. _____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale du 20 avril au 31 décembre 2019, date de la fin des prestations de l'assurance-accidents. Dès le 1^{er} janvier 2020, l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle comme dans toutes activités adaptées aux limitations fonctionnelles somatiques (pas de sollicitation répétée du tronc en flexion ou torsion et pas de port de charge lourde).

Par projet de décision du 17 mai 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

Par acte du 14 octobre 2021, l'assurée, représentée par Me Claudio Venturelli, a contesté ce projet de décision. A l'appui de ses objections, elle a produit un rapport du 29 septembre 2021 du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel posait le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), actuellement en rémission partielle avec une symptomatologie dépressive moyenne actuellement, avec syndrome somatique (F33.11) et d'état de stress post-traumatique, actuellement en rémission partielle (F43.1). Le Dr B._____ estimait que l'incapacité de travail était totale de la date de l'accident jusqu'au 31 octobre 2020 et qu'elle était de 50 % depuis le 1^{er} novembre 2020. Il a précisé que la capacité de travail retenue à partir du mois de novembre 2020 était compatible avec le rapport d'observation, lequel n'excluait en rien l'existence d'un ralentissement psychomoteur modéré, de troubles de la concentration modérés, d'une anhédonie partielle, mais pas totale, de flashbacks et d'évitements en rémission partielle.

Dans un avis SMR du 1^{er} novembre 2021, le Dr S._____ a estimé que le rapport du 29 septembre 2021 du Dr B._____ n'était pas de nature à modifier ses conclusions.

Par décision du 3 décembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité, motif pris que l'assurée n'avait pas présenté une incapacité de travail d'au moins une année. Il se référait pour le surplus à l'avis SMR du 1^{er} novembre 2021.

B. **a)** Par acte du 24 janvier 2022, R._____, représentée par Me Claudio Venturelli, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 3 décembre 2021, concluant principalement à sa réforme, dans le sens d'un droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} avril 2020 et d'un droit à une demi rente dès le 1^{er} février 2021 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a également

demandé la prise en charge par l'assurance-invalidité de l'expertise privée réalisée par le Dr B._____ et produit une nouvelle prise de position du 13 décembre 2021 du Dr B._____, lequel confirmait son rapport d'expertise à la suite de l'avis SMR du 1^{er} novembre 2021.

b) Dans sa réponse du 21 février 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à l'avis SMR du 1^{er} novembre 2021.

E n d r o i t :

1. **a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; 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.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de

la décision litigieuse rendue le 3 décembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

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

exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

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]). 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à

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

6. a) 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement

dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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. Sur le plan somatique, il n'est pas contesté que la recourante présente des lombosciatalgies récidivantes sur discarthrose L5-S1, un syndrome cervical sur trouble statique et dégénératif et des gonalgies bilatérales sur gonarthrose, lesquels entraînent des limitations fonctionnelles (pas de sollicitation répétée du tronc en flexion ou torsion et pas de port de charge lourde ; cf. avis SMR du 12 mai 2021 du Dr S. _____ et rapport du 25 mai 2019 de la Dre N. _____).

8. a) aa) Sur le plan psychique, l'intimé a retenu, en se fondant sur l'expertise du Dr A. _____ (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2020 et complément d'expertise du 1^{er} février 2021) et sur les prises de position de son service médical (avis SMR des 12 mai et 1^{er} novembre 2021 du Dr S. _____), que la recourante avait présenté une incapacité de travail totale de moins d'une année, soit du 20 avril 2019, date de l'attaque de chien, au 31 décembre 2019, date de la fin des prestations de l'assurance-accidents pour des motifs psychiatriques.

bb) La recourante conteste ce point de vue. S'appuyant sur le rapport d'expertise du 29 septembre 2021 du Dr B. _____ et son complément du 13 décembre 2021, elle soutient qu'elle a présenté une incapacité de travail totale depuis l'accident jusqu'au 31 octobre 2020, puis une incapacité de travail de 50 % dès le 1^{er} novembre 2020.

cc) Etant rappelé que l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité réalisée par les autres assureurs (ATF 133 V 549 consid. 6 ; TF 8C_227/2019 du 13 septembre 2019 consid. 4.1), il convient par conséquent d'examiner l'état de santé psychique de la recourante à la lumière des pièces du dossier.

b) Initialement, le Dr P. _____ avait posé, dans son rapport du 29 octobre 2019, les diagnostics - avec répercussions sur la capacité de travail - d'épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes

psychotiques, et d'état de stress post-traumatique, actuellement en rémission partielle. Il avait motivé son appréciation sur la base de l'anamnèse, des tests et mesures psychométriques, de son examen clinique et du dossier soumis par E._____ SA. Pour le Dr P._____, l'épisode dépressif sévère était un trouble réactionnel à une hernie discale et à l'attaque d'un chien au mois d'avril 2019. Le Dr P._____ avait motivé son appréciation de la capacité de travail comme il suit (rapport du 29 octobre 2019, pp. 17-18) :

VII.1 Capacité de travail dans l'activité de base auprès du même employeur ?

Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique et en fonction de l'évolution actuelle et du traitement de risperidone qui apparaît comme inadéquat dans l'absence de symptômes psychotiques et dans la présence d'un ralentissement psychomoteur, l'expert considère que la capacité de travail de l'investiguée d'un point de vue purement psychiatrique est nulle auprès de l'employeur actuel et devra être réévaluée dans trois mois.

La situation devra être réévaluée après un traitement médicamenteux adéquat, faute de quoi le pronostic est particulièrement sombre (prescription d'antipsychotiques dans l'absence de symptômes psychotiques chez une patiente très ralentie et avec une roue dentée unilatérale légère).

Ce temps est nécessaire en raison d'un épisode dépressif sévère et d'un traitement inadéquat.

VII.2 Une activité professionnelle est-elle raisonnablement envisageable auprès d'un autre employeur ?

Voir le point VII. I.

Un programme de reprise professionnelle ne peut être envisagé qu'après amélioration symptomatique qui n'interviendra pas dans l'absence d'un traitement adéquat.

Les conclusions du Dr P._____, selon lequel la recourante présentait, au moment de son examen au mois d'octobre 2019, une incapacité de travail totale devant être réévaluée dans un délai de trois mois, ne prêtent pas flanc à la critique et ne sont d'ailleurs remises en cause ni par le Dr A._____ (complément d'expertise du 1^{er} février 2021, p. 3), ni par la Dre Q._____ (appréciation médicale du 18 novembre 2019), ni par le Dr S._____ (avis SMR des 12 mai et 1^{er} novembre 2021). Elles sont également cohérentes avec les observations des médecins ayant suivi la recourante dans un premier temps à la D._____ (rapport du 24 janvier 2020).

c) aa) Appelé à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante à la suite du Dr P. _____, le Dr A. _____ a, dans son rapport du 28 décembre 2020, retenus les diagnostics d'état de stress post-traumatique en décours (F43.1), d'épisode dépressif de moyenne à sévère intensité, sans symptômes psychotiques actuellement, avec syndromes somatiques (F32.11), d'autre trouble anxieux mixte, intensité moyenne (F41.3) et d'autres difficultés liées à l'environnement social, conflictualité assécurologique (Z60.8), tout en précisant ce qui suit (p. 20) :

Quelques remarques s'imposent. Il existe toujours une trace du traumatisme vécu, mais qui est subjectivement excessivement surinvesti et interprété comme cause unique des problèmes.

Cette fixation peut s'imposer maintenant comme une modification de personnalité, mais n'en est pas une.

Il existe un réel état dépressif de moyenne intensité supérieure, qui est insuffisamment maîtrisé avec la médication actuelle. Le médecin psychiatre a parlé d'une récurrence, mais les informations à notre disposition (cf. témoignage ancien médecin de famille) ne permettent pas vraiment d'identifier d'autres épisodes dépressifs véritables. De plus, l'assurée n'a pas accepté les propositions de traitement à l'époque.

La partie diagnostique qui concerne l'anxiété est mixte, il y a ici des éléments d'une phobie sociale (mais aussi surajouté par la partie comportementale), évocation de crises de panique, réaction neurovégétative, peur spécifique (chien) et autres. Cette partie est également insuffisamment prise en charge.

Le quatrième diagnostic signale la présence d'éléments contextuels, sociaux, comportementaux, en-dehors du registre purement médical ou psychiatrique.

Selon notre appréciation, une approche thérapeutique type hôpital de jour est entièrement exigible. L'évocation de son psychiatre qu'elle ne pourrait même pas accepter un accompagnement infirmier à l'extérieur nous semble caduque puisque R. _____ est capable d'être à l'extérieur accompagnée de son fils ou/et de son mari. Si elle est donc accompagnée pour aller à un lieu d'hôpital, l'intégration dans une structure thérapeutique est tout-à-fait possible et imaginable à l'instar de ce qui s'est passé lors de l'expertise.

Cette approche thérapeutique nous semble aussi nécessaire, car il faut absolument un regard extérieur, neutre et cadrant.

Il est évident qu'au stade actuel il n'existe aucune capacité de travail. Tout doit être mis en œuvre pour ladite amélioration thérapeutique. Pour tous les intervenants il est important de réaliser qu'il y a clairement deux parties identifiées chez l'assurée en question, une partie malade, l'autre comportementale.

bb) E. _____ SA a, en parallèle de l'expertise confiée au Dr A. _____, confié un mandat d'observation à V. _____. Le détective a observé la recourante les 12, 13, 18 et 23 novembre 2020, ainsi que les 8 et 9 décembre 2020. Le jeudi 12 novembre 2020, en fin d'après, midi, le

détective a observé une jeune femme, laquelle sortait du domicile de R._____ en portant un bébé, accompagnée par le mari de la recourante. La recourante était alors visible sur un des balcons. Le lendemain matin (13 novembre 2020), le détective a vu la BMW noire précitée sortir de la rampe qui menait au garage de l'immeuble. Dans l'après-midi un jeune homme (lequel « *ressemble* » au fils de la recourante selon des « *photos trouvées sur les réseaux sociaux* ») était entré dans l'immeuble. Il a été rejoint plus tard par la jeune femme déjà observée, les deux ressortant avec le bébé et quittant les lieux en voiture. La recourante était alors visible sur un des balcons et parlaient avec ses visiteurs. Le détective a en outre observé des allers et venues du mari de la recourante durant la journée. Le mercredi 18 novembre 2020, la recourante est observée se rendant à l'expertise du Dr A._____. Lorsqu'elle est entrée et ressortie du cabinet de l'expert, elle était soutenue par son époux et un jeune homme, ce dernier n'étant pas identifiable en raison du port du masque médical. Le 23 novembre 2020, le détective a observé la jeune femme précitée, laquelle est arrivée au domicile de R._____ et lui a transmis son bébé dans le garage. Il a cessé son enquête à 17h30 sans observer quelqu'un venir rechercher le bébé. Le mardi 8 décembre 2020, le détective a vu la jeune femme déjà observée, laquelle est arrivée au domicile de la recourante et lui a transmis son bébé dans le garage. Dans l'après-midi le jeune homme observé le 13 novembre 2020 est entré dans l'immeuble. Il a été rejoint plus tard par la jeune femme, les deux ressortant avec le bébé et quittant les lieux en voiture. A cette occasion, le détective n'a pas observé la recourante en dehors de son domicile. Enfin, le 9 décembre 2020, le détective n'a observé aucun des protagonistes.

cc) Interpellé par E._____ SA sur les observations réalisées par V._____, le Dr A._____ a apprécié la situation en ces termes dans son complément d'expertise du 1^{er} février 2021 :

Ces observations et constats sont extrêmement éloignés de la présentation de l'assurée en expertise. Nous avons ici vu et décrit une femme qui semblait extrêmement ralentie, renfermée, triste et dans une quasi impossibilité de s'exprimer. Le tableau clinique conduisait ainsi au constat d'un état dépressif, avec troubles cognitifs importants, d'ordre sévère et un trouble anxieux.

Cependant, j'ai retenu aussi quelques notions qui étaient (à ce moment-là) en léger décalage avec la gravité des observations et qui m'avaient interrogées :

(...)

En-dehors de la présentation clinique, j'ai exprimé dans mes conclusions le manque d'acceptation de propositions thérapeutiques, qui remettait en question l'authenticité d'un « Leidensdruck » (force/pression de souffrance, difficilement traduisible), le rôle du conflit asséurologique (également souligné par son médecin traitant) et des aspects caractériels, défensifs et comportementaux.

Face aux nouveaux éléments apportés, force est de constater que nous sommes dans un décalage majeur extrêmement important entre souffrance alléguée et montrée et les observations extérieures. Les contradictions qui en découlent sont tout aussi importantes. R. _____ et son entourage (son mari et son fils) nous ont donné la description d'une femme au bord de l'impotence avec désorientation dans l'espace, dans le temps, nécessitant en permanence l'accompagnement de tiers. Elle se décrivait comme quelqu'un qui n'est pratiquement plus dans la réalité et plus du tout fonctionnelle. Ses propos allaient jusqu'à l'allégation de ne plus pouvoir s'occuper elle-même de son hygiène, mis à part WC.

Elle se disait en danger (pour elle et son entourage) avec des dysfonctionnements dans son ménage (four) et incapable de faire quoi que ce soit.

Elle me disait à plusieurs reprises ne strictement rien faire à domicile, sauf somnoler, prendre ses médicaments et se laisser servir et guider par son mari et son fils. Ces données subjectives étaient répétées à plusieurs reprises suite à mon insistance.

(...) l'importance du décalage entre le tableau clinique montré et les objectivations effectuées dans la même période sont si nettes que l'on peut retenir le diagnostic final de

- **Production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacité, soit physique, soit psychologique (F68.1).**

En ce qui concerne les motifs, on n'est jamais à l'intérieur de la personne, sa dynamique personnelle et jamais en possession de toutes les informations contextuelles. Cependant, son ancien psychiatre (qu'elle a quitté) a parlé d'un certain nombre de problèmes, aussi de couple, ceci cristallisé dans la fixation sur l'accident et ses séquelles. De plus, tous les nouveaux documents que nous avons trouvés et cités, soulignent l'importance du conflit asséurologique. En finalité, ce que R. _____ m'a fait comprendre comme dysfonctionnement dans son quotidien (l'ensemble des énoncés) et ce qu'elle a montré en expertise est parsemé de nombreuses contre-vérités et ne peut plus être cautionné. Elle visiblement aujourd'hui dans un fonctionnement tout autre, à mon avis proche de la normalité.

Se pose la question du déroulement dans le temps. Ceci est pour moi très difficile à déterminer avec précision, car il n'y a que des données indirectes. L'expert précédent, Dr P. _____, a considéré la capacité de travail comme nulle en octobre 2019. Il n'existe pas de preuve pour un fonctionnement autre de l'assurée à ce moment-là. Dr P. _____ a préconisé une réévaluation trois mois après puisque l'état de stress post-traumatique était considéré en rémission partielle. Finalement vous avez conclu en mars 2020 (sauf erreur) que le cas n'était plus à traiter sous l'angle LAA. Peu de temps après, le Dr I. _____ a parlé d'une légère amélioration.

Je propose donc comme approximation de retenir la date de votre décision comme probable date d'amélioration significative. Pour la suite, toujours sous forme d'approximation, très probablement, les facteurs extra-

médicaux ont pris le dessus jusqu'à la dynamique de production intentionnelle de symptômes.

dd) Il n'est pas possible de se fonder sur les conclusions posées par le Dr A._____ dans son complément d'expertise du 1^{er} février 2021 sur la base du rapport de surveillance du 19 décembre 2020 de V._____. En l'occurrence, la question de savoir si le rapport de surveillance précité et celui du Dr A._____, fondé en partie sur le résultat de l'observation de la recourante, peuvent constituer un moyen de preuve valable à la lumière de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme (CourEDH du 18 octobre 2016, Vukota-Bojić c. Suisse n. 61838/10) et de celle du Tribunal fédéral qui en a suivie (ATF 143 I 377 consid. 4) peut rester ouverte. En effet, un rapport de surveillance tel que celui réalisé par V._____ ne permet pas, à lui seul, de juger l'état de santé et la capacité de travail d'un assuré. Il doit être renforcé par des données médicales, étant précisé que l'évaluation du matériel d'observation par un médecin peut suffire (ATF 137 I 327 consid. 7.1 ; TF 9C_342/2017 du 29 janvier 2018 ; 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1). Néanmoins, à supposer que l'on puisse admettre que le rapport du 19 décembre 2020 - basé sur des photographies essentiellement - permette de porter des conclusions sur la répercussion des affections somatiques sur la capacité de travail de l'intimée, laquelle n'est au demeurant pas contestée (cf. consid. 7 ci-dessus), on ne saurait en tirer la même conclusion en ce qui concerne l'incidence des troubles psychiques. Des photographies, ou même des vidéos (lesquelles n'ont cependant pas été produites au dossier de la cause), ne sauraient permettre, à elles seules, de conclure à l'amélioration d'un trouble dépressif, d'autant moins lorsque la durée d'observation a été brève et fractionnée (six jours entre les 12 novembre et 9 décembre 2020) et que les apparitions publiques de la personne assurée ont été limitées à des passages devant deux immeubles, dans un garage et sur le balcon de son logement (cf., sur la question, TF 9C_342/2017 du 19 janvier 2018 consid. 5).

Or, prenant connaissance du rapport de surveillance le 19 décembre 2020, le Dr A._____ a notamment relevé ce qui suit :

- R._____ garde un enfant en bas âge entre le matin et le soir, parfois avec, parfois sans la présence de son mari, et ceci régulièrement. Une fois il est suggéré (23.11.2020) qu'elle le garde aussi la nuit.
- Elle peut être à domicile en absence de son mari.
- Elle s'occupe de son ménage.

Ces « *informations* » (terme utilisé par le Dr A._____) sont discutables en tant qu'elles ne reposent pas sur des constats objectifs. On ne peut en effet pas déduire de l'observation ponctuelle menée par V._____ une garde régulière. Il ne ressort pas du dossier que la recourante aurait gardé un enfant la nuit ; il ne s'agit que d'une vague suggestion du détective, laquelle n'a pas été confirmée, le détective n'étant pas revenu le lendemain matin. De même, on ne comprend pas comment le Dr A._____ peut affirmer que la recourante s'occupe de son ménage sur la base du rapport de surveillance en question : d'une part, l'enquêteur s'est gardé - à juste titre - d'observer l'intérieur de l'appartement ; d'autre part, l'époux de la recourante est régulièrement présent au domicile et se charge des courses. Dans ce contexte, le complément d'expertise du 1^{er} février 2021 établi par le Dr A._____, uniquement sur la base du rapport de surveillance le 19 décembre 2020, n'était pas suffisant pour se prononcer sur la capacité de travail de la recourante (cf. TF 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.2).

d) aa) Si l'on reprend la chronologie, il y a lieu de retenir que le trouble dépressif sévère diagnostiqué par le Dr P._____ a évolué vers une rémission partielle avec une symptomatologie dépressive moyenne avec syndrome somatique, accompagné d'un état de stress post-traumatique, aussi en rémission partielle, autorisant une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle depuis le mois de novembre 2020. Le Dr B._____ a constaté, lors de son examen clinique, que la recourante présentait des symptômes résiduels qui limitaient encore partiellement sa capacité de travail, tout en appréciant la situation en ces termes (rapport du 29 septembre 2021, pp. 23-26) :

1. Degré de gravité fonctionnelle

Selon le dossier asséurologique, les examens cliniques et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis novembre 2020 au présent sans changement dans un contexte de traits de la personnalité et d'un état de stress post traumatique en rémission partielle.

Au moment de l'expertise et ce depuis novembre 2020 au présent on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques modérées dans le sens d'une tristesse modérée, des difficultés de concentration modérés objectivables actuellement, d'une fatigue objective avec ralentissement psychomoteur modéré, sans aboulie et anhédonie totale mais partielle, sans isolement social total, mais partiel, avec des flashbacks, des évitements, des cauchemars et une hypervigilance en amélioration partielle.

Cet indice est partiellement présent d'un point de vue psychiatrique depuis novembre 2020 au présent et il était totalement remplis auparavant en lien avec un trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

2. Atteinte à la santé

Cet indice de gravité est partiellement présent, dans la présence de limitations fonctionnelles significatives mais modérées depuis novembre 2020 au présent.

3. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont remplis pour un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique avec des attaques de panique depuis novembre 2020 au présent.

4. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard

Nous objectivons une évolution stationnaire des troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis novembre 2020, malgré un traitement psychothérapeutique adéquat, mais un traitement pharmacologique inadéquat qui ne dépend pas du choix de l'assuré. Une évolution positive est à retenir par rapport à la période d'avant novembre 2020, d'un trouble dépressif sévère vers un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique. Un traitement antidépresseur de nouvelle génération devrait être introduit et la rispéridone arrêtée vu l'absence des symptômes psychotiques et le ralentissement psychomoteur.

5. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques susmentionnées sont des troubles qui entraînent de limitations fonctionnelles significatives psychiatriques mais modérées, donc ce critère est partiellement rempli. Les traits mixtes de la personnalité, bien que présents depuis le début de l'âge adulte n'ont pas empêché l'assurée à gérer adéquatement son quotidien, à travailler et à avoir une vie familiale stable avant son trouble dépressif actuel.

6. Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assurée ne présente pas des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui ne nous permet pas de retenir la présence d'un trouble de la personnalité. Nous ne retenons pas de modification traumatique de la personnalité comme le psychiatre traitant, car l'état de stress post traumatique est en amélioration partielle.

Selon les critères diagnostiques de la CIM-10, nous retenons des traits mixtes de la personnalité, qui n'a pas empêché l'assurée à gérer son

quotidien, ni à travailler sans limitations avec une vie familiale stable avant ses arrêts maladies.

7. Contexte social

Au moment de l'expertise l'assurée garde de capacités et ressources personnelles, car elle arrive à garder des bonnes relations avec des membres de sa famille. Toutefois, nous ne retenons pas d'isolement social total comme auparavant. La diminution de la vie sociale est partielle depuis novembre 2020 et date d'avril 2019 quand l'isolement social était total, moment de l'éclosion des troubles dépressifs récurrents sévères.

8. Cohérence

Nous avons objectivé une bonne cohérence entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, chez une assurée authentique qui décrit son amélioration partielle depuis novembre/décembre 2020 au présent, tant au niveau de ses plaintes que de la journée type.

9. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie

Au moment de l'expertise l'assurée garde des capacités et ressources personnelles limitées mais existantes, car elle arrive à gérer son quotidien que partiellement d'un point de vue psychiatrique en étant ralentie par sa tristesse et ses flashbacks et évitements, à avoir certains contacts sociaux, à participer à quelques tâches ménagères, à s'occuper parfois de sa petite fille, à partir en vacances en famille, etc. Nous retenons de limitations fonctionnelles significatives mais modérées d'un point de vue psychiatrique d'une façon uniforme et significative depuis novembre 2020 au présent dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré, de troubles de la concentration modérés et d'un isolement social partiel avec des flashbacks et des évitements.

10. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation

L'assurée présente une motivation ambivalente pour une activité professionnelle dans un contexte de déconditionnement et une bonne motivation pour le suivi psychiatrique et pour les médicaments qui lui ont été prescrits.

En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité pour les troubles susmentionnés sont remplis depuis novembre 2020 au présent pour une capacité de travail de 50 % et pour une capacité de travail nulle entre avril 2019 et octobre 2020.

Dans ces circonstances, la capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle apparaît cohérente avec la situation objective de la assurée, celle-ci disposant à l'évidence de ressources personnelles lui permettant de surmonter en partie les difficultés liées à son atteinte à la santé. Aussi convient-il de retenir que la assurée s'est trouvée en incapacité de travail totale du 20 avril 2019 au 31 octobre 2020 et qu'elle dispose, depuis le 1^{er} novembre 2020, d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans son activité habituelle.

bb) Le Dr B._____ a également examiné le rapport de surveillance du 19 décembre 2020 et analysé la situation comme il suit (p. 27) :

Cependant, lorsque le deuxième expert [ndr. Le Dr A._____] estime que la capacité de travail serait entière depuis mars 2020, il ne se base sur aucun élément objectif ni pour fixer cette date et ni sur un examen clinique ultérieur, ce qui apparaît comme étrange. En tant que médecin en lisant le rapport de surveillance, on peut retenir une discordance entre un trouble dépressif sévère et les observations des détectives, mais pas avec un trouble dépressif moyen permettant un travail à 50 %. Ceci est un fait objectif qui se base sur des limitations fonctionnelles modérées, sur l'examen clinique et les indices jurisprudentiels de gravité qui ont été discutés. En tant que médecin, en lisant le rapport du détective on ne peut pas conclure que la capacité de travail serait de 100 % quelques mois avant la surveillance, sans des éléments complémentaires objectivables permettant d'expliquer cette évolution.

e) Appelé à se prononcer sur le rapport du Dr B._____, le Dr S._____ a relevé - dans un avis SMR du 1^{er} novembre 2021 - que le diagnostic de trouble dépressif moyen à sévère retenu par le Dr A._____ reviendrait au même que le code diagnostic mélangé « F33.2/F33.11 » retenu par le Dr B._____ et que l'expert mandaté par la recourante ne discutait pas le diagnostic de production intentionnelle ou de simulation de symptômes ou d'incapacité retenu par le Dr A._____, « *se contentant de dire que le ralentissement n'empêchait pas de [...] garder [le bébé]* ». Cet avis ne peut pas être suivi. Premièrement, le Dr B._____ a, s'agissant du diagnostic, distingué deux phases temporelles : initialement, le trouble dépressif était sévère, ce que le Dr P._____ avait observé sans être contredit ; ensuite, le Dr B._____ a objectivé une rémission partielle vers un trouble dépressif moyen (complément d'expertise du 13 décembre 2021). Deuxièmement, le Dr B._____ a motivé son analyse de manière circonstanciée, montrant que le Dr A._____ n'avait pas examiné l'amélioration de l'état de santé psychique de la recourante, laquelle n'est pas contestée, et ses implications sur le taux d'activité exigible ; il a relevé que le Dr A._____ s'était contenté d'apprécier la capacité de travail *a posteriori* par rapport à son expertise sans revoir la recourante et sans introduire de dimension temporelle dans l'évolution clinique, ce qui apparaît comme contradictoire avec sa conclusion d'une rémission partielle (rapport du 29 septembre 2021, p. 27 ; cf. aussi complément d'expertise du 13 décembre 2021). Troisièmement, le

Dr B._____ a considéré que la discussion sur la production intentionnelle ou de simulation de symptômes n'était pas pertinente, dans la mesure où la rémission partielle spontanée prouvait qu'il n'y avait pas d'intention de production des symptômes. A cet égard, le Dr B._____ a expliqué ce qui suit dans son complément d'expertise du 13 décembre 2021 :

Cette amélioration partielle tant décrite selon l'assurée qu'observée au moment de notre examen clinique par rapport à l'examen clinique réalisé par le premier expert Dr P._____ qui avait objectivé un épisode dépressif sévère est cohérente avec l'évolution de la journée type chez une assurée qui au départ ne faisait quasi rien et puis progressivement a commencé à participer à diverses tâches selon l'anamnèse. Notre appréciation de la capacité de travail de 50 % apparaît comme cohérente avec le fait qu'elle peut faire certaines activités comme garder sa petite fille, ce qui n'est pas choquant pour une personne qui d'un point de vue médico-théorique pourrait travailler à 50 %.

(...)

Le fait que l'assurée a dû être portée au moment de l'expertise du Dr A._____ est en lien avec une angoisse assez banale chez les personnes qui présentent des troubles paniques dans le contexte de troubles dépressifs avec état de stress post traumatique. Ce type de symptômes passagers sont souvent observés au début des entretiens d'expertise, car le processus d'expertise est anxiogène. On ne peut pas considérer qu'une personne qui fait une attaque de panique à un moment donné mais pas à d'autres moments qu'elle produit intentionnellement des symptômes, il s'agit d'une maladie fluctuante, donc forcément les symptômes sont présents à certains moments et pas à d'autres moments.

f) Pour le surplus, il n'y a pas lieu de suivre le point de vue défendu par le psychiatre traitant de la recourante (cf. rapport du Dr I._____ du 6 novembre 2020). Si ce médecin mentionne une évolution torpide avec un constat de séquelles chroniques et irréversibles du traumatisme psychique du 20 avril 2019, le Dr B._____ met cependant en évidence une « *nette discordance* » entre d'une part les rapports du psychiatre traitant et d'autre part son anamnèse et son examen clinique (rapport du 29 septembre 2021, pp. 27-28). Du reste, il ressort des écritures déposées devant la Cour de céans (acte de recours du 24 janvier 2022, pp. 16-18) que la recourante ne se prévaut plus du rapport de ce médecin, privilégiant à juste titre le rapport d'expertise privée du Dr B._____.

g) Aussi, en tant qu'elle constate une incapacité de travail totale du 20 avril 2019 au 31 octobre 2020, puis une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité habituelle à compter du

1^{er} novembre 2020, l'expertise réalisée par le Dr B. _____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

9. Cela étant, il convient de déterminer le degré d'invalidité.

a) aa) 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 % 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.

bb) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels au sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de

son temps elle aurait consacré à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

b) Dans la mesure où il est admis que la recourante peut exercer son activité habituelle, adaptée aux limitations fonctionnelles, le degré d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail retenue sur le plan médical (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 les références citées). Dès lors, il y a lieu de constater que la recourante a présenté un degré d'invalidité de 100 % du 20 avril 2019 au 31 octobre 2020, lequel a évolué favorablement, dès le 1^{er} novembre 2020, vers un degré d'invalidité de 50 %.

c) Interrogée par l'intimé au sujet de son statut, la recourante a indiqué, dans un formulaire du 12 octobre 2019, qu'elle travaillerait à un taux de 70 % pour la C._____ si elle n'était pas atteinte dans sa santé, ce qui correspondait au taux d'activité contractuel avec cet employeur depuis près de deux ans avant la survenance de l'accident (cf. rapport de l'employeur du 8 octobre 2019, p. 2 ; voir aussi les déclarations de la recourante consignées dans les rapports du 29 septembre 2021 du Dr B._____ [p. 8], du 29 octobre 2019 du Dr P._____ et du 28 décembre 2020 du Dr A._____ ainsi que l'extrait du compte individuel AVS du 2 septembre 2019). Dans le même formulaire, elle a également mentionné une activité accessoire pour W._____ SA (cf. aussi extrait du compte individuel AVS du 2 septembre 2019) qu'elle aurait exercé à 50 % sans atteinte à la santé. Cela étant, il n'est pas exclu que le degré d'invalidité doive être calculé selon la méthode mixte d'évaluation applicable aux personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel. En l'état, le dossier ne permet toutefois pas de se prononcer en toute connaissance de cause. Aussi convient-il de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il examine plus en détail la question du statut de la recourante, respectivement la question de l'exercice d'une activité accessoire et qu'il mette en œuvre, le cas échéant, une enquête économique sur le ménage.

d) Pour autant, les questions du statut de la recourante et de l'exercice d'une activité accessoire peuvent cependant rester ouvertes s'agissant de la période du 20 avril 2019 au 31 janvier 2021. En effet, au terme du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 LAI), l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité aboutit quoi qu'il en soit à un degré d'invalidité de 70 % qui ouvre le droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI) dès le 1^{er} avril 2020 jusqu'au 31 janvier 2021 à tout le moins (art. 88a al. 1 RAI).

10. a) La recourante requiert la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport du 29 septembre 2021 du Dr B._____ pour un montant de 3'500 francs.

b) 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; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR 2017 n° 19 p. 63). Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 8C_89/2020 du 4 décembre 2020 consid. 6.2 ; 8C_61/2016 précité consid. 6.1 in fine ; 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR UV n° 24 p. 75).

c) En l'occurrence, l'intimé a fondé la décision litigieuse sur les conclusions du Dr A._____ (rapport d'expertise du 28 décembre 2020 et complément d'expertise du 1^{er} février 2021), dont les lacunes ont été discutées dans le cadre du présent arrêt (cf. consid. 8 ci-dessus). Au vu de ces éléments, l'intimé aurait dû porter un regard plus critique sur les conclusions du Dr A._____ (avis SMR des 12 mai 2021 et 1^{er} novembre 2021). Dans ces circonstances, la Cour de céans ne peut que constater que l'intimé a manqué à ses obligations dans le cadre de son devoir d'instruction, en accordant une pleine valeur probante à un rapport d'examen dont les carences étaient manifestes, ceci spécialement après la production du rapport du 29 septembre 2021 du Dr B._____.

Aussi, l'expertise privée a servi à pallier les manquements de la procédure administrative. Dans ces conditions, il est justifié de mettre à charge de l'assurance-invalidité la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en œuvre de l'expertise privée, à savoir les honoraires du Dr B._____ par 3'500 fr. (facture du 1^{er} octobre 2021 et justificatif de paiement du 12 octobre 2021).

11. **a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2020 au 31 janvier 2021, la cause

devant pour le surplus être renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants. Les frais de l'expertise psychiatrique du Dr B. _____ (3'500 fr.) sont en outre mis à la charge de l'OAI.

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 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). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, 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. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

d) Il y a lieu de prendre en considération le montant de l'indemnité d'office versée à Me Claudio Venturelli pour la période du 24 janvier 2022 au 30 janvier 2023 à hauteur de 2'778 fr. 65 (décision du 31 janvier 2023), montant à concurrence duquel l'Etat de Vaud est subrogé dans la créance de dépens (art. 122 al. 2 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 3 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 rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} avril 2020 au 31 janvier 2021, la cause étant renvoyée pour le surplus audit office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais de l'expertise psychiatrique du Dr B._____ du 29 septembre 2021, d'un montant de 3'500 fr. (trois mille cinq cents 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.

- VI.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R._____ un montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens, l'Etat de Vaud étant subrogé au créancier à hauteur du montant de 2'778 fr. 65 (deux mille sept cent septante-huit francs et soixante-cinq centimes).

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Nicolas Bruder (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :