

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 juin 2025

---

Composition : M. WIEDLER, président  
Mme Di Ferro Demierre et M. Tinguely, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Maxime Rocafort,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s., 21 al. 4 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 7, 28 et 29 LAI**

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

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est célibataire, sans enfant. En dernier lieu, elle travaillait depuis le mois de mars 2020 comme gérante d'immeubles au service de l'entreprise Z. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur).

Le 20 octobre 2021, M. \_\_\_\_\_ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme de mesures professionnelles et/ou d'une rente, en raison d'un « sévère burn out » depuis le 20 novembre 2020.

Le 7 décembre 2021, l'assurée a complété le formulaire de détermination du statut (part active/part ménagère) en indiquant que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % depuis toujours en tant que gérante d'immeubles par nécessité financière.

Un document intitulé « IP – Rapport initial » du 22 décembre 2021 établi par un des spécialistes en réinsertion professionnelle à l'OAI comportait notamment le passage suivant (*sic*) :

**“5. Observations et remarques (point de vue du conseiller)  
Etat de santé, comportement, humeur, discernement quant à  
l'état de santé**

L'assurée est peu loquace et rencontre encore à ce jour des difficultés de concentration et de gestion du stress lors de toute situation nouvelle même peu importante. Aucune reprise professionnelle ni mobilisation dans une mesure n'apparaît comme possible.

Son objectif est de reprendre son métier qu'elle aime et qu'elle pratique depuis 1995.

Une fois un pronostic de reprise avéré, il faudra évaluer si un coaching lui sera judicieux afin d'acquérir des outils afin de déployer un nouveau fonctionnement professionnel. Selon le type de reprise (CT [capacité de travail] effective ou thérapeutique) il sera évalué de la mesure à mettre en œuvre. [...]”

A la suite d'un entretien téléphonique du 10 février 2022 avec l'assurée, la gestionnaire en charge du dossier à l'OAI a noté que sa

correspondante semblait toujours avoir de la peine à comprendre de suite ce qui lui était expliqué et qu'un ralentissement cognitif était manifeste.

Dans un rapport du 13 avril 2022, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a posé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques mais idéations suicidaires répétées (F32.2 ; depuis le 9 septembre 2016) et de difficultés dans les rapports avec les parents (Z63.1 ; depuis l'enfance). Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : « des difficultés relationnelles, une hostilité ou agressivité, des bizarreries du comportement, des difficultés dans la gestion des émotions, un apragmatisme, des difficultés liées aux tâches administratives, des difficultés d'autonomie dans les autres activités (que l'hygiène) de la vie quotidienne, des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, des difficultés d'organisation du temps, des difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement, une hypersensibilité au stress et l'apparition périodique de phases de décompensation ». Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, ce médecin suggérait de procéder à une très progressive adaptation professionnelle dans le contexte d'un état dépressif important et des angoisses en diminution mais qui restaient importantes, ceci afin d'éviter un échec prématuré et de péjorer l'état psychique de l'intéressée.

Par communication du 20 juillet 2022, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'elle remplissait les conditions pour l'octroi de mesures de réinsertion professionnelle. Il prenait dès lors en charge les coûts pour une Pré-MR (pré-mesure de réinsertion) effectuée auprès de [...] Sàrl, du 15 août au 14 octobre 2022, sous forme d'entretiens individuels hebdomadaires. L'assurée bénéficiait d'indemnités journalières durant cette période.

Cette mesure de réinsertion a été mise en stand-by, en raison de la panique et du stress ressentis par l'assurée qui avait raté le premier entretien et annulé le second, puis avait exprimé sa difficulté à parler, son épuisement et son blocage en mettant fin, après vingt minutes, à un appel

téléphonique avec la collaboratrice auprès de l'organisateur de la mesure de réinsertion professionnelle (cf. échanges de courriels entre [...] Sàrl et l'OAI des 8 et 9 septembre 2022).

Dans un rapport du 16 septembre 2022, le Dr V.\_\_\_\_\_ a confirmé ses précédents diagnostics et limitations fonctionnelles, en l'absence d'une amélioration de l'état de santé mentale de l'assurée. Ce médecin a indiqué que la mesure de réinsertion professionnelle proposée par l'OAI avait causé une augmentation des angoisses, sans modifier la capacité de travail de l'assurée. Le traitement consistait en une psychothérapie à une fréquence hebdomadaire, avec la précision que les traitements psychotropes essayés avaient malheureusement provoqué des effets secondaires chez l'intéressée.

Par communication du 21 septembre 2022 qui annulait et remplaçait celle du 20 juillet 2022, l'OAI a informé l'assurée que la mesure de réinsertion professionnelle auprès de [...] de Sàrl était arrêtée à compter du 15 septembre 2022. S'agissant des motifs, il était noté que l'intéressée n'avait pu participer qu'à un seul entretien en présentiel et qu'elle s'était excusée de ne pas avoir pu se présenter à deux autres entretiens fixés. Les entretiens en présentiel étant trop sollicitant, un coaching téléphonique avait été proposé auquel l'assurée n'avait pu participer qu'à une seule reprise, cette forme s'étant également avérée trop importante pour elle. Un arrêt de la mesure s'imposait au vu de l'état de santé de cette dernière qui ne lui permettait pas de poursuivre (cf. document intitulé « Partenaire - Note d'entretien » du 21 septembre 2022 de l'OAI).

Selon une note d'un entretien (contact entreprise) du 26 septembre 2022, l'employeur avait résilié le contrat de travail le liant à l'assurée dans le courant du mois de septembre 2022 pour le 30 novembre 2022, avec le versement de deux mois de salaires supplémentaires.

Par communication du 13 octobre 2022, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant et que l'instruction de sa demande de prestations se poursuivait.

Dans ce cadre, l'OAI a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique de l'assurée auprès de la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 21 février 2023, la Dre F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif léger depuis novembre 2022 au présent (F32.0) et de traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé (Z73.1). L'experte a retenu une capacité de travail de l'assurée entière dans toute activité depuis novembre 2020. Elle a précisé qu'un suivi psychiatrique était susceptible de diminuer le déconditionnement, mais qu'il n'était pas exigible, compte tenu de la capacité de travail entière. Elle a recommandé la prise d'un antidépresseur en cas d'aggravation documentée, ce qui n'était pas le cas au jour de l'expertise.

Par rapport du 8 mars 2023 suivant l'appréciation de l'experte, le médecin du SMR a retenu qu'en l'absence d'atteinte principale à la santé, les pathologies non du ressort de l'assurance-invalidité étaient un épisode dépressif léger depuis novembre 2020 avec des traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse non décompensés. La capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité depuis toujours.

Par projet de décision du 8 mars 2023, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles, estimant que celle-ci ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante, conformément au rapport d'expertise psychiatrique du 21 février 2023 de la Dre F.\_\_\_\_\_.

Le 19 mai 2023, l'assurée, désormais conseillée par Me Maxime Rocafort, a fait part de ses observations sur le projet de décision de l'OAI.

Par décision du 14 juin 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, il s'est exprimé sur la contestation de l'avocat de l'assurée.

**B.** Par acte du 21 août 2023, M.\_\_\_\_\_, représentée par Me Maxime Rocafort, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Canton de Vaud contre la décision précitée, concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est allouée « compte tenu d'un taux d'invalidité depuis le 20 novembre 2020 ». Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. En substance, elle a contesté bénéficier d'une capacité de travail entière dans toute activité. Ce faisant, elle a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique de la Dre F.\_\_\_\_\_ en lui opposant l'avis divergent de son psychiatre traitant dont elle a fait verser à la cause un certificat du 16 août 2023 constatant l'absence d'amélioration de l'état de santé mentale et psychique de l'intéressée, laquelle présentait toujours une incapacité de travail de 100 %.

Dans sa réponse du 3 octobre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise psychiatrique de la Dre F.\_\_\_\_\_, renvoyant au rapport d'examen SMR du 8 mars 2023.

Dans ses déterminations du 23 octobre 2023, la recourante a, à titre de mesure d'instruction, sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire.

**C.** Le 8 octobre 2024, le magistrat instructeur a confié au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de M.\_\_\_\_\_. L'expert judiciaire a rendu son rapport le 5 février 2025. Il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif unique modéré sans symptôme psychotique (6A70.1), de trouble d'anxiété généralisée (6B00), d'agoraphobie (6B02), de phobie spécifique (6B03) et conclu à une incapacité de travail totale de la recourante dans toute activité depuis le 20 novembre 2020. Il a cependant relevé qu'avec des mesures thérapeutiques adaptées (une psychothérapie à raison de deux séances par mois, la prescription de plusieurs psychotropes antidépresseurs et anxiolytiques [Escitalopram, Trittico, Agomélatine, Venlafaxine, Millepertuis ainsi que de l'Olanzapine et du Xanax Retard]), la recourante pourrait recouvrir progressivement une pleine capacité de travail dans un délai d'un an.

Avec ses déterminations du 13 mars 2025, l'OAI a produit un avis du SMR du 17 février 2025 et a fait siennes les conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_, l'avis SMR retenant que les mesures thérapeutiques préconisées par l'expert judiciaire étaient exigibles.

Dans ses déterminations du 17 mars 2025, la recourante a fait de même, précisant qu'elle se conformerait aux mesures thérapeutiques prescrites par l'expert judiciaire, tout en relevant avoir présenté par le passé des effets secondaires importants lors de la prise d'antidépresseurs à visée anxiolytique.

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

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité.

**3.** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En 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 postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

En l'occurrence, la requérante a déposé sa demande de prestations le 20 octobre 2021, de sorte que le nouveau droit est applicable.

**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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**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<sup>e</sup> 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).

**5. 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). 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).

**b)** Selon la jurisprudence, un état d'épuisement de type « burnout » ne constitue en principe pas une atteinte à la santé invalidante (TF 9C\_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.2 ; TF 9C\_537/2011 du 28 juin 2012 consid. 3.1, *in* SVR 2012 IV n° 52 p. 188; TF 8C\_302/2011 du 20 septembre 2011 consid. 2.3, *in* SVR 2012 IV n° 22 p. 95). En effet, selon le Tribunal fédéral, le burnout peut se produire chez des personnes présentant certains traits de personnalité dans des situations de stress psychosocial et est répertorié sous le code de diagnostic CIM-10 Z73.0. Il ne correspond toutefois pas à une maladie au sens des systèmes de classification internationaux reconnus. Les codes Z sont des facteurs qui influent sur l'état de santé et conduisent à l'utilisation des services de santé. Les catégories Z00-Z99 sont destinées aux cas dans lesquels les circonstances sont indiquées comme des "diagnostics" ou des "problèmes" qui ne peuvent être classés comme maladie, blessure ou cause externe selon les catégories A00-Y89. Le burnout en tant que tel ne relève donc pas de la notion d'atteinte significative à la santé au sens du droit des personnes invalides (TF 8C\_302/2011 du 20 septembre 2011 consid. 2.3) ; en principe, il ne constitue donc pas à lui seul une atteinte à la santé invalidante (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 ; TF 9C\_537/2011 du 28

juin 2012 consid. 3.1 ; SVR 2008 IV n° 62 p. 203, TF 9C\_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 4.2).

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

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

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid.

3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**7. a)** En l'espèce, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité et des mesures professionnelles à la recourante, estimant que celle-ci ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante. L'OAI s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique établi par la Dre F. \_\_\_\_\_ le 21 février 2023.

L'expertise de la Dre F. \_\_\_\_\_ n'est toutefois pas convaincante. L'experte ne discute pas sérieusement le diagnostic de dépression sévère, sans symptômes psychotiques mais idéations suicidaires répétées retenu par le Dr V. \_\_\_\_\_. Elle n'a pas évoqué avec la recourante les idéations suicidaires mentionnées par ce médecin, occultant complètement cet élément dans son analyse. De même, elle se fonde sur la journée-type de la recourante pour déduire qu'elle dispose d'une pleine capacité de travail. Or, la recourante a souffert d'un burn-out, lié à son activité professionnelle. Le seul fait qu'elle arrive à gérer son quotidien ne permet pas déduire qu'elle pourrait reprendre une activité professionnelle à 100 %. D'ailleurs, la recourante n'a pas réussi à suivre la mesure de réinsertion mise en place par l'OAI dans le courant de l'année 2022, élément que la Dre F. \_\_\_\_\_ ne discute pas non plus dans son rapport. Ainsi, son expertise repose sur la base d'un état de fait incomplet et n'est dès lors pas convaincante. On relèvera encore que la phrase « La seule incohérence consiste dans le fait que l'assurée demande une rente AI à 100% d'un point de vue psychiatrique, dans un contexte d'absence de limitations fonctionnelles significatives psychiatriques » qui figure à plusieurs reprises dans le rapport d'expertise relève d'un jugement de valeur qui n'a rien à faire dans une expertise médicale.

Ce rapport n'étant pas convaincant et le dossier ne comportant pas d'autres rapports médicaux suffisamment détaillés pour trancher le cas, le juge instructeur a ordonné une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr H. \_\_\_\_\_. L'intimé s'est rallié aux conclusions de

l'expert H.\_\_\_\_\_, considérant que son rapport était convaincant et probant.

**b)** En effet, le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ peut se voir accorder une pleine valeur probante. D'un point de vue formel, il remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels applicables en la matière (cf. consid. 6b supra). L'expert s'est entretenu avec l'assurée, a tenu compte de toutes les pièces au dossier, y compris les rapports de la mesure de réinsertion mise en place par l'OAI, a exposé la journée-type de l'assurée, dressé son anamnèse, et a expliqué les raisons pour lesquelles il retenait ou réfutait certains diagnostics retenus par d'autres médecins.

L'expert H.\_\_\_\_\_ a ainsi retenu les diagnostics d'épisode dépressif unique modéré sans symptôme psychotique (6A70.1), de trouble d'anxiété généralisée (6B00), d'agoraphobie (6B02) et de phobie spécifique (6B03). Il a expliqué les raisons pour lesquelles ces diagnostics avaient une influence sur la capacité de travail. Il a par ailleurs pris le soin d'expliquer les interactions des diagnostics posés, d'une part, et a fait le lien entre celles-ci et son appréciation de la capacité de travail, d'autre part, mise également en perspective avec ses propres constatations cliniques.

L'expert psychiatre a relevé que l'épisode dépressif, le trouble d'anxiété généralisée et l'agoraphobie occasionnaient des limitations fonctionnelles et limitaient les ressources personnelles de l'expertisée. Ainsi, l'épisode dépressif était à l'origine de difficultés relationnelles avec tendance au repli social, des difficultés dans la gestion des émotions, avec pleurs, et d'une fatigabilité. Le trouble d'anxiété généralisée occasionnait une hypersensibilité au stress et une diminution de la capacité de concentration. Quant à l'agoraphobie, elle provoquait un évitement d'être exposée à la foule et des crises d'angoisse dans ces situations.

A ce tableau clinique, l'expert ajoutait encore la phobie spécifique des antidépresseurs de l'expertisée qui occasionnait une

difficulté dans la gestion du traitement qui la faisait renoncer à un médicament qui pouvait potentiellement l'aider à guérir.

Selon l'expert, les conséquences de ces troubles psychiatriques créaient un cercle vicieux empêchant la guérison.

L'expert H.\_\_\_\_\_ s'est finalement livré à une analyse concluant à un tableau cohérent au vu de ses constatations cliniques, de l'anamnèse et de la journée-type décrite par l'assurée, ainsi qu'à une évaluation des ressources suivant la structure de la Mini CIF APP. A l'issue de son analyse, la recourante était ainsi en incapacité de travailler dans toute activité depuis le 20 novembre 2020, comme cela était démontré par l'échec de la mesure de réadaptation mise en place en août 2022.

**c)** Il y a donc lieu de se fonder sur l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ et de retenir que la recourante est en incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 20 novembre 2020. La recourante aurait dès lors droit à une rente entière d'invalidité à l'issue du délai de carence d'un an échéant en novembre 2021. Toutefois, étant donné que la recourante n'a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité qu'en date du 20 octobre 2021, elle n'a droit au versement de cette prestation qu'à l'échéance d'un délai de six mois, soit à partir du 1<sup>er</sup> avril 2022 (cf. art. 29 al. 1 LAI).

**8. a)** Selon un principe général en droit des assurances sociales, concrétisé à l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de sa part pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité (obligation de diminuer le dommage). Il doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels) ; il s'agit en particulier : de mesures d'intervention précoce (art. 7 al. 2, let. a, LAI), de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 7 al. 2, let. b, LAI), de mesures d'ordre professionnel

(art. 7 al. 2, let. c, LAI), de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal ([loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] ; art. 7 al. 2, let. d, LAI) ou de mesures en vue d'une nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente au sens de l'art. 8a al. 2 LAI (art. 7 al. 2, let. e, LAI).

**b)** Dans le cadre de son devoir de réduire le dommage, une obligation importante de l'assuré, si ce n'est la première, est qu'il ait recours à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé. L'assureur pourra ainsi réduire ou refuser ses prestations (art. 7b LAI en relation avec l'art. 21 al. 4 LPGa) lorsque l'assuré, sans enfreindre une injonction, compromet le résultat du processus de guérison par son comportement gravement négligent. Le refus de suivre un traitement approprié ne peut toutefois être qualifié comme tel que si toutes les informations utiles lui ont été communiquées par le médecin traitant (cf. MICHEL VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 3 *ad* art. 7 LAI, p. 69, et références citées).

**c)** Les traitements médicaux visés par l'art. 7 al. 2, let. d, LAI susmentionné englobent toute mesure diagnostique ou thérapeutique, ambulatoire ou stationnaire, de même que des soins de longue durée, dont on peut raisonnablement espérer, au stade de la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de santé de la personne assurée et, par conséquent, de sa capacité de travail. La perception subjective, par la personne assurée, de l'utilité du traitement n'est pas pertinente. La preuve de l'amélioration que le traitement aurait pu apporter n'a pas à être rapportée strictement, mais doit être démontrée avec une certaine vraisemblance. Le degré de vraisemblance exigé dépend de l'ampleur de l'atteinte aux droits de la personnalité causée par le traitement (cf. ANNE-SYLVE DUPONT, *in* : DUPONT/MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 54 *ad* art. 21 LPGa, p. 312, et les références citées).

**d)** L'expert a préconisé la mise en place de mesures thérapeutiques, à savoir une psychothérapie à raison de deux séances par mois et la prescription de plusieurs psychotropes antidépresseurs et anxiolytiques (Escitalopram, Trittico, Agomélatine, Venlafaxine, Millepertuis ainsi que de l'Olanzapine et du Xanax Retard). Ce traitement pourrait, en l'espace d'un an, permettre à l'assurée de récupérer progressivement une pleine capacité de travail, précisant qu'après six mois de traitement une mesure de réadaptation progressive, en commençant par deux heures par jour sur quatre jours, sans exigence de rendement, pourrait être utile et même thérapeutique (cf. expertise judiciaire, p. 24). L'OAI a indiqué que ces mesures thérapeutiques étaient exigibles et la recourante a accepté de se conformer aux mesures thérapeutiques prescrites par l'expert, tout en relevant avoir présenté par le passé des effets secondaires importants lors de la prise d'antidépresseurs à visée anxiolytique. Il appartiendra à l'intimé de s'assurer que la recourante donne suite aux propositions thérapeutiques du Dr H.\_\_\_\_\_, en lui adressant à défaut une mise en demeure à cette fin (cf. art. 21 al. 4 LPGA).

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

**a)** Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-invalidité (ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu

et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 139 V 496 consid. 4 ; 137 V 210 consid. 4.4.2).

**b)** En l'espèce, l'OAI a fondé la décision entreprise sur les conclusions de l'expertise de la Dre F.\_\_\_\_\_, dont les lacunes ont été discutées dans le cadre du présent arrêt (cf. supra), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir en détails. Au vu de ces éléments, le SMR aurait dû porter un regard plus critique sur les conclusions de l'experte F.\_\_\_\_\_. Dans ces circonstances, la Cour de céans ne peut que constater que l'intimé a manqué à ses obligations dans le cadre de son instruction, en accordant une pleine valeur probante au rapport d'expertise. L'expertise judiciaire a servi à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Dans ces conditions, il est justifié de mettre à charge de l'OAI la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en œuvre de l'expertise judiciaire, à savoir les honoraires de l'expert, par 5'075 fr., conformément à sa note d'honoraires reçue le 10 février 2025.

**10. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que la recourante a droit au versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2022.

**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<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

**c)** Les frais de l'expertise judiciaire par 5'075 fr. sont mis à la charge de l'intimé (art. 45 LPGA, cf. consid. 9 supra).

**d)** La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), laquelle est fixée à 3'000 francs.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 14 juin 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que M. \_\_\_\_\_ a droit au versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2022.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 15 janvier 2025, par 5'075 fr. (cinq mille septante-cinq francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. \_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs), à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Maxime Rocafort (pour M. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :

