

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 février 2026

Composition : Mme LIVET, présidente  
Mmes Berberat et Durussel, juges  
Greffière : Mme Matthey

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à U\*\*\*, recourante, représentée par Me Julien Pache, avocat à Lausanne,

et

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

\_\_\_\_\_

**Art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI.**

**En fait :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en \*\*\*, au bénéficiaire d'un CFC de [...] et d'un CFC de [...], travaillait en qualité d'assistante administrative à 90 % depuis le 1<sup>er</sup> août 2001 auprès de la B.\_\_\_\_\_ ».

Elle a déposé, le 12 juillet 2022, par l'intermédiaire de son assureur perte de gain, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une dépression existant depuis 2019. Elle a joint à son envoi un rapport du 21 avril 2022, dans lequel la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11) depuis octobre ou novembre 2021. La psychiatre traitante a fait état d'une situation conflictuelle au travail et d'une détérioration sévère de l'état de santé du mari de sa patiente ; les symptômes actuels consistaient en de l'anxiété, une insécurité, une tristesse, une fatigue et une fatigabilité. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre C.\_\_\_\_\_ a fait état de troubles de l'attention et de la concentration, d'une anxiété, d'angoisses, parfois d'une désorganisation de la pensée, d'une fatigue et d'une fatigabilité. Elle a attesté une incapacité de travail totale du 9 novembre au 5 décembre 2021, de 70 % du 6 décembre 2021 au 2 janvier 2022, de 50 % du 3 janvier au 28 février 2022, de 30 % du 1<sup>er</sup> au 21 mars 2022 et de 50 % du 22 mars au 3 mai 2022.

L'assureur perte de gain de l'assurée, F.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : le F.\_\_\_\_\_), a régulièrement transmis son dossier à l'OAI. Le 26 juillet 2022, il lui a notamment adressé un rapport nommé « plausibilisation de l'incapacité de travail - psychiatrie et psychothérapie » du 13 juillet 2022, dont il ressort que la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et titulaire de « droits acquis en psychiatrie et psychothérapie », a examiné l'assurée le 12 juillet 2022 à la demande de F.\_\_\_\_\_ et qu'elle a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, et de difficultés liées à l'emploi, et les

diagnostics non-incapacitants de trouble de la personnalité anxieuse (évitante) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue. La Dre J.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée avait souffert d'un climat professionnel toxique provoqué par le comportement manipulateur d'une collègue nouvellement engagée, ainsi que de la découverte d'un cancer multi métastatique chez son mari ; ces deux chocs émotionnels s'étaient produits simultanément, atteignant ses valeurs de vie et engageant le pronostic vital de son mari et la survie de leur vie conjugale. La médecin précitée a évalué l'incapacité de travail de l'intéressée à 30 % à partir du 25 mai 2022 et jusqu'au 22 juillet 2022 ; elle a ensuite retenu une capacité de travail totale à compter du 23 juillet 2022, l'assurée ayant affirmé se sentir capable de reprendre son travail à 100 % dès son retour de vacances, soit dès le 15 août 2022.

Dans un rapport du 18 octobre 2022, la psychiatre traitante de l'assurée a noté que celle-ci était en incapacité de travail de 30 % depuis le 25 mai 2022, dans le cadre d'un épisode dépressif majeur de degré moyen, une diminution de cette incapacité de travail n'étant pas envisageable pour le moment. Elle a exposé que la situation professionnelle de sa patiente s'était relativement stabilisée ; l'état de son mari se détériorait toutefois, et elle était la seule à assumer les soins et le maintien du ménage, de sorte qu'elle s'épuisait. La symptomatologie consistait également en une anxiété et une tristesse, avec un manque important de confiance en soi et une tendance à se dévaloriser. Le traitement médicamenteux se poursuivait et la patiente venait à sa consultation à raison de deux fois par mois.

Par courrier électronique du 18 novembre 2022, la Dre J.\_\_\_\_\_ a pris acte du fait que l'assurée n'avait pas repris son activité professionnelle à 100 % de son taux d'activité de 90 % à compter du mois d'août 2022 en raison de sollicitations professionnelles supplémentaires et de sollicitations dues aux soins délivrés à son mari, soit une surcharge de stress et de travail alors que son trouble de la personnalité anxieuse exigeait d'elle de tout prendre en charge et d'exécuter chaque tâche à la perfection. La Dre J.\_\_\_\_\_ a estimé que le trouble de l'adaptation présenté par l'intéressée constituait un risque certain de récurrence du trouble dépressif

récurrent sous forme d'un nouvel épisode ; il paraissait médicalement justifié de reporter la reprise de travail à 100 % quand la symptomatologie dépressive serait en rémission. Cela dit, la Dre J.\_\_\_\_\_ s'est interrogée sur le rôle des circonstances conjugales dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, celles-ci ne devant, en principe, pas entrer en ligne de compte selon la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Selon un procès-verbal du 4 décembre 2022, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin-conseil au F.\_\_\_\_\_, a retenu que la poursuite d'une incapacité de travail de 30 % était justifiée et que si l'assurée n'avait pas repris son activité à 100 % le 1<sup>er</sup> février 2023, une expertise psychiatrique de bonne qualité devrait être diligentée.

Il ressort d'un procès-verbal du 31 janvier 2023 établi par le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-conseil du F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, que l'expertise de la Dre J.\_\_\_\_\_ réalisée en juillet 2022 présentait des lacunes, à savoir notamment une absence d'argumentaire concernant les limitations résiduelles, ainsi qu'une absence d'argumentaire convaincant concernant le diagnostic de trouble de la personnalité alors que la présentation clinique montrait des capacités d'affirmation de soi plutôt bien établies. Le médecin-conseil a, en particulier, relevé une tendance de l'assurée à faire plus que ce qu'elle devrait, ce qui témoignait de capacités fonctionnelles supérieures à la capacité de travail attestée, ainsi qu'un traitement inchangé, ce qui plaidait en défaveur d'une situation aiguë dans laquelle on rechercherait une stratégie plus efficace (cela semblait correspondre à un traitement d'entretien, que l'on prescrivait en période de stabilisation de l'état de santé) ; le Dr K.\_\_\_\_\_ a en outre estimé que le fait que l'assurée refuse d'accepter un taux d'activité moindre ne démontrait pas une amélioration de sa capacité de travail ; si l'assurée prenait une activité professionnelle avec un moindre taux, cela pourrait laisser entendre que sa situation serait stabilisée avec une meilleure adéquation.

Par communication du 3 mai 2023, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il prenait en charge les coûts d'une mesure d'intervention précoce de

coaching - maintien en emploi du 20 avril au 20 août 2023. La mesure a été prolongée jusqu'au 20 septembre 2023 (cf. courrier de l'OAI du 4 juillet 2023).

Par courrier du 6 juillet 2023, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'à part la mesure de coaching, ayant pour objectif de l'aider à conserver son emploi, il n'existait pas d'autre mesure à mettre en place dans le cadre de l'intervention précoce. L'office allait donc poursuivre l'instruction de sa demande de prestations.

Aux termes d'un rapport du 26 septembre 2023 à l'OAI, le médecin traitant de l'assurée, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de troubles anxio-dépressifs de longue date, ainsi que de status après tendinopathie calcifiante de l'épaule droite depuis mai 2021, d'évolution favorable. Les limitations fonctionnelles somatiques consistaient en un travail avec les bras au-dessus du plan des épaules, la manipulation de charges ou des travaux répétitifs avec les bras au vu des séquelles à l'épaule droite. Le Dr L.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de sa patiente et a renvoyé à cet égard à l'avis de la psychiatre traitante.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2023, la Dre C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, en rémission partielle (F33.1) depuis l'âge de 11 ans, de trouble de la personnalité non spécifié, avec des traits de personnalité anxieuse (évitante) (F60.6) depuis l'adolescence, de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, avec hépatopathie (F10.2) depuis au moins 2019. Elle a attesté une incapacité de travail de 30 % du 25 mai 2022 au 20 février 2023, puis de 50 % du 21 février au 2 juin 2023, puis de 40 % à compter du 3 juin 2023, de durée indéterminée. Elle a observé une symptomatologie dépressive et anxieuse (tristesse, aboulie, anhédonie, angoisses, fatigue et découragement) ainsi que, de manière fluctuante, des troubles de la concentration, de la mémoire, et une certaine désorganisation, dans un contexte de perte d'étayage professionnel et

conjugal, dont l'effritement décompensait une personnalité fragile. La consommation d'alcool fluctuait en fonction des états émotionnels liés aux évènements contextuels (santé du mari, évènements au travail) ; l'assurée restait très ambivalente par rapport à sa consommation et ne pouvait envisager une cure pour le moment, l'alcool agissant comme anxiolytique face aux angoisses massives de perte et de séparation. Dans ce contexte, la psychiatre traitante a estimé que sa patiente présentait une capacité de travail limitée et durable depuis le mois de novembre 2021 ; dans le cadre d'une stabilisation des évènements extérieurs, elle avait présenté une lente amélioration de son état psychique, qui s'était stabilisé à une capacité de travail de 60 % (de 90 %) ; son état général actuel et notamment psychique, ne lui permettait pas une augmentation de son taux de travail, et ce à moyen-long terme, au risque de décompenser son état d'épuisement.

Aux termes d'un rapport établi le 26 février 2024 à l'attention de l'OAI, la psychiatre traitante a noté une évolution de l'état de santé de l'assurée plutôt défavorable, dans le sens d'une symptomatologie anxieuse et dépressive fluctuante mais chronique, comme la consommation d'alcool. La situation professionnelle s'était quelque peu détériorée, avec la décision unilatérale de son supérieur hiérarchique de baisser son taux d'activité à 50 % à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2024. La Dre C.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une hospitalisation était en cours de discussion, compte tenu de l'état d'épuisement ; l'intéressée ne parvenait plus à effectuer le ménage seule, devant demander l'aide d'une amie qu'elle rémunérait, et elle accumulait un retard administratif ; elle avait également fait l'impasse sur ses loisirs. La médecin précitée a relevé que la capacité de travail était restée stable, à 60 % du 90 %.

Par avis du 26 juin 2024, la médecin du SMR a préconisé la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire (psychiatrie et médecin interne).

Par courrier électronique du 2 juillet 2024, la plateforme informatique SuisseMED@P a attribué le mandat d'expertise au centre d'expertise N.\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : le N.\_\_\_\_\_). L'OAI a par conséquent

confié la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire au centre susmentionné par courrier du 2 juillet 2024.

Par courrier du même jour, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il estimait nécessaire qu'un examen médical approfondi en psychiatrie et en médecine interne soit réalisé, afin de clarifier son droit aux prestations. Il a relevé que le choix du centre d'expertise se faisait de manière aléatoire et qu'elle serait informée du lieu, des dates d'examens ainsi que des experts procédant aux examens dès que ceux-ci seraient connus.

Par courrier électronique du 3 juillet 2024, la plateforme informatique SuisseMED@P a indiqué que l'exécution du mandat avait été confirmée par le N.\_\_\_\_\_ et que les experts en charge de l'expertise étaient les Drs O.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_.

Dans un courrier du 4 juillet 2024, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise serait réalisée par le centre d'expertise N.\_\_\_\_\_ et qu'elle comprendrait un examen psychiatrique par le Dr O.\_\_\_\_\_ et un examen rhumatologique par le Dr S.\_\_\_\_\_.

Il ressort d'une note téléphonique du 7 août 2024 que l'OAI avait reçu un appel du N.\_\_\_\_\_, lequel s'interrogeait sur la pertinence de réaliser une expertise rhumatologique alors que l'avis SMR du 26 juin 2024 préconisait la réalisation d'une expertise en médecine interne.

Aux termes d'un courrier du 9 août 2024 annulant et remplaçant la communication du 4 juillet 2024, l'OAI a signifié à l'assurée que l'expertise serait réalisée par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et par la Dre J.\_\_\_\_\_, à titre de spécialiste en médecine interne générale, du N.\_\_\_\_\_.

L'assurée a été examinée au N.\_\_\_\_\_ par les Drs J.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ le 7 octobre 2024. Par rapport d'expertise du 11 janvier 2025, les experts précités ont posé les diagnostics non incapacitants sur le plan somatique de situs solitus ou situs inversus incomplet avec lévocardie, et

les diagnostics psychiatriques incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, de novembre 2021 au 12 juillet 2022 (F33.1), puis de trouble dépressif en rémission (F33.4) selon avis expertal APG du 12 juillet 2022 de la Dre J.\_\_\_\_\_, ainsi que le diagnostic non-incapacitant de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique (F10.2.6). Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont noté que des traits anxieux existaient, sans limitation fonctionnelle, sans trouble de la personnalité décompensé retenu. La capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée sur le plan somatique était de 100 % depuis toujours et elle était, sur le plan psychique, de 70 % depuis le 10 novembre 2021, puis de 100 % au moins dès l'expertise du 12 juillet 2022 et sans variation ni aggravation en 2023. Les experts ont finalement retenu une capacité de travail dans l'activité habituelle, qui était adaptée, de 70 % depuis le 10 novembre 2021 puis une capacité de travail de 100 % depuis le 12 juillet 2022, sans variation ni aggravation en 2023.

Les experts du N.\_\_\_\_\_ ont joint à leur expertise un rapport établi le 1<sup>er</sup> juillet 2024 à l'attention de la psychiatre traitante, dans lequel les médecins du Service de médecine des addictions du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) ont attesté que l'assurée avait séjourné au sein de leur service du 16 au 29 avril 2024 afin de suivre un sevrage d'alcool sur admission volontaire. Ils ont posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage (F10.3) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.2). Les médecins du CHUV ont expliqué que, dans un contexte d'éthylisme aigu, la patiente avait chuté dans les escaliers avec traumatisme crânien, perte de connaissance quelques secondes et amnésie circonstancielle ; elle avait été transférée au CHUV en ambulance, où elle avait expliqué consommer de l'alcool depuis de nombreuses années et avoir majoré ses consommations depuis environ deux ans, dans le contexte des soucis de santé de son mari, du décès de l'un de ses chiens, ainsi que de la baisse de son taux de travail de 90 à 50 %. La consommation rapportée était d'un litre de vin rosé par jour. Les médecins du CHUV ont exposé que le sevrage avait été bien toléré, sans complication ; ils ont constaté une amélioration de la thymie et du sommeil,

mais la persistance de ruminations anxieuses liées aux charges administratives et factures cumulées à domicile.

Par avis du 14 janvier 2025, la médecin du SMR a considéré que l'expertise du 11 janvier 2025 était probante et s'est donc ralliée aux conclusions de cette dernière, à savoir une capacité de travail dans l'activité habituelle de 70 % du mois de novembre 2021 au 12 juillet 2022, puis de 100 % dès cette date, et une capacité de travail dans une activité adaptée de 100 % depuis toujours (sic).

Par projet de décision du 21 janvier 2025, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de rejeter sa demande de prestations. Il a expliqué qu'il ressortait de l'expertise diligentée par le N. \_\_\_\_\_ que, six mois après le dépôt de sa demande, soit au 12 janvier 2023, elle avait retrouvé une pleine capacité de travail médicalement exigible dans son activité habituelle, de sorte qu'elle ne présentait pas de préjudice économique et donc pas d'invalidité. Le droit aux prestations (rente et mesures professionnelles) n'était ainsi pas ouvert.

Le 13 février 2025, l'assurée a présenté ses objections à l'encontre du projet de décision susmentionné. Elle a expliqué que son état de santé demeurait inchangé depuis plus de deux ans, à savoir qu'elle continuait de souffrir d'une fatigue persistante ainsi que de dépression, comme en attestaient les rapports médicaux au dossier. Son état de santé limitait, à son sens, sa capacité à exercer une activité professionnelle à plus de 50 %. Avec son envoi, l'intéressée a joint un rapport établi le 12 février 2025 à l'attention de l'OAI, par lequel sa psychiatre traitante a contesté la position de l'office précité selon laquelle l'assurée avait retrouvé une pleine capacité de travail à compter du mois de janvier 2023. Elle s'est référée à son précédent rapport, et a ajouté qu'en début 2023, l'état de santé de sa patiente s'était détérioré, avec une capacité de travail abaissée à 50 % du 21 février au 2 juin 2023. La Dre C. \_\_\_\_\_ a encore exposé que l'intéressée était à nouveau en incapacité de travail totale depuis le 25 novembre 2024, dans le cadre d'un épuisement total, en lien avec des conflits sur son lieu de travail avec sa hiérarchie directe ; elle avait d'ailleurs reçu son congé

définitif pour le mois de juillet 2025. Sur le plan cognitif, la psychiatre a retenu qu'on pouvait attendre un 50 % maximum sur un 100 % dans des tâches connues et intégrées depuis de longues années, avec des capacités d'adaptation affaiblies. Il était également possible que sa patiente présente des troubles cognitifs dans le cadre d'une consommation chronique et importante d'alcool, qu'elle déniait encore en bonne partie.

Par avis du 3 mars 2025, la médecin du SMR a estimé que le rapport de la psychiatre traitante faisait état d'une évaluation différente du même état de fait ; elle a maintenu les conclusions portées lors du précédent avis SMR du 14 janvier 2025, soit une capacité de travail de 100 % dans toute activité dès le 12 juillet 2022, ce qui ne modifiait en rien le projet de décision du 21 janvier 2025.

Par décision du 4 mars 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, pour les motifs exposés dans son projet de décision du 21 janvier 2025.

**B.** Par acte du 2 avril 2025, A.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Julien Pache, a interjeté un recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité complète à compter du 12 janvier 2023, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir que l'appréciation médicale de l'intimé était erronée et que l'instruction menée par celui-ci était lacunaire, aucun examen d'ordre neuropsychologique n'ayant été réalisé malgré le doute exprimé par la psychiatre traitante sur la présence de troubles cognitifs.

Par réponse du 2 juin 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée.

Par réplique du 6 août 2025, la recourante, sous la plume de son conseil, a confirmé ses conclusions. Elle a en premier lieu reproché à l'intimé d'avoir modifié le résultat du tirage au sort réalisé au moyen de la

plateforme SuisseMED@P, en violation de l'art. 72bis al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). En effet, alors que le système informatique de l'OFAS avait désigné les experts O.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, du N.\_\_\_\_\_, les médecins ayant finalement réalisé l'expertise étaient les Drs J.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_. La recourante a constaté qu'un appel téléphonique avait eu lieu entre l'intimé et le secrétariat du N.\_\_\_\_\_ à cet égard en date du 9 (recte : 7) août 2024, sans qu'une retranscription ne figure au dossier. Il résultait de ceci que l'expertise réalisée par le N.\_\_\_\_\_ ne respectait pas les conditions de forme pour sa mise en œuvre et qu'elle devait purement et simplement être écartée du dossier. Dans un autre grief, la recourante a contesté la valeur probante de l'expertise menée par le N.\_\_\_\_\_. Elle a tout d'abord relevé que la Dre J.\_\_\_\_\_ avait œuvré tant comme experte en psychiatrie et psychothérapie sur mandat du F.\_\_\_\_\_ qu'en qualité d'experte en médecine interne au N.\_\_\_\_\_ ; or, celle-ci ne bénéficiait pas des connaissances nécessaires pour ce faire. Au demeurant, la recourante a reproché à l'experte J.\_\_\_\_\_ de ne pas s'être récusée, alors qu'elle était déjà intervenue au préalable dans son dossier. Elle a également relevé que les rapports de la Dre J.\_\_\_\_\_ au dossier et son volet d'expertise étaient contradictoires ; son rapport du 13 juillet 2022 ne reposait en outre sur aucun raisonnement d'ordre médical mais uniquement sur la volonté de l'expertisée de reprendre son activité professionnelle. La recourante a donc estimé que le résultat de l'expertise du N.\_\_\_\_\_ reposait sur un document dénué de toute valeur probante et sur lequel son autrice était revenu dans son rapport du 18 novembre 2022. Elle a également soutenu que l'expertise du N.\_\_\_\_\_ n'avait pas tenu compte de tous les éléments médicaux au dossier, en particulier du rapport du CHUV faisant état d'un sevrage alcoolique réalisé du 16 au 29 avril 2024 et du rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2023 de la psychiatre traitante. Pour étayer ses dires la recourante a produit plusieurs pièces, dont les pièces suivantes :

- un courrier du 15 avril 2025, dans lequel la Caisse de pension de D.\_\_\_\_\_ (ci-après : la D.\_\_\_\_\_) l'a informée que son invalidité était prolongée de manière définitive partielle de 50 % jusqu'au 31 juillet 2025 et de manière définitive totale avec effet au 1<sup>er</sup> août 2025 ;

- un rapport établi le 7 mai 2025 à l'attention de son conseil, par lequel la Dre C.\_\_\_\_\_ s'est dit découragée par la piètre qualité de l'expertise menée par le N.\_\_\_\_\_. Elle a relevé qu'en réalité, après l'examen réalisé par la Dre J.\_\_\_\_\_ en juillet 2022, sa patiente n'avait pas récupéré une pleine capacité de travail, mais que celle-ci avait fluctué entre 50 % et 60 % de son 90 %, avec quelques périodes à 0 %. Cette incapacité de travail avait d'ailleurs été reconnue par le F.\_\_\_\_\_, qui avait accepté d'entrer en matière pour poursuivre les indemnisations jusqu'en décembre 2023. La psychiatre traitante a expliqué qu'en 2023, le suivi psychiatrique de l'assurée était devenu plus chaotique et que la problématique alcoolique avait été régulièrement abordée en séance, avec des essais infructueux de la patiente de diminuer sa consommation ; en début mai 2023, celle-ci se décrivait plus lente au travail, avait de la peine à faire face aux exigences de rendement, décrivait une tristesse et des ruminations ; la Dre C.\_\_\_\_\_ avait constaté qu'elle était ralentie, avait l'air fatiguée, triste, et qu'elle se négligeait. La situation s'était ensuite globalement stabilisée, avec une capacité de travail de 60 % grâce au coaching mis en place par l'OAI, la consommation d'alcool restant importante. Durant les trois ou quatre mois d'abstinence ayant suivi le sevrage au CHUV, la patiente avait été agitée, irritable, impatiente ; elle n'avait pas trouvé un équilibre satisfaisant ; elle avait par ailleurs repris progressivement une consommation d'alcool régulière, et relativement importante (une à deux bouteilles de vin rosé par jour), à savoir que son mari présentait la même dépendance. En conclusion, la médecin précitée a retenu que l'intéressée présentait, dans un contexte difficile (pertes et deuils à vivre) plusieurs comorbidités psychiatriques, à savoir un trouble dépressif récurrent chez une personnalité fragile avec une importante composante abandonnique, et une dépendance à l'alcool, qui aggravait la symptomatologie dépressive, mais qui lui permettait de lutter contre un effondrement psychique encore plus sévère. Dans ce contexte, elle retenait une capacité de travail de 50 % sur le long terme. La Dre C.\_\_\_\_\_ a encore précisé que sa patiente avait demandé de l'aide à une femme de ménage ainsi qu'auprès d'une assistante sociale pour ses affaires administratives ;

- une note du médecin-conseil de la D. \_\_\_\_\_ du 14 mai 2025, selon laquelle la recourante souffrait d'un syndrome de dépendance à l'alcool, d'un trouble de l'adaptation dans le cadre d'un conflit professionnel et d'un épisode dépressif moyen à sévère engendrant une incapacité de travail totale dans toute activité ;

- un rapport du 30 juin 2025, dans lequel le Dr L. \_\_\_\_\_ a attesté qu'à chaque rencontre avec sa patiente, celle-ci présentait un état dépressif frappant, symptomatique par son discours, sa mimique et son manque d'initiative, tel que décrit par la psychiatre traitante.

Par duplique du 4 septembre 2025, l'intimé a exposé que le mandat d'expertise avait été attribué au N. \_\_\_\_\_ de manière aléatoire, conformément à l'art. 72 bis RAI. Le N. \_\_\_\_\_ avait désigné dans un premier temps les Drs O. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ comme spécialistes pour les volets de psychiatrie et de rhumatologique. Or il ressortait des pièces versées à cette époque au dossier de l'AI que les spécialités préconisées par le médecin du SMR (à savoir la psychiatrie et la médecine interne) avaient été mal saisies dans le mandat. Se rendant compte de cette erreur, le N. \_\_\_\_\_ avait téléphoné à son office en date du 7 août 2024 pour clarifier la situation ; il avait ensuite rectifié les spécialités à expertiser et les experts désignés. L'intimé a encore expliqué que l'assurée avait été avisée de ce changement et du nom des nouveaux experts désignés par communication du 9 août 2024. La procédure régissant la désignation des experts avait ainsi dûment été respectée. Sur le fond, l'intimé s'est référé à l'avis du 2 septembre 2025 du SMR, qu'il a joint à son envoi, et dont il ressortait qu'aucun élément objectif nouveau n'aurait été ignoré des experts ou ne serait survenu entre la date de l'expertise du 11 janvier 2025 et la décision contestée du 4 mars 2025.

### **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, déposé en temps utile 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 recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail en lien avec ses atteintes psychiatriques.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI 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).

**b)** En l'occurrence, la recourante a déposé sa demande le 12 juillet 2022 et l'éventuel droit à la rente a pris naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, à savoir le 1<sup>er</sup> janvier 2023 (art. 29 al. 1 LAI). C'est donc le nouveau droit qui est applicable au présent cas.

**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)** 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\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGa, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, 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 incombe 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 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 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 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**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).

**5. a)** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

**b)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

**6.** En l'occurrence, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire du 11 janvier 2025 du N.\_\_\_\_\_, a estimé que la recourante disposait, à l'échéance du délai d'attente de six mois après le dépôt de la demande, à savoir en janvier 2023, d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

**a)** Dans un premier grief, la recourante soutient que l'expertise devrait être écartée, d'une part, parce que la procédure de désignation des experts au sens de l'art. 72bis al. 2 RAI n'aurait pas été respectée, d'autre part, parce que l'experte J.\_\_\_\_\_, fonctionnant comme experte en

médecine interne, avait déjà rendu un premier rapport d'expertise la concernant pour le compte de l'assurance perte de gain maladie, en tant qu'experte psychiatre, et qu'elle aurait donc dû se récuser.

**aa)** A teneur de l'art. 44 al. 1 LPGA, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises ; trois types sont possibles : expertise mono-disciplinaire (let. a), expertise bi-disciplinaire (let. b) et expertise pluridisciplinaire (let. c). Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties ; les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (al. 2). Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (al. 4).

**bb)** Aux termes de l'art. 72bis RAI, les expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention (al. 1). Les expertises impliquant deux disciplines médicales doivent être réalisées par un centre d'expertises médicales ou un binôme d'experts, liés dans les deux cas à l'OFAS par une convention (al. 1bis). L'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2). Dans un premier temps, l'OAI communique le type d'expertise qu'il entend mettre en œuvre, les disciplines médicales prévues ainsi que le catalogue des questions qu'il entend soumettre aux experts. L'assuré peut soulever des objections contre le principe de l'expertise, les disciplines médicales prévues et présenter des questions supplémentaires. Le mandat d'expertise est ensuite déposé sur la plateforme informatique SuisseMED@P, laquelle procède à l'attribution du mandat d'expertise pluridisciplinaire à l'un des centres d'expertises médicales agréés par l'OFAS selon le principe de l'assignation aléatoire. Une fois le mandat attribué par SuisseMED@P, l'OAI communique à l'assuré le nom du centre chargé de l'expertise et l'identité des experts. L'assuré peut alors formuler des objections de nature formelle

ou matérielle à l'égard de l'un ou des expert(s) désigné(s) (ATF 139 V 349 consid. 5.2.2).

**cc)** L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle contre la personne de l'expert. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) ou 34 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), applicables en procédure administrative fédérale, ainsi qu'en droit des assurances sociales. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent, dans un rapport d'amitié/d'inimitié particulier, etc. Ces motifs de nature formelle sont réputés propres à éveiller la méfiance quant à l'impartialité de l'expert.

Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, entre autres exemples, d'un prétendu manque de compétence de l'expert, lequel ne saurait constituer comme tel un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier (ATF 148 V 225 consid. 3.3 ; 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 8C\_358/2022 du 12 avril 2023 consid. 4.2.4).

**dd)** L'invocation d'un vice de forme trouve ses limites dans le principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), qui oblige celui qui s'estime victime d'une violation de son droit d'être entendu ou d'un autre vice de procédure de le signaler immédiatement, à la première occasion possible (ATF 143 V 66 consid. 4.3). Il en va notamment ainsi des motifs de récusation, qui doivent être invoqués dès que le plaideur en a connaissance. Il est en effet contraire au principe de la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour ensuite, à l'occasion d'un recours, tirer argument d'un motif

de récusation qui était connu auparavant (ATF 148 V 225 consid. 3.2 et les références citées).

**ee)** Dans un premier moyen, la recourante fait valoir que le système informatique de l'OFAS a désigné de manière aléatoire le N. \_\_\_\_\_ en qualité de centre d'expertise et plus particulièrement nommé le Dr O. \_\_\_\_\_ comme expert psychiatre et le Dr S. \_\_\_\_\_ comme expert rhumatologue. Toutefois, l'expertise a été effectuée par les Drs J. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_. La recourante reproche ainsi à l'intimé d'avoir violé l'art. 72bis al. 2 RAI en modifiant le choix aléatoire effectué par la plateforme informatique SuisseMED@P.

*In casu*, il ressort des pièces au dossier que la recourante a été informée, par courrier du 2 juillet 2024, qu'une expertise en psychiatrie et médecine interne serait mise en œuvre par l'intimé. Le même jour, la plateforme informatique SuisseMED@P a désigné, de manière aléatoire, le N. \_\_\_\_\_ comme centre d'expertise (cf. courrier électronique du 2 juillet 2024). Dans un courrier électronique du 3 juillet 2024, le N. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de la plateforme informatique précitée, a informé l'intimé que les experts désignés étaient le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Par courrier du 4 juillet 2024, la recourante a été informée du nom et de la spécialisation des experts susmentionnés. Selon les explications fournies par l'intimé dans sa duplique, le centre d'expertise a pris contact avec lui pour demander des précisions en raison de la divergence des spécialisations préconisées dans l'avis du SMR du 26 juin 2024 et le mandat confié (cf. également note téléphonique du 7 août 2024). Au vu de cette erreur, les experts ont été modifiés et les Drs J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont été désignés. La recourante a été informée, par courrier du 9 août 2024, du nom et des spécialisations des experts nouvellement désignés.

Au vu de ce qui précède, la recourante a été informée du nom et de la spécialisation des premiers experts ainsi que du changement de ceux-ci. Si elle entendait faire valoir une violation de la procédure de

désignation des experts – motif de nature formel – il lui incombait de le faire valoir immédiatement. A tout le moins, en tant qu'elle fait valoir ce grief pour la première fois dans le cadre de son recours au fond, celui-ci est tardif et doit donc être écarté. Au demeurant, on peut relever que l'art. 72bis RAI impose que le centre d'expertise soit désigné aléatoirement, ce que permet l'utilisation de la plateforme informatique SuisseMED@P. En revanche, la plateforme ne désigne pas les experts eux-mêmes, compétence qui revient au centre désigné. Par conséquent, le changement d'experts en l'espèce ne constituerait, quoi qu'il en soit, pas une violation de l'art. 72bis RAI ou de la procédure de désignation. Il a, par ailleurs, été justifié de manière convaincante par l'intimé en raison d'une erreur de désignation des spécialisations.

**ff)** Dans un deuxième moyen, la recourante relève que l'experte J.\_\_\_\_\_, fonctionnant comme experte en médecine interne dans le cadre de l'expertise du 11 janvier 2025, s'était déjà prononcée sur son cas, en qualité d'experte en psychiatrie, pour le compte de l'assurance perte de gain maladie, s'agissant en particulier de sa capacité de travail durant la période ici litigieuse. Ce faisant, elle reproche à l'experte d'avoir agi dans la même cause à un autre titre. Encore une fois, la recourante a eu connaissance du nom de l'experte le 9 août 2024 et ne pouvait ignorer que l'experte J.\_\_\_\_\_, qu'elle avait rencontrée le 12 juillet 2022 dans le cadre de son premier mandat d'expertise, s'était déjà prononcée sur son cas. Ainsi, elle aurait dû faire valoir ce motif de récusation de nature formelle immédiatement. A tout le moins, elle ne pouvait attendre le recours au fond pour faire valoir ce grief pour la première fois et celui-ci est donc tardif.

**b)** La recourante s'en prend ensuite à la valeur probante de l'expertise du 11 janvier 2025 établie par les experts du N.\_\_\_\_\_. En particulier, elle soutient que l'expert psychiatre s'est uniquement fondé sur le rapport d'expertise du 13 juillet 2022 rendu par la Dre J.\_\_\_\_\_ pour retenir que le trouble dépressif récurrent, épisode moyen, était en rémission depuis le 12 juillet 2022. Or le rapport d'expertise de la Dre J.\_\_\_\_\_ du 13 juillet 2022 était dénué de toute valeur probante dans la mesure où celle-ci ne disposait pas d'une spécialisation en psychiatrie mais en médecine

interne. Par ailleurs, elle n'avait retenu une capacité de travail entière de la recourante qu'en se fondant sur le fait que celle-ci s'était déclarée prête à reprendre son activité habituelle à son taux habituel au terme de ses vacances le 14 août 2022. En outre, de nombreuses pièces médicales postérieures démontraient qu'elle n'avait jamais retrouvé l'entier de sa capacité de travail, ce qu'avait d'ailleurs retenu tant l'assureur perte de gain maladie – qui avait continué à servir des indemnités jusqu'au terme des 730 jours de protection – que l'assureur LPP qui avait estimé la capacité de travail de la recourante comme étant nulle et lui avait accordé une rente entière.

**aa)** Avec la recourante, il convient d'admettre que le rapport rendu le 13 juillet 2022 par la Dre J.\_\_\_\_\_ sur mandat du F.\_\_\_\_\_ est dénué de valeur probante. Tout d'abord, cette médecin dispose d'une spécialisation en médecine interne et non en psychiatrie (selon le Registre des professions médicales MedReg tenu par l'Office fédéral de la santé publique [<https://www.healthreg-public.admin.ch/medreg>]). Bien qu'elle soit titulaire de « droits acquis en psychiatrie et psychothérapie », il sied de relever que cette mention concerne les modalités de facturation des médecins définies par la FMH au moment de l'entrée en vigueur de la Convention TARMED et non l'attribution d'un titre professionnel. Ainsi, en dépit de ses droits acquis, de son expérience et de ses compétences professionnelles, force est de constater qu'elle ne dispose pas d'un titre de spécialiste ni d'une formation spécialisée acquise à l'étranger et reconnue en Suisse. L'examen psychiatrique réalisé le 12 juillet 2022 par la Dre J.\_\_\_\_\_ souffre donc d'un vice formel et ne revêt aucune valeur probante.

Au demeurant, on relèvera que, comme cela ressort du rapport du 13 juillet 2022, le seul motif ayant conduit la Dre J.\_\_\_\_\_ à considérer que le trouble dépressif récurrent était en rémission était le fait que « l'assurée affirm[ait] se sentir capable de reprendre son travail à 100 % dès son retour de vacances, soit dès le 15 août 2022 » (cf. rapport du 13 juillet 2022, p. 7). Cette motivation, qui ne repose sur aucune appréciation médicale, n'est pas convaincante. Par ailleurs, elle apparaît en contradiction

avec les constats de la Dre J.\_\_\_\_\_ elle-même qui relevait, concernant la personnalité de la recourante, que l'anamnèse et l'entretien lui permettaient d'évoquer un trouble de la personnalité anxieuse (évitante), impliquant notamment le besoin pour l'assurée d'être appréciée pour la qualité de son travail et un perfectionnisme, conférant à celle-ci une vulnérabilité à la suradaptation et au surinvestissement. Dès lors, le seul fait que la recourante se dise « prête à reprendre à 100% », au regard de son besoin d'être reconnue pour la qualité de son travail et de sa vulnérabilité au surinvestissement, apparaît insuffisant pour justifier la rémission du trouble dépressif. A cet égard, la Dre J.\_\_\_\_\_ n'a aucunement discuté l'avis contraire et constant de la psychiatre traitante. C'est le lieu de souligner que l'assurance perte de gain maladie n'a pas suivi le rapport susmentionné, sur recommandation de ses médecins-conseil qui ont remis en doute la qualité de ce document, et maintenu les indemnités de perte de gain maladie et ce jusqu'au terme des 730 jours de protection (cf. procès-verbaux du 4 décembre 2022 du Dr U.\_\_\_\_\_ et du 31 janvier 2023 du Dr K.\_\_\_\_\_).

**bb)** Dans le cadre de l'expertise du 11 janvier 2025, les experts ont retenu que la recourante présentait un trouble dépressif récurrent, épisode moyen de novembre 2021 au 12 juillet 2022 puis un trouble dépressif récurrent, en rémission « selon avis expertal APG du 12 juillet 2022, Dre J.\_\_\_\_\_ ». Quant à la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, ils ont estimé qu'elle était de 70 % depuis le 10 novembre 2021 puis de 100 % au moins depuis l'expertise du 12 juillet 2022, sans variation ou aggravation en 2023. Dès lors, les experts se sont essentiellement fondés sur le rapport d'expertise du 13 juillet 2022 de la Dre J.\_\_\_\_\_ pour retenir que le trouble dépressif de la recourante était en rémission depuis l'examen du 12 juillet 2022. Or, comme on l'a déjà vu, ce rapport ne bénéficie d'aucune valeur probante.

En outre, les experts ont indiqué, dans leur évaluation consensuelle, au chapitre du résumé de l'évolution de la maladie sur le plan psychiatrique (rapport d'expertise du 11 janvier 2025, p. 7), que le médecin-conseil de l'assurance perte de gain maladie aurait validé, le 4 décembre

2022, l'expertise du 13 juillet 2022. Toutefois, il ressort de la note du 4 décembre 2022 du médecin-conseil que l'incapacité de travail de 30 % attestée par la psychiatre traitante était justifiée, contrairement à ce qu'avait retenu la Dre J.\_\_\_\_\_ dans son expertise du 13 juillet 2022. Par ailleurs, le médecin-conseil indique que si l'assurée ne reprenait pas son travail à 100 % d'ici le 1<sup>er</sup> février 2023, une « expertise psychiatrique de bonne qualité » devrait être ordonnée. On ne peut ainsi aucunement déduire de cette note, comme le font les experts, que le médecin-conseil de l'APG aurait validé l'expertise de la Dre J.\_\_\_\_\_. Bien plutôt, ce dernier a suivi l'avis de la psychiatre traitante, qui a contesté la rémission du trouble dépressif et toujours attesté d'une incapacité de travail partielle. On relèvera, du reste, qu'un autre médecin-conseil du F.\_\_\_\_\_ avait également exposé en quoi le rapport d'examen du 13 juillet 2022 de la Dre J.\_\_\_\_\_ présentait des lacunes et n'était pas convaincant (cf. procès-verbal du 31 janvier 2023 du Dr K.\_\_\_\_\_), sans que les experts du N.\_\_\_\_\_ ne l'évoquent.

Par ailleurs, les experts n'ont ni discuté l'avis de la psychiatre traitante, ni exposé pour quels motifs, autre que le seul renvoi à l'expertise du 13 juillet 2022, ils s'écartaient de cet avis et de celui des médecins conseil de l'APG. Ces seuls éléments - auxquels on peut ajouter le fait que la Dre J.\_\_\_\_\_ était appelée, dans la seconde expertise, à se prononcer sur la qualité de sa propre expertise - sont déjà propres à jeter le doute sur le bien-fondé de l'appréciation des experts.

En outre, le rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2024 du Département de psychiatrie, Service de médecine des addictions, du CHUV, pourtant joint au rapport d'expertise du N.\_\_\_\_\_, ne figure pas dans la synthèse des pièces médicales au dossier. Les experts n'en ont ainsi pas tenu compte, ce qui est problématique. En effet, les experts du N.\_\_\_\_\_, qui ont examiné la recourante en octobre 2024, à quelques mois du sevrage d'alcool réalisé au CHUV en avril 2024, ont retenu qu'elle maîtrisait sa consommation d'alcool, en se contentant de quelques verres par semaine avec ses amis. Se fondant sur le rapport établi le 13 juillet 2022 par la Dre J.\_\_\_\_\_, ils n'ont constaté aucune aggravation depuis cette date. Une telle appréciation apparaît

toutefois difficilement soutenable au regard du rapport du CHUV susmentionné, lequel fait précisément état d'une majoration significative de la consommation d'alcool de l'intéressée depuis environ deux ans, dans le contexte des soucis de santé de son mari, de la perte de l'un de ses chiens, et de la baisse de son taux de travail de 90 à 50 % ; celle-ci avait rapporté se sentir épuisée, ne plus tenir la situation et consommer un litre de vin rosé par jour. En omettant de discuter cette évolution pourtant documentée et déterminante, les experts ne peuvent être suivis. À tout le moins, il leur appartenait d'exposer de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles ils considéraient que cette recrudescence de consommation d'alcool — ayant nécessité un sevrage en avril 2024 — n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail de la recourante.

Au demeurant, on peut encore relever que dans son rapport du 12 février 2025, à savoir postérieurement à l'expertise du 11 janvier 2025, la Dre C.\_\_\_\_\_ a indiqué que la recourante avait recommencé à consommer de l'alcool depuis quelques semaines. Elle a encore précisé, dans un rapport du 7 mai 2025 (qui peut être pris en considération malgré qu'il ait été établi postérieurement à la décision litigieuse, puisqu'il a trait à la situation antérieure ; ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3), que la recourante avait longtemps été dans un réel déni face à sa dépendance à l'alcool, avant de très progressivement accepter l'idée d'un sevrage d'alcool en milieu spécialisé, qui s'était concrétisé en avril 2024 après une chute dans les escaliers avec TCC. La dépendance à l'alcool était une pathologie chronique et un sevrage ne suffisait toutefois pas pour devenir abstinent, voire pour avoir une consommation contrôlée. La recourante avait d'ailleurs repris progressivement une consommation d'alcool régulière et relativement importante (une à deux bouteilles de vin rosé par jour), étant précisé que son mari présentait la même dépendance. A cet égard, les experts avaient eux-mêmes recommandé de la vigilance concernant la consommation d'alcool, délétère pour la thymie, l'anxiété et la motivation (cf. rapport d'expertise du 11 janvier 2025, p. 39). Par ailleurs, la Dre C.\_\_\_\_\_ a encore indiqué que la recourante présentait une incapacité totale de travail depuis le 25 novembre 2024 - à savoir postérieurement aux entretiens

d'expertise intervenus le 7 octobre 2024 - en raison d'un épuisement total (cf. rapport du 12 février 2025). Elle a en outre ajouté que sa patiente n'arrivait plus à tenir son ménage, ni à gérer ses affaires administratives, ayant dû faire appel à l'aide d'une femme de ménage et d'une assistante sociale. L'ensemble de ces éléments, inconnu des experts, est également propre à remettre en cause leur appréciation ou, à tout le moins, à plaider pour une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à l'expertise, qu'il incombait à l'intimé d'instruire.

**cc)** Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le rapport d'expertise établi par les Drs J.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ doit être écarté, faute de valeur probante. En l'occurrence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il incombe au premier chef d'instruire (art. 44 LPG), pour qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise, après avoir complété le dossier de la recourante. C'est le lieu de souligner que celle-ci a produit, à l'appui de sa réplique, des pièces démontrant que le médecin-conseil de l'assureur LPP a estimé la capacité de travail de la recourante comme nulle dans toute activité et a accordé des prestations à la recourante en lien avec cette incapacité (cf. courrier de la D.\_\_\_\_\_ du 15 avril 2025 et note de son médecin-conseil du 14 mai 2025).

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision querellée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**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 l'intimé, vu l'issue du litige.

**c)** La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais

judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 4 mars 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Julien Pache (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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 :