

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Rondi, assesseure
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourante, représentée par Association suisse des assurés ASSUAS, à Genève,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. O._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité [...], au bénéfice d'un diplôme de médecin-vétérinaire, est arrivée en Suisse en 2011. Après avoir travaillé pour la Fédération [...] jusqu'en janvier 2014, elle a obtenu un diplôme de médecine traditionnelle chinoise - acupuncteur. Elle a ensuite travaillé en tant que coordinatrice des affaires médicales pour la Fédération Internationale [...], du 1^{er} juin 2015 au 30 avril 2017.

Le 11 avril 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir de trouble dépressif récurrent avec détresse anxieuse d'intensité grave à l'origine d'une incapacité de travail totale depuis le 10 octobre 2016.

Dans un rapport du 30 mai 2017, la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). L'assurée s'était sentie fatiguée, démotivée et surchargée au niveau professionnel de manière progressive depuis septembre 2015. En arrêt depuis le mois d'octobre 2016, elle était toujours incapable de travailler dans son activité habituelle, mais pourrait reprendre une activité deux demi-journées par semaine, à partir du 1^{er} mai 2017.

L'assurée a bénéficié de mesures d'intervention précoce, sous la forme d'une réhabilitation professionnelle par le biais d'un coaching de remise en confiance du 6 septembre au 2 novembre 2017, puis d'un coaching de janvier à fin avril 2018 (cf. communications des 11 septembre et 4 décembre 2017). L'OAI a accordé une aide au placement, le 26 février 2018.

Depuis le 15 janvier 2018, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté une incapacité de travail de 60 %. A partir du 1^{er} février 2018, l'assurée a travaillé dans un cabinet

vétérinaire à 30 %, sans garde ni travail le week-end. Elle s'est fait licencier avec effet au 30 juin 2018. A l'issue d'un entretien du 4 juin 2018, l'OAI a admis de poursuivre la mesure de coaching pour l'aspect thérapeutique et pour permettre de préparer plus précisément le projet professionnel de vétérinaire-acupuncteur que l'assurée pourrait développer (cf. note d'entretien du 4 juin 2018). Du 1^{er} juillet au 30 septembre 2018, l'assurée a bénéficié d'un coaching en vue de la reprise d'une activité (cf. communication du 18 juin 2018). Le Dr B. _____ a renouvelé les certificats d'arrêt maladie, attestant une incapacité de travail de 60 %.

L'assurée a débuté une activité indépendante et créé en décembre 2018 sa société, [...] Sàrl, active dans le domaine de la médecine vétérinaire occidentale et chinoise. Le 21 janvier 2019, elle s'est vue accorder une mesure de reclassement, en plus d'un coaching de suivi de reprise d'activité, l'OAI prenant à sa charge les frais liés à la reprise de son activité à 40 % auprès de sa société. Cette mesure a été prolongée le 7 août 2019.

Dans un rapport final de réadaptation du 13 août 2019, l'OAI a retenu que l'assurée, toujours incapable de travailler à 60 %, avait trouvé une activité professionnelle tout à fait adaptée et viable à long terme. Elle commençait à développer son cabinet en engageant du personnel et pensait ainsi pouvoir davantage déléguer, et augmenter son chiffre d'affaires ainsi que son salaire. Son reclassement était idéal.

Dans un rapport du 28 novembre 2019, le Dr B. _____ a posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission (F31.7), et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). L'évolution depuis le début du suivi était mitigée, avec des difficultés à trouver une stabilité permettant de s'inscrire dans un projet professionnel. La capacité de travail dans l'activité habituelle était toujours de 40 %, elle pourrait être un peu plus élevée dans une activité limitant les facteurs de stress pour le moment et durant quelques années, les imprévus, les changements horaires (gardes), les incertitudes,

etc. liés à une activité à responsabilités (emplois salariés occupés avant les problèmes de santé actuels) ou à une activité de vétérinaire indépendant (gestion d'un cabinet). Le Dr B._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : fatigabilité, difficultés cognitives, manque d'endurance, manque de confiance en soi, aggravations momentanées peu prévisibles.

Le 20 décembre 2019, le Dr B._____ a précisé à l'OAI que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était de 40 % à court terme, qu'elle pourrait être de 10 à 20 % plus élevée dans les mois ou les 12 à 24 mois à venir avec un accompagnement thérapeutique préalable, puis qu'elle pourrait s'élever à 80-90 % d'ici quelques années en cas d'évolution favorable du trouble borderline grâce au suivi thérapeutique. Dans son activité actuelle indépendante, sa capacité de travail était de 40 %. Elle était susceptible de s'améliorer dans le courant de l'année 2020, au vu des changements qui interviendraient, à savoir la délégation de tâches et l'engagement d'une assistante et d'une vétérinaire.

Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 3 février 2020, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de status post transposition du nerf cubital du coude gauche en 2014, sans effet sur la capacité de travail. Du point de vue somatique, la capacité de travail était totale.

A la demande du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), l'assureur perte de gain a transmis à l'OAI l'expertise réalisée le 20 décembre 2017 par le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu « le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail (F31.6) de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte actuellement en rémission partielle, et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (Z73.1) d'accentuation de certains traits de la personnalité, traits émotionnellement labiles, actuellement non décompensés et (Z56) de difficultés liées à l'emploi et au chômage ». Il a retenu des limitations fonctionnelles significatives actuellement

essentiellement dans le sens d'un ralentissement psychomoteur et d'une labilité émotionnelle qui empêchaient une reprise professionnelle immédiate. Il a préconisé la poursuite du traitement thérapeutique. Il a conclu, au vu du tableau clinique et de l'évolution, que la capacité de travail de l'assurée dans son activité actuelle auprès d'un autre employeur était de 20 % au jour de l'expertise, avec une augmentation progressive de 20 % par mois dès le mois de mars 2018, pour atteindre une pleine capacité, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} juin 2018.

Dans un avis du 19 juin 2020, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Il a relevé que si une fragilité psychique était certainement présente et que l'incapacité de travail en 2016 se justifiait dans un cadre d'épuisement professionnel, l'évolution par la suite était inexplicée, l'assurée n'étant pas dépourvue de ressources. De plus, l'expertise du Dr P. _____ était très rassurante, déjà au jour de l'expertise. En l'absence d'aggravation depuis cette évaluation, les raisons qui justifiaient une diminution de la capacité de travail dans l'activité habituelle dans le domaine médico-administratif étaient difficilement compréhensibles.

L'OAI a confié la réalisation de cette expertise au Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ce dont l'assurée a été informée le 6 novembre 2020.

Dans son rapport du 8 avril 2021, le Dr N. _____ a retenu « les diagnostics psychiatriques de trouble affectif bipolaire anamnestiquement, actuellement en rémission (F31.7), accentuation de certains traits de personnalité, psychonévrotiques-instables (Z73.1) et labilité émotionnelle légère sous forme de dysthymie (F34.1) ». Il a écarté les diagnostics de trouble borderline et de trouble de la personnalité, l'assurée ne remplissant pas les critères diagnostiques. Il a constaté la présence de légères limitations qui se répercutaient surtout dans le domaine professionnel. Il a également relevé une importante divergence entre l'importance des symptômes décrits et le tableau clinique observé. Il a encore fait état de discordances entre les descriptions des psychiatres

traitants et ses observations cliniques, mais relevé une concordance nette entre ses observations et celles des médecins du Département de psychiatrie du Centre hospitalier K._____. (ci-après : Centre hospitalier K._____). Il a retenu un phénomène d'accentuation. Le Dr N._____ a retenu, au vu d'un tableau psychiatrique proprement dit rassurant et positif, une incapacité de travail d'au maximum 20 % au jour de l'expertise, dans l'activité habituelle et dans la nouvelle activité indépendante, ce qui permettait à l'assurée de poursuivre les efforts thérapeutiques et d'avoir des répités lors des moments de surcharge. Pour tout le reste, il s'agissait des propres choix et investissements de l'assurée dans une vie plutôt intense, ce qui représentait des facteurs extra-médicaux. L'assurée était capable de travailler à 80 % depuis le 1^{er} janvier 2019. Précédemment, elle disposait d'une capacité de travail de 40 % depuis le 15 janvier 2018, comme établi par le Dr B._____. En annexe au rapport d'expertise étaient jointes les pièces suivantes :

- Un rapport du 14 novembre 2019 du Département de psychiatrie du Centre hospitalier K._____ selon lequel l'assurée souffrait de trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission (F31.7), et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), qu'à l'anamnèse se retrouvaient trois épisodes hypomaniaques, plusieurs épisodes dépressifs ayant nécessité des traitements médicamenteux, des difficultés importantes en dehors de ces phases avec des difficultés à gérer ses émotions et une labilité émotionnelle qui l'épuisait ;
- Un rapport de bilan intermédiaire du 22 mai 2017 de la psychologue C._____, consultée à partir du mois de novembre 2016, qui posait les diagnostics de trouble dépressif caractérisé avec détresse anxieuse, d'intensité sévère, d'insomnie et de problème lié à la profession, et exposait que la thérapie comportementale et cognitive mise en place avançait lentement compte tenu de la sévérité de la dépression et la tendance au contrôle de l'intéressée qui altérait la compliance thérapeutique, mais que l'évolution depuis le mois de février 2017 était lentement favorable avec une augmentation de l'énergie, une diminution de la fatigue et des ruminations, et une reprise des recherches d'emploi.

Dans un avis du 4 mai 2021, le SMR a estimé que l'expertise du Dr N._____ était probante et pouvait être suivie.

Dans une communication interne du 29 juin 2021, l'OAI a retenu que la base salariale était la même pour le calcul du revenu sans invalidité et du revenu avec invalidité, dès lors que l'assurée poursuivait son activité de vétérinaire.

Le 2 juillet 2021, l'OAI a rendu un projet de décision, accordant à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2017, puis trois quarts de rente du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019, sous déduction des indemnités journalières versées. L'assurée avait une capacité de travail durablement restreinte depuis le 11 octobre 2016 et présentait une incapacité totale de travail et de gain à la fin d'un délai d'attente d'une année, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité depuis lors. Son état de santé s'était progressivement amélioré, permettant la reprise d'une activité à 40 % depuis le mois de janvier 2018, ce qui représentait un degré d'invalidité de 60 %. Le droit à la rente entière était donc réduit à un trois quarts de rente dès le 1^{er} avril 2018. Dès le mois de janvier 2019, l'exercice d'une activité tenant compte des limitations fonctionnelles était exigible à 80 %. Le degré d'invalidité de 20 % n'ouvrait plus de droit à une rente. L'amélioration étant considérée comme durable après trois mois, le droit à la rente s'éteindrait le 31 mars 2019.

Par courrier du 29 août 2021, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision. Relevant des erreurs dans l'expertise, concernant la prise de médicaments ou la pratique du sport, elle a requis un deuxième avis, soutenant qu'elle ne pouvait plus faire confiance à l'expert. Le 30 septembre 2021, elle a indiqué être toujours dans l'attente d'un rapport des médecins X._____ et E._____.

Sur demande de l'assurée, une copie du dossier a été transmise au Dr X._____ le 5 octobre 2021. Un délai au 4 novembre

2021 a été impartie à l'intéressée pour fournir les éléments étayant sa position.

Le 14 janvier 2022, l'OAI a rappelé à l'assurée qu'il lui appartenait de fournir des rapports médicaux susceptibles de revoir sa position. Un délai lui avait déjà été accordé à cet effet, sans qu'aucun élément ne lui soit adressé. L'OAI l'a informée qu'elle recevrait prochainement une décision contre laquelle elle pourrait recourir.

Dans un rapport du 1^{er} février 2022, le Dr X. _____ a indiqué qu'à l'heure actuelle l'assurée était capable de travailler à 40 %, à réévaluer selon l'évolution de son état de santé et de son projet professionnel. Depuis la reprise de son activité indépendante, elle avait souvent été exposée à de fortes exigences psychologiques. Le maintien du taux de 40 % s'était avéré compliqué et plusieurs arrêts de travail étaient survenus. Selon le médecin, une labilité émotionnelle, une symptomatologie anxio-dépressive, un épuisement, un trouble du sommeil et une hypersensibilité au stress interféraient sur la capacité de travail.

Dans un courrier du 2 juin 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'un délai au 15 mars 2022 avait été octroyé au Dr X. _____ pour lui faire parvenir un rapport susceptible de permettre de revoir sa position. A ce jour, il n'était en possession d'aucun élément. Une décision lui serait prochainement adressée.

Le 11 juin 2022, l'assurée a adressé à l'OAI le rapport du Dr X. _____ du 1^{er} février 2022, précisant ne pas comprendre que cet élément ne suffise pas à revoir sa position.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé le 1^{er} juillet 2022 que le rapport du Dr X. _____ n'apportait rien de nouveau, qu'il ne mentionnait pas d'aggravation de la situation depuis l'expertise, que l'appréciation de la capacité de travail attestée par les médecins traitants à 40 % avait été discutée par l'expert qui avait souligné les ressources de l'intéressée et une importante divergence entre les plaintes et la clinique.

Par courrier du 10 août 2022, l'OAI a pris position sur les éléments avancés par l'assurée, confirmant qu'une pleine valeur probante était conférée à l'expertise et que l'avis du Dr X. _____ ne contenait pas d'éléments susceptibles de mettre en cause les conclusions de l'expert, constituant une appréciation différente d'un même état de fait.

Par décision du 26 août 2022, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2017 au 31 mars 2018, puis de trois quarts de rente du 1^{er} avril 2018 au 31 janvier 2019. La décision précisait que les rentes des mois de février et mars 2019 n'avaient pas été versées au motif que la rente devait être suspendue à la fin du troisième mois civil entier d'indemnités journalières AI versées. Pour le surplus, la motivation de la décision était conforme à celle du projet de décision.

B. Par acte adressé le 26 septembre 2022, O. _____, représentée par l'Association suisse des assurés ASSUAS, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi de prestations au-delà du 31 janvier 2019 et à des mesures professionnelles, notamment une orientation professionnelle.

Dans la mesure où cette écriture ne contenait pas les griefs de la recourante, un délai de 10 jours lui a été imparti, le 29 septembre 2022, pour la régulariser.

Dans son écriture complémentaire du 10 octobre 2022, la recourante a déploré que le Dr N. _____ ne fasse pas mention du rapport du Service de psychiatrie du Centre hospitalier K. _____ du 14 novembre 2019, qui retenait après quatre entretiens qu'elle souffrait de trouble affectif bipolaire actuellement en rémission et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Elle s'est également référée au rapport du 1^{er} février 2022 du Dr X. _____, qui notait qu'elle n'avait jamais pu récupérer une capacité de travail supérieure à 40 % compte tenu des limitations fonctionnelles retenues. La

recourante a donc contesté la valeur probante du rapport du Dr N._____, qui disposait d'un dossier incomplet lorsqu'il l'avait examinée, puisqu'il n'avait pas pu prendre connaissance du diagnostic de trouble de la personnalité labile de type borderline retenu par le Centre hospitalier K._____ et qui influençait ses limitations fonctionnelles. Elle a en outre plaidé que le rapport d'expertise peinait à motiver médicalement les dates retenues pour la reprise supposée de sa capacité de travail, se fondant uniquement sur l'ouverture de son cabinet vétérinaire pour supposer une capacité de travail théorique à 80 %. Or, le Dr X._____ confirmait qu'elle n'avait jamais pu travailler au-delà de 40 % et que son activité était parsemée d'arrêts de travail à 100 %. Elle a enfin relevé que la décision entreprise n'indiquait rien sur le calcul du taux d'invalidité retenu et qu'aucun chiffre n'était indiqué avant et après invalidité. Elle se réservait de compléter sa motivation sur cet aspect. Elle a précisé ses conclusions et sollicité l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} avril 2018, à tout le moins de trois quarts de rente au-delà du 31 mars 2019. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. Avec son recours, elle a produit le rapport du 14 novembre 2019 du Département de psychiatrie du Centre hospitalier K._____, ainsi que le rapport du 1^{er} février 2022 du Dr X._____.

Dans sa réponse du 13 décembre 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 6 février 2023, la recourante a maintenu sa position. Elle a produit un rapport du Dr X._____ du 5 février 2023, dans lequel il confirmait les diagnostics qu'il avait posés et indiquait que l'état de santé était stable en relation avec le trouble affectif bipolaire, bien qu'une instabilité affective fréquente eût été constatée, souvent en lien avec des événements stressants. L'assurée présentait des difficultés dans la gestion des émotions. Dans les moments de stress, elle développait les limitations fonctionnelles dont il avait déjà fait état et qui interféraient de manière significative sur la capacité de travail. Il a confirmé son appréciation de la capacité de travail, estimée à 40 % et susceptible d'augmentation progressive en cas de stabilité clinique. Le trouble de la

personnalité, retenu sur la base du mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, pouvait également avoir une répercussion sur la capacité de travail. Le Dr X._____ estimait que le pronostic restait favorable dans la durée, au vu de l'investissement de l'assurée dans son espace thérapeutique et de ses progrès sur le plan du travail personnel.

Par duplique du 23 février 2023, l'OAI a confirmé sa conclusion en rejet du recours. Se référant à un avis SMR du 20 février 2023, il a relevé que le rapport du Dr X._____ ne faisait apparaître aucun élément nouveau, qui aurait été ignoré par l'expert ou qui serait survenu entre l'expertise et la décision entreprise.

Dans des déterminations du 20 mars 2023, la recourante a persisté dans ses conclusions, relevant que les Drs X._____ et N._____ posaient les mêmes diagnostics mais que leurs appréciations de la capacité de travail divergeaient, le Dr X._____ confirmant qu'elle n'avait jamais pu reprendre une activité au-delà de 40 % et que son activité actuelle était parsemée d'arrêts de travail.

Le 4 avril 2023, l'OAI a exposé que l'expertise avait discuté de la question de l'appréciation de la capacité de travail à 40 % telle qu'attestée par les médecins traitants depuis le début de la prise en charge, souligné les ressources et les empêchements et relevé des divergences. Se fondant sur une analyse complète du dossier, elle était pleinement probante.

En droit :

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

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

b) En l'occurrence, le recours, motivé dans le délai imparti à cet effet (art. 27 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable.

2. a) Est litigieuse la question de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente entière postérieurement au 1^{er} avril 2018, respectivement à un trois quarts de rente au-delà du 31 mars 2019.

b) 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^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En l'occurrence, l'ancien droit demeure applicable.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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. 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

b) 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). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs ; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour cent peut aussi suffire. Ainsi, lorsque la personne assurée dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour cent ; ATF 119 V 475 consid. 2b ; TF 9C_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 ; TF 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2).

c) 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).

d) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. La recourante fait pour l'essentiel valoir que le rapport d'expertise du Dr N. _____ n'est pas probant.

Or cette argumentation ne peut être suivie. L'expertise a en effet été rédigée après que la recourante a été examinée par le Dr N. _____, le 20 janvier 2021. L'expert a listé les pièces du dossier, relaté les plaintes de l'assurée, établi une anamnèse détaillée (familiale, personnelle, professionnelle, affective, médicale et par système), puis procédé à un examen comprenant des tests psychologiques. C'est sur la base d'un dossier complet qu'il a apprécié la capacité de travail. Il est ainsi erroné d'affirmer, comme le fait la recourante, que le Dr N. _____ n'aurait pas pris connaissance du rapport du 14 novembre 2019 du Département de psychiatrie du Centre hospitalier K. _____. Il ressort en effet du rapport d'expertise que ce rapport et son contenu sont bien mentionnés dans le chapitre « Synthèse du dossier » (p. 5) ainsi qu'à titre de nouveau document dans le chapitre « Informations éventuelles fournies par des tiers » (p. 22). Après avoir résumé l'évolution professionnelle et médicale de l'assurée, l'expert psychiatre a retenu les diagnostics de trouble affectif bipolaire anamnesticquement, actuellement en rémission, et de labilité émotionnelle légère sous forme de dysthymie, ainsi que le facteur influant sur l'état de santé d'accentuation de certains traits de personnalité psychonévrotiques-instables. Il a du reste expliqué les raisons pour lesquelles il retenait ces diagnostics et ce facteur, mais également celles l'amenant à écarter les diagnostics de trouble de la personnalité et de trouble borderline. L'expert N. _____ a exposé que la biographie de l'assurée évoquait une très bonne adaptation aux exigences d'une scolarité supérieure et universitaire ainsi qu'à plusieurs postes de travail. Une situation de conflit avait été évoquée dans un contexte précis et avait conduit à son dernier licenciement. Les critères diagnostiques du trouble de la personnalité n'étaient ainsi pas réalisés. L'expert a encore observé qu'il ne ressortait pas de l'anamnèse de signes de dysfonctionnement majeur ou significatif dans les cognitions, dans l'affectivité, dans le contrôle des impulsions ou dans l'interaction avec les autres. Durant l'entretien, l'assurée s'était montrée adéquate, bien que défensive avec une légère tendance dominatrice. Le trouble borderline était donc exclu.

L'expert a précisé qu'il pouvait parler d'une personnalité avec des traits psychonévrotiques, une tendance à faire des transferts psycho-émotionnels, partiellement compensés par des efforts de psychothérapie. La personnalité était à la limite de « traits accentués de personnalité ». Les traits accentués de personnalité pouvaient donner plus facilement lieu à une conflictualité, mais l'assurée disposait de beaucoup de moyens pour s'auto-gérer. L'expert n'a pas constaté, durant l'entretien, de troubles cognitifs patents, de troubles formels de la pensée, de fatigue ou de fatigabilité. L'assurée insistait beaucoup sur l'importance de ses limitations - lesquelles affectaient essentiellement son activité professionnelle - et argumentait en faveur d'une incapacité de travail partielle et durable. Le Dr N._____ n'a pas observé les limitations alléguées par l'assurée, soit la fatigue, l'épuisement, la mauvaise humeur et les troubles cognitifs, mais a cependant retenu une légère fragilité psycho-émotionnelle, une légère sensibilité au stress et aux contraintes. L'assurée avait également des ressources, qui lui avaient permis de suivre plusieurs formations complémentaires et créer sa société, ainsi qu'une vie sociale investie et beaucoup de soutien. L'expert a mis en évidence une importante divergence entre les symptômes décrits et le tableau clinique observé.

Sur le plan de la capacité de travail, l'expert N._____ a retenu que la situation de l'assurée était rassurante et positive, conduisant à reconnaître une incapacité de travail de 20 % au maximum, afin de tenir compte de la légère instabilité émotionnelle constatée et de permettre de poursuivre les efforts thérapeutiques. Il a ainsi estimé que l'assurée était capable de travailler dans son activité habituelle et dans son activité indépendante de vétérinaire à 80 %, depuis le 1^{er} janvier 2019. Quant à l'évolution de la capacité de travail dans le temps, il l'a exposée en détail. Il a d'abord relevé que l'expertise du Dr P._____ du 20 décembre 2017 préconisait une reprise progressive de l'activité jusqu'à une reprise totale en juin 2018. L'expert N._____ a ainsi estimé qu'il pouvait être retenu comme première marque d'amélioration ce qui avait été défini le 15 janvier 2018 par le Dr B._____, avec une capacité de travail de 40 %. La capacité de 80 % était quant à elle recouvrée au plus tard au début de

l'année 2019, au vu de l'activité dont avait fait preuve l'assurée pour la création de son cabinet vétérinaire.

En tant qu'il se fonde sur l'entier des pièces du dossier et l'examen de l'assurée, liste ses plaintes, contient une anamnèse détaillée, évalue la cohérence et la plausibilité, contient des conclusions claires et étayées, le rapport d'expertise du Dr N._____ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

L'expert n'est au demeurant contredit par aucun médecin. En premier lieu, comme exposé ci-avant, il a intégré le rapport du 14 novembre 2019 du Centre hospitalier K._____ et précisé qu'il rejoignait l'appréciation de ces médecins s'agissant de la capacité de travail de l'assurée. En second lieu, le rapport du 1^{er} février 2022 du Dr X._____ a été soumis à l'avis du SMR, lequel a relevé qu'il n'apportait pas d'élément nouveau et ne faisait pas état d'une aggravation de la situation depuis l'expertise (avis du 1^{er} juillet 2022). Dans son rapport du 5 février 2023, le Dr X._____ réitère par ailleurs les observations qu'il a faites le 1^{er} février 2022, sans que des éléments nouveaux qui auraient été ignorés jusqu'ici n'en ressortent. A cela s'ajoute que le médecin estime la capacité de travail de sa patiente à 40 % depuis le début de sa prise en charge, le 7 février 2020. Cette appréciation a au demeurant été discutée dans le cadre de l'expertise du Dr N._____, qui a souligné une importante divergence entre les plaintes et la clinique, le peu d'empêchements de l'assurée et ses nombreuses ressources lui ayant notamment permis de créer sa société au début de l'année 2019.

Dans ces conditions, l'OAI était fondé à retenir que la capacité de travail dans l'activité habituelle, adaptée, était de 80 % à compter du début de l'année 2019.

5. La recourante a mentionné en procédure judiciaire qu'aucun chiffre n'était retenu avant et après invalidité, et qu'elle se réservait de compléter sa motivation sur cet aspect. Elle n'a pas fait valoir ce moyen en réplique.

Dans la mesure où l'OAI s'est fondé sur l'expertise, probante, du Dr N. _____ qui retient que la capacité de travail est de 80 % dans l'activité habituelle, qui est adaptée, l'intimé n'avait dès lors pas à procéder à une comparaison des revenus mais pouvait se référer à la méthode de comparaison en pour cent, comme il l'a fait en l'occurrence.

6. Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 26 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de O._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Association suisse des assurés ASSUAS (pour O._____).
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :