

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 780 vom 16. September 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-09-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__780

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 780 du 16 septembre 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 780 del 16 settembre 2021

Regeste

REJET DE LA DEMANDE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, EXPERTISE, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉTAT DE SANTÉ, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL} | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88a al. 1 RAI

Erwägungen

E. 16

septembre 2021 _____ Composition : M. Neu , président
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges Greffier : M. Addor ***** Cause
pendante entre : F. _____ , à B. _____ (BE), recourante, représentée par Me
Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE
POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1
et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88 a al. 1 RAI E n f a i t : A. a) Ressortissante
portugaise entrée en Suisse en 2010, au bénéfice d'un permis de séjour, F. _____
(ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, est divorcée, sans enfants. Sans
formation professionnelle, elle a travaillé à l'occasion d'une mission temporaire en tant
qu'opératrice de commandes jusqu'au 4 mai 2012, date pour laquelle elle s'est vue signifier
son licenciement en raison d'une incapacité totale de travail attestée depuis le 24 octobre
2011. Elle émarge depuis lors à l'aide sociale. Souffrant de divers troubles psychiques,
l'assurée a déposé, en date du 18 juin 2012, une demande de prestations de
l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli
les rapports médicaux usuels auprès des médecins traitants. Dans un rapport du 13 juillet
2012, la Dre X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les
diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – d'épisode dépressif sévère sans
symptômes psychotiques (F 32.2) depuis septembre 2011 et de difficultés avec la séparation
(Z 63). Se chargeant du suivi de l'assurée depuis le mois de novembre 2011, elle a expliqué
que c'était à la suite d'une rupture sentimentale que sa patiente avait développé une
symptomatologie anxio-dépressive, laquelle s'était péjorée au cours de l'automne 2011 au
point de nécessiter une hospitalisation en milieu psychiatrique en novembre de cette
année-là en raison d'un risque suicidaire. Si l'évolution symptomatique était très lentement
favorable depuis le début de l'année 2012, la capacité de travail restait néanmoins nulle à
cause des rechutes anxio-dépressives sévères marquées notamment par une apathie majeure,
des crises d'angoisse sévères, un retrait social et des idées suicidaires scénarisées. La Dre
X. _____ a encore indiqué que l'assurée allait débiter des cours intensifs de français dès
le 30 juillet 2012 répartis sur cinq demi-journées, ce qui correspondait selon elle à un essai
de reprise d'activité. En réponse aux questions complémentaires de l'office AI, le Dr

W. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a estimé que la fragilité psychologique de l'assurée associée à des angoisses et à des blocages, excluait toute capacité de travail dans l'activité habituelle (courrier du 12 octobre 2012). Egalement réinterpellée par l'office AI, la Dre X. _____ a retenu une capacité de travail de 25 à 30 % dans l'activité habituelle (opératrice de commandes) alors qu'elle serait de 50 % au minimum dans une activité adaptée (courrier du 12 octobre 2012). Dès le mois de novembre 2012, F. _____ a bénéficié de mesures de réinsertion en vue de la préparer à un retour à l'emploi, prévu sous la forme d'un stage en entreprise à 50 % auprès d'une lunetterie à compter du 3 juin 2013. Le 9 septembre 2013, l'assurée a été hospitalisée en raison d'une tentative de suicide, ce qui a entraîné l'interruption immédiate de la mesure de soutien en entreprise ainsi que de la mesure de coaching corrélative. Dans un rapport du 26 septembre 2013, le Dr N. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a relevé que, au vu de l'échec des mesures de réinsertion, on ne pouvait admettre que, depuis le 1^{er} août 2012, l'assurée disposait d'une capacité de travail médicalement exigible dans le domaine économique. Par décision du 5 mars 2015, l'office AI a accordé à F. _____ une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2012, basée sur un degré d'invalidité de 100 %. Sur la base de ses constatations, il a retenu que, à compter du 24 octobre 2011, la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte et qu'en outre, les mesures professionnelles mises en œuvre et l'instruction médicale avaient montré que son incapacité de travail et de gain était totale. Le droit à une rente entière d'invalidité était ainsi ouvert à l'échéance du délai de carence d'une année, soit dès le 1^{er} octobre 2012. Or, compte tenu du dépôt de la demande de prestations intervenu le 18 juin 2012, le droit à la rente était reporté de six mois, si bien qu'il prenait naissance le 1^{er} décembre 2012. b) Dans un courrier à l'office AI du 10 avril 2015, la Dre X. _____ a fait état d'une évolution sur le plan personnel de sa patiente accompagnée d'une stabilisation sur le plan psychique, ce qui l'a amenée à reconnaître une capacité de travail dans le monde économique de 50 à 60 %. A cet égard, elle a relevé que les trois stages effectués à l'initiative de l'aide sociale s'étaient bien déroulés. Quand bien même l'état de l'assurée s'était amélioré sur le plan psychique, elle demeurait fragile et nécessitait un appui ainsi qu'un accompagnement pour réintégrer le monde professionnel. Le 1^{er} juin 2015, l'assurée a débuté un stage à 50 % auprès du centre I. _____ comme employée de cafétéria en vue d'un entraînement progressif au travail. Un entretien réunissant un collaborateur de l'office AI, la Dre X. _____, la formatrice de l'assurée et cette dernière a eu lieu le 7 décembre 2015. A cette occasion, l'assurée a expliqué qu'elle ne supportait plus de se rendre au centre I. _____ et que son souhait était désormais de pouvoir commencer une activité d'ouvrière de production dans l'horlogerie (activité qu'elle avait pratiquée au Portugal), voire dans d'autres secteurs employant des ouvrières d'assemblage. La mesure a ainsi été interrompue dès le lendemain. Par communication du 15 mars 2016, l'office AI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'un bilan d'orientation et d'un stage auprès d'O. _____ du 14 mars au 12 juin 2016 (entreprise J. _____). Il ressort d'un rapport final rédigé le 10 août 2016 par un collaborateur spécialisé en réinsertion professionnelle au sein de l'office AI que, selon un courriel de la Dre X. _____ du 4 février 2016, la capacité de travail de l'assurée était entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Pour le reste, le stage effectué chez J. _____ dans le cadre de la mesure d'orientation s'était très bien passé et devrait se concrétiser par un engagement sur un des sites de production. En date du 9 janvier 2017, l'assurée a débuté un placement à l'essai à 100 % auprès de J. _____ dont

la durée était prévue jusqu'au 9 juillet 2017. L'assurée s'étant vu refuser le renouvellement de son autorisation de séjour, respectivement l'octroi d'une autorisation d'établissement, elle a déménagé dans le canton de Berne pour s'y établir au domicile de son compagnon avec effet au 1^{er} novembre 2017, ce qui avait impliqué la fin de sa mission temporaire auprès de G._____. (rapport final du 26 octobre 2017). Par projet de décision du 24 janvier 2018, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait supprimer la rente qui lui était servie depuis le 1^{er} décembre 2012, au motif qu'ensuite d'une amélioration de son état de santé, sa capacité de travail était entière en toute activité. Le 9 février 2018, l'assurée a présenté des objections à ce projet de décision. Relatant le déroulement des stages effectués entre 2015 et 2017, elle a pour l'essentiel contesté une amélioration de son état de santé et l'existence d'une capacité totale de travail. Dans un rapport complété le 9 mars 2018 sur formule ad hoc à l'intention de l'office AI, la Dre X._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) et de traits de personnalité dépendants. Selon elle, l'assurée était capable d'exercer une activité à plein temps mais seulement dans un cadre protégé. En effet, sa fragilité demeurait importante et un retour dans le circuit économique normal était inconcevable en l'absence de soutien. Sollicité pour détermination, le Dr K._____, médecin auprès du SMR, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (avis médical du 26 avril 2018). Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 11 janvier 2019, il a posé pour seul diagnostic celui de dysthymie (F 34.1). Selon ses constatations, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité du marché libre depuis le 4 février 2016. Le 5 mars 2019, le Dr K._____ a déclaré qu'il n'y avait pas d'élément permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr L._____. Par décision du 15 avril 2019, l'office AI a entériné la suppression de la rente d'invalidité servie à l'assurée depuis le 1^{er} décembre 2012 conformément à son projet de décision du 24 janvier 2018. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections soulevées en procédure d'audition. B. a) Par acte du 22 mai 2019, F._____, représentée par Me Alexandre Guyaz, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2019, subsidiairement à l'allocation d'une rente d'invalidité dont le taux serait fixé au terme d'une instruction complémentaire, plus subsidiairement à des prestations légales relevant de la législation en matière d'assurance-invalidité déterminées après complément d'instruction et encore plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI afin qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. Dans un premier moyen, l'assurée a reproché à l'office AI une constatation inexacte des faits pertinents. A cet égard, elle a expliqué que, dans son courrier du 10 avril 2015, la Dre X._____ avait fait état d'une capacité de travail restreinte à hauteur de 50-60 %, à la condition expresse qu'elle puisse bénéficier d'un appui et d'un accompagnement pour réintégrer le monde professionnel mais qu'à aucun moment, elle n'avait retenu une capacité de travail entière. En réalité, dans son courriel du 4 février 2016, elle n'avait fait que donner son accord pour que sa patiente puisse essayer de reprendre l'exercice d'une activité à plein temps. Cette interprétation s'imposait d'autant plus que le dossier constitué à l'occasion de la mise en œuvre des mesures de réadaptation infirmait l'existence d'une capacité entière de travail sans perte de rendement. Du reste, les efforts entrepris pour tenter de reprendre une activité à plein temps l'avaient épuisée. Confrontée à son incapacité de poursuivre et

d'atteindre le but qu'elle avait tant souhaité, elle s'était effondrée en novembre 2017, état qui perdurait depuis lors. Dans un second moyen, l'assurée a critiqué le rapport d'expertise du 11 janvier 2019 du Dr L. _____, estimant qu'il ne remplissait pas les réquisits jurisprudentiels tant en matière de valeur probante des rapports médicaux que s'agissant de l'appréciation du caractère invalidant des troubles psychiques. Outre son caractère incomplet, cette expertise contredisait diverses pièces du dossier et comportait un défaut de motivation. Par ailleurs, la question des ressources était très peu détaillée et il n'y avait aucune indication concernant le fait que les limitations étaient plausibles et qu'elles avaient un même effet dans tous les domaines de la vie. Ces éléments ôtaient toute valeur probante à cette expertise, de sorte qu'il se justifiait de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. A l'appui de ses allégations, l'assurée a produit un bordereau de pièces contenant notamment un rapport de la Dre X. _____ du 17 mai 2019. b) Dans sa réponse du 15 juillet 2019, l'office AI a souligné qu'il ressortait du courriel du 4 février 2016 de la Dre X. _____ une capacité de travail de 100 %, ce dont l'assurée avait convenu en signant une convention pour le placement à l'essai chez J. _____ à 100 % du 9 janvier au 9 juillet 2017. Quant à l'expertise du Dr L. _____, le SMR en avait relevé le caractère convaincant (avis médical du 5 mars 2019) et il n'existait aucun élément au dossier permettant de s'écarter des conclusions de l'expert, selon lesquelles l'assurée présentait une capacité de travail entière depuis le 4 février 2016. En conséquence, l'office AI a conclu au rejet du recours. c) En réplique du 31 juillet 2019, l'assurée a répété qu'aucune pièce au dossier n'attestait une capacité de travail de 100 % pas plus qu'il ne ressortait de celui-ci la reconduction du placement auprès de J. _____ jusqu'au mois d'octobre 2017. Elle a ainsi déclaré confirmer ses conclusions. d) Dupliquant en date du 27 août 2019, l'office AI a souligné que, contrairement à ce que prétendait l'assurée, il n'avait à aucun moment envisagé la reconduction du placement chez J. _____ jusqu'au mois d'octobre 2017. Bien plutôt, c'était elle-même qui avait sollicité l'interruption de la mesure au motif qu'elle était menacée d'expulsion et envisageait de déménager dans le canton de Berne. Le rapport du 26 octobre 2017 ne faisait que constater cet état de fait et mettre un terme au mandat. Pour ces raisons, l'office AI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. e) Dans ses déterminations du 19 septembre 2019, l'assurée a opposé sa propre interprétation des faits à celle de l'office AI en soutenant que, sur la base des pièces au dossier, rien ne permettait d'affirmer que la mesure avait été reconduite au-delà du 9 juillet 2017. Dans ces circonstances, elle n'avait pas pu y mettre un terme, que cela soit selon la version figurant dans le rapport du 26 octobre 2017 ou selon celle soutenue dans la duplique. Elle a en conséquence confirmé ses conclusions. C. Le 19 décembre 2019, le magistrat instructeur a confié au Dr U. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de F. _____. Déposé en date du 28 mars 2020, le rapport se fondait sur deux entretiens entre l'expert et l'assurée les 3 et 16 mars 2020 ainsi que le dossier de la cause, comportait une anamnèse circonstanciée, le compte-rendu des constatations cliniques effectuées, une évaluation médicale et médico-assurantielle ainsi que les réponses aux questions posées. L'expert a retenu pour seul diagnostic – sans effet sur la capacité de travail – un trouble dépressif récurrent, en rémission depuis le 1er septembre 2014 au moins (F 33.4). Sous l'intitulé « Discussion », il s'est exprimé en ces termes : « La question principale de cette expertise est donc de savoir depuis quand l'intéressée a vu son dernier épisode rentrer en rémission. Les écrits des différents intervenants, peu pertinents, sont d'une faible aide pour y répondre. Les équipes chargées de la réadaptation de l'intéressée ont mentionné, dès le 29.06.2015 d'importants symptômes

anxieux : « Encore très anxieuse, avec peu de confiance en elle, se mettant toujours et encore beaucoup de pression », « Encore pas en mesure de travailler au contact des usagers. Cela l'angoisse encore beaucoup », « Blocage du côté relationnel, le contact avec les gens pose un gros problème ». Pourtant, l'intéressée avait précédemment réalisé trois stages dans des domaines différents, du 01.09.2014 au 30.01.2015, au cours desquels aucune difficulté n'avait été relevée, tant sur le plan anxieux que relationnel. Les certificats de travail établis sont particulièrement éloquents à ce sujet : « Investie, fiable et motivée [...], elle s'est aisément adaptée à l'équipe en place et a entretenu de très bons contacts », Dynamique, consciencieuse, efficace et motivée. Disponible et serviable [...], elle a entretenu de très bons contacts tant avec ses collègues qu'avec ses supérieurs ». A fait preuve de beaucoup de motivation dans les différents postes et les différents horaires qu'elle a effectués. Nous avons noté une bonne compréhension, une très bonne adaptation et une bonne relation aussi bien avec ses collègues qu'avec ses supérieurs. Ponctuelle et de bonne présentation. » Une discordance aussi majeure, alors que quelques mois seulement séparaient ces postes, aurait dû conduire les intervenants à s'interroger sur la réalité des limitations mises en avant par l'intéressée. Ils ne l'ont manifestement pas fait, alors même que leurs écrits mettent en évidence des contradictions flagrantes et des signes d'exagération, si ce n'est de simulation : « L'assurée évoque une grosse fatigue psychique et dit ne rien faire d'autre que son stage et dormir à la maison. Cependant on apprend qu'elle part en vacances faire du kitesurf et qu'elle joue aussi au squash », « Toujours stressée lors des évaluations, mais nous la verrons ensuite nous servir le repas de midi complètement détendue et souriante », « Décrit une grande fatigue après les 4h/jour ». Ces incohérences altèrent grandement le crédit pouvant être donné aux limitations énoncées, et peuvent sans doute s'expliquer par le caractère aisément convaincant de la démonstrativité et du comportement manipulateur relevé durant notre examen pour un non-spécialiste. Ces composantes transparaissent également dans les écrits de l'intéressée, qui dans son courrier du 09.02.2018 énonce des propos dramatisés sonnait particulièrement faux : « Je m'accrochais à la perspective qu'ils m'avaient donné six mois avant et à ce petit rêve que mes problèmes pourraient finalement trouver une fin et je serais de nouveau capable de contribuer un peu à la société ». Les mêmes critiques peuvent être formulées à l'encontre du rapport final de la fondation Y. _____, daté du 16.04.2019 et remis par l'intéressée durant notre examen. Ce rapport contient des incohérences – il est fait mention à la fois d'un « moral très bas », d'une « grande fragilité émotionnelle », d'« excellents aspects relationnels » et d'une participation active aux exercices –, et se limite pour le reste à reprendre les éléments médicaux fournis par la psychiatre de l'intéressée, qui avait mandaté l'institution et était présente à l'entretien de réseau réalisé, en des termes dépourvus d'objectivité : « Madame F. _____ a reçu une mauvaise nouvelle de l'OAI. En effet, suite à l'expertise médicale à laquelle elle s'est soumise en octobre 2018, sa rente a été supprimée. Cette nouvelle l'a anéantie et a considérablement renforcé ses difficultés émotionnelles ». Les rapports médicaux de la Dre X. _____, psychiatre, sont également sujets à la critique. En indiquant que l'intéressée requiert « la poursuite de sa rente A1 » et en mettant en garde contre « le retrait de sa rente », cette psychiatre établit un lien pour le moins hasardeux entre la santé psychique de sa patiente et l'octroi de prestations financières, sur lesquelles il n'est d'ailleurs pas attendu qu'un médecin se prononce. Ensuite, la capacité de travail qu'elle retient a évolué tout au long de la procédure, dans des proportions très importantes. Dans sa demande de réinsertion professionnelle du 10.04.2015, la Dre X. _____ l'estime entre 50 % et 60 % dans le monde économique avant de retenir clairement, dans un mail daté du 04.02.2016, une capacité de travail de 100

%. Ce n'est qu'après la communication du projet de suppression de rente, contre lequel elle prend alors position, qu'elle réévalue drastiquement à la baisse son évaluation. Le 06.02.2018, elle retient une « certaine capacité de travail » tout en mentionnant que l'intéressée « poursuit activement une démarche de recherche d'emploi », avant de soutenir finalement un mois plus tard, le 09.03.2018, que la capacité de travail dans l'économie libre est « très limitée ». Les facteurs mis en avant pour expliquer ce revirement sont, d'une part, l'impact délétère du travail dans l'entreprise G. _____ et, d'autre part, le projet de suppression de rente. En ce qui concerne le dernier emploi, il n'est pas attendu un impact émotionnel aussi sévère six mois après la fin des rapports de travail, qui ont été rompus par l'intéressée après moins d'un mois. Qui plus est — et nous y reviendrons —, le récit du déroulement de ce poste donne lieu à des versions fortement contradictoires entre nos deux entretiens. S'agissant de l'annonce de suppression de rente, il n'apparaît pas plausible qu'elle entraîne durablement une capacité de travail « très limitée » alors qu'elle était auparavant entière, et l'allégation par l'intéressée d'une sévère altération de son état de santé à la suite de cette décision apparaît opportune. De surcroît, en retenant comme seul diagnostic un trouble dépressif récurrent, la Dre X. _____ aurait dû retenir une pleine capacité de travail dans toute activité à distance des épisodes dépressifs, puisque ce trouble se caractérise justement par l'absence de toute symptomatologie en dehors de ceux-ci. Il n'est pas cohérent que des limitations fonctionnelles soient retenues au long cours avec ce seul diagnostic. Ce n'est que dans un commentaire de l'expertise réalisée par le Dr L. _____, adressé à l'avocate de l'intéressée le 18.05.2019, que cette psychiatre retient pour la première fois un « trouble de la personnalité à traits dépendants ». Son argumentation, qui s'attarde sur la codification de la CIM-10 et sur la distinction entre un trouble de la personnalité et des traits, avec dans le cas d'espèce une fusion des deux entités, dont les critères sont mal étayés, retenue tardivement « au fil d'un long suivi » – tout de même près de huit ans –, n'est pas convaincante. Enfin, les écrits de la Dre X. _____ ne laissent transparaître aucune appréciation de la cohérence et de la plausibilité des plaintes, alors qu'il s'agit de l'élément central de l'évaluation médicale et assécurologique dans cette situation. In fine, son appréciation de l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'intéressée, peu cohérente et manquant de distance critique, n'apparaît pas convaincante. L'argumentation de l'Office de l'assurance-invalidité ne l'est pas davantage. Celui-ci soutient que l'intéressée aurait mis un terme prématurément, le 10.10.2017, à une mesure d'aide au placement, mais la version de l'intéressée est nettement plus crédible. Le dossier mentionne clairement un placement à l'essai en tant qu'opératrice de production chez J. _____ du 09.01.2017 au 09.07.2017, et l'on comprend aisément, comme le soutient également l'avocat de l'intéressée dans son courrier daté du 31.07.2019, que la « prolongation de trois mois » figurant en note manuscrite du rapport d'évaluation des performances du 04.04.2017 – soit lors d'un bilan de mi-parcours – vient simplement valider la poursuite convenue de la mesure jusqu'au 09.07.2017. Le terme « prolongation » n'est d'ailleurs plus employé par la suite dans le dossier de l'Office. Sur ce point, les déclarations de l'intéressée quant à un arrêt de la mesure le 09.07.2017 apparaissent donc crédibles. Par ailleurs, l'Office soutient que l'intéressée aurait accepté chez l'entreprise G. _____ un poste « similaire à l'emploi qui lui a valu son atteinte à la santé ». Cependant, l'épisode dépressif sévère ayant conduit au versement de la rente d'invalidité a été mis sur le compte d'une rupture conjugale et d'un conflit professionnel par sa psychiatre et par le Service Médical Régional, notamment dans son avis daté du 24.09.2012. Partant, il n'est pas cohérent de retenir de ce contexte spécifique, et uniquement relationnel, que

l'intéressée présente des limitations fonctionnelles en lien avec un domaine professionnel donné – non définies – et de lui faire grief de ne pas les avoir respectées. Pour compléter l'instruction, l'Office a mandaté le Dr L. _____, psychiatre, pour réaliser une expertise psychiatrique. Dans son rapport d'expertise daté du 11.01.2019, celui-ci retient un diagnostic de dysthymie et une capacité de travail entière dans toute activité depuis le 04.02.2016. Or, ce rapport souffre d'importantes lacunes et de contradictions majeures. Le caractère très incomplet de l'examen psychiatrique ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble du tableau clinique, et l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité des plaintes est absente. Certaines conclusions apparaissent, par ailleurs, sans fondement. À titre d'exemple, pour écarter un diagnostic de trouble de la personnalité, l'expert se limite à discuter le code de la CIM-10 mentionné par la psychiatre de l'intéressée : « La Dresse X. _____ parle en faveur de traits de personnalité dépendants (F60.9). Toutefois, le code F60.9 de la CIM-10 correspond à un trouble de la personnalité, sans précision. Le trouble de la personnalité dépendante renvoie au code F60.7. De plus, la Dresse parle de traits de personnalité et non pas d'un trouble. De par ces imprécisions et le manque d'éléments pouvant parler avec certitude en faveur d'un trouble de la personnalité dépendante, le diagnostic F60.9 n'est pas retenu ». Sur le plan thymique, un diagnostic de trouble dépressif récurrent n'a pas été retenu par l'expert malgré la présence de sa définition dans le rapport, de manière totalement incohérente : « L'assurée a bel et bien présenté des épisodes dépressifs persistants plusieurs semaines ». À l'inverse, celui-ci a retenu un diagnostic de dysthymie en contradiction totale avec les données de son examen clinique. Après avoir relevé que « l'affect et la thymie sont neutres et argumenté que « l'assurée ne présente plus de symptomatologie dépressive depuis plusieurs mois », l'expert motive son diagnostic ainsi : « L'assurée présente une tendance dépressive constante qui s'exprime par une fragilité émotionnelle et une grande sensibilité au stress, ainsi qu'un affect triste (observé tout au long de l'entretien). En raison de cette thymie dépressive, la symptomatologie de l'assurée parle en faveur d'une dysthymie ». Un tel diagnostic de dysthymie ne peut aucunement être retenu à l'aune des informations recueillies. Ce rapport d'expertise n'avance, in fine, aucune conclusion fiable tant il contient de lacunes, d'incohérences et de contradictions. Nous partageons donc les critiques formulées par la Dre X. _____ dans son courrier daté du 18.05.2019. L'avis médical du 05.03.2019 rédigé par le Dr K. _____, médecin au Service Médical Régional, apparaît dans ce contexte pour le moins péremptoire : « Nous pouvons considérer le rapport d'expertise comme convaincant, ce dernier reposant sur une prise en compte des plaintes de l'assurée, un examen spécialisé complet, une évaluation asséurologique cohérente et une discussion des diagnostics précédemment retenus. Nous n'avons pas d'élément permettant de nous écarter de ses conclusions et proposons de retenir une CT entière dans toutes activités depuis février 2016 ». Il ressort des écrits de l'ensemble des intervenants, peu cohérents, une donnée essentielle : depuis le début des stages réalisés après l'octroi de la rente d'invalidité, le 01.09.2014, une symptomatologie dépressive ou anxieuse n'est pas rendue vraisemblable. En effet, et pour reprendre nos conclusions préalables, les stages que l'intéressée a réalisés se sont bien déroulés, les limitations parfois mises en avant ne résistent pas à l'examen de leur cohérence et de leur plausibilité, les évaluations de sa psychiatre manquent de consistance et de distance critique, la péjoration de l'état de santé alléguée à compter de la décision de retrait de rente apparaît incohérente et opportune, et notre examen ne révèle aucune particularité en dehors d'une inauthenticité majeure et d'un comportement manipulateur. L'intéressée ne présente comme seule atteinte à la santé qu'un trouble dépressif récurrent, qui se trouve en rémission complète depuis au

moins le 01.09.2014, soit le début du stage chez l'entreprise T. _____ lors duquel l'intéressée a fait preuve d'aisance et de performance : « Madame F. _____ s'est rapidement familiarisée aux activités du secteur. Collaboratrice investie, fiable et motivée, elle a effectué les tâches confiées à notre pleine et entière satisfaction. De caractère très agréable, elle s'est aisément adaptée à l'équipe en place et a entretenu de très bons contacts avec ses collègues et son supérieur hiérarchique ». Le Dr L. _____ a retenu arbitrairement la date du 04.02.2016, qui correspond à l'envoi du courriel de la psychiatre dans lequel elle atteste une capacité de travail totale, mais cette date ne tient pas compte de la période précédente, durant laquelle l'intéressée a pu travailler et donner entière satisfaction à ses employeurs, avec une capacité de travail reconnue par sa psychiatre. Il n'est pas rendu vraisemblable qu'une symptomatologie dépressive ait été présente depuis le 01.09.2014 et qu'elle ait entraîné des limitations fonctionnelles, partant une incapacité de travail. Les plaintes de l'intéressée sont apparues dès lors qu'un retrait de la rente d'invalidité a été rendu envisageable, et sa démission de l'entreprise G. _____ s'explique très vraisemblablement par, d'une part, un conflit avec sa hiérarchie – et non des symptômes peu crédibles mentionnés uniquement lors de notre premier entretien – et, d'autre part, un déménagement concomitant à [...] chez son compagnon dans un contexte de préavis d'expulsion du territoire. » Sur la base de ses constatations, l'expert a retenu que l'assurée ne présentait plus de limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} septembre 2014 au moins, si bien que sa capacité de travail était entière en toute activité dès cette date. S'exprimant par pli du 29 mai 2021, l'office AI a relevé que le rapport d'expertise psychiatrique du Dr U. _____ du 28 mars 2020 retenait, à l'instar du Dr L. _____, une capacité de travail entière, toutefois non pas comme ce dernier dès le 4 février 2016 mais depuis le 1^{er} septembre 2014. Il a dès lors confirmé ses conclusions. Dans ses déterminations du 8 juin 2020, l'assurée a mis en cause la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr U. _____, soulignant tout d'abord qu'elle contenait un « biais manifeste » en tant que l'expert était parti du principe qu'elle simulait les symptômes dépressifs et anxieux. Cela étant, elle a indiqué avoir soumis le rapport du Dr U. _____ à la Dre X. _____, dont elle a annexé la prise de position du 7 mai 2020. Cette dernière a notamment fait remarquer que le comportement de l'assurée, considéré comme « manipulateur » et « simulateur » par le Dr U. _____, relevait en réalité d'une contre-attitude modulée par ses agissements infantiles et régressés. La psychiatre traitante en concluait que ces deux tendances – attitude régressée et adaptation aux exigences de l'expertise – avaient pu accentuer la perception de surjoué et de factice par l'expert. Or il n'en était rien. Au demeurant, contrairement à ce que laissait entendre l'expert, elle était parfaitement crédible en affirmant que les symptômes anxieux et thymiques étaient à l'origine de la fin des rapports de travail auprès de G. _____ dans la mesure où les difficultés relationnelles devaient être mises en lien avec la pression concernant le rendement et la qualité du travail fourni. Il était en outre erroné de prétendre qu'elle était suivie une fois par mois par la Dre X. _____, dès lors que les consultations s'effectuaient depuis peu à un rythme bimensuel, ce qui impliquait un long et intense travail de préparation en amont. L'assurée a encore produit un rapport du 7 janvier 2020 établi par la Dre H. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, laquelle faisait mention d'une opération réalisée le même jour en raison de plusieurs kystes dans les seins ainsi que de la présence d'une endométriose. L'assurée a également joint à ses déterminations une déclaration écrite de son compagnon du 21 mai 2020 faisant état d'un nombre important d'erreurs et de contradictions entachant selon lui le rapport de l'expert. Il a par ailleurs souligné qu'il était impossible de se fonder uniquement sur les certificats de

travail pour déterminer la manière dont l'activité professionnelle s'était déroulée. Il devait en outre insister pour qu'elle fréquente ses cours d'allemand, à défaut de quoi elle renoncerait à s'y rendre. Au vu des éléments avancés, l'assurée a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique ainsi que l'audition de sa psychiatre traitante et de son compagnon. Le 24 juin 2020, l'office AI a indiqué que les arguments développés n'étaient pas de nature à remettre en question le rapport d'expertise du Dr U._____, si bien qu'il a derechef confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. **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 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 la suppression par voie de révision de la rente entière d'invalidité allouée à la recourante depuis le 1^{er} décembre 2012, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail au-delà du 31 mai 2019. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art.

E. 17

LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui

reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). d) Aux termes de l'art. 88 a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. 4. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). c) 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). Selon la jurisprudence, 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^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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). 6. En l'occurrence, l'office intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise du Dr L. _____ du 11 janvier 2019 respectivement l'aval du médecin du SMR (avis médical du 5 mars 2019), a estimé que la recourante disposait depuis le mois de février 2016 d'une capacité de travail entière en toute activité. De son côté, la recourante a remis en cause le bienfondé de cette appréciation, en soulevant diverses critiques à l'endroit de l'expertise du Dr L. _____ et en lui opposant l'avis de sa psychiatre traitante, laquelle est en charge de son suivi depuis 2011. 7. Se considérant insuffisamment renseigné pour trancher l'affaire en toute connaissance de cause, le magistrat instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. a) Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr U. _____ du 28 mars 2020 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. aa) L'expert a étudié l'ensemble du dossier médical, qu'il a complété en ordonnant des analyses de laboratoire. Il a par ailleurs procédé à une analyse des indicateurs – selon la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail d'un assuré souffrant de troubles psychiques (cf. considérant 4 ci-dessus). Il a pris soin d'apprécier la gravité des troubles présentés, la cohérence et la plausibilité des symptômes de l'assurée et de tenir compte de ses ressources. Il a également expliqué en détail et de façon minutieusement motivée dans le cadre d'une analyse *lege artis* pour quelles raisons il n'avait pas retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de dysthymie, de trouble de la personnalité dépendante, de traits de personnalité dyssociale de même que le diagnostic différentiel de pathomimie. Il a de surcroît précisément décrit les raisons pour lesquelles il s'était écarté des conclusions du Dr

L. _____ et de la Dre X. _____. bb) L'expertise est posée conformément aux lignes directrices en la matière et repose sur une structure d'examen du cas irréprochable. Il y a une anamnèse particulièrement complète et rigoureuse, suivie de deux entretiens cliniques au terme desquels l'assurée a été invitée, si elle le souhaitait, à reprendre le cas échéant contact avec l'expert pour lui faire part d'éventuelles réactions ou compléments, ce qu'elle s'est abstenue de faire. Le contenu des échanges verbaux avec l'assurée est restitué dans le détail sans que l'on perçoive d'apriori de la part de l'expert, dont les constats sont rendus avec objectivité. Les considérations émises quant à la simulation de symptômes dépressifs et anxieux trouvent ainsi une assise objective, sans être biaisées par un jugement de valeur subjectif, sans mépris ni dénigrement. L'examen du cas est également objectif en tant qu'il retient sans ambiguïté la problématique dépressive sévère du passé, posant ainsi la question déterminante d'une rémission de la symptomatologie dépressive et de l'époque à laquelle elle a pu intervenir. Les contradictions relevées entre plaintes et constats sont clairement expliquées et s'avèrent convaincantes. L'on ne décèle au demeurant pas de contradiction intrinsèque à l'expertise. b) aa) Dans son rapport du 28 mars 2020, le Dr U. _____ a retenu qu'à l'âge de 21 ans la recourante avait vraisemblablement développé un premier épisode dépressif après avoir perdu sa mère et s'être retrouvée seule avec ses deux neveux. Un deuxième épisode dépressif sévère, largement étayé dans le dossier, a conduit à l'attestation d'une incapacité de travail totale à compter du 26 octobre 2011, ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2012. Si ces deux antécédents d'épisodes dépressifs signaient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'expert a toutefois estimé qu'il était en rémission compte tenu de la normalité de l'humeur. A cet égard, il a expliqué que, du 1^{er} septembre 2014 au 30 janvier 2015, la recourante avait effectué trois stages dans des domaines différents, au cours desquels aucune difficulté particulière n'avait été relevée, tant sur le plan anxieux que relationnel. Les certificats de travail établis à ces occasions étaient d'ailleurs particulièrement éloquents : « Investie, fiable et motivée [...], elle s'est aisément adaptée à l'équipe en place et a entretenu de très bons contacts », « Dynamique, consciencieuse, efficace et motivée. Disponible et serviable [...], elle a entretenu de très bons contacts tant avec ses collègues qu'avec ses supérieurs », « A fait preuve de beaucoup de motivation dans les différents postes et les différents horaires qu'elle a effectués. Nous avons noté une bonne compréhension, une très bonne adaptation et une bonne relation aussi bien avec ses collègues qu'avec ses supérieurs. Ponctuelle et de bonne présentation. » L'expert a ainsi retenu que les stages auxquels l'assurée avait participé s'étaient bien déroulés ; les limitations parfois mises en avant de résistaient pas à l'examen de leur cohérence et de leur plausibilité ; les évaluations de sa psychiatre traitante manquaient de consistance et de distance critique ; la péjoration de l'état de santé alléguée à compter de la décision de suppression de la rente apparaissait incohérente et opportune tandis que son examen n'avait révélé aucune particularité en-dehors d'une inauthenticité majeure et d'un comportement manipulateur. En l'absence d'atteinte à la santé symptomatique au jour de l'expertise et, partant, de limitations fonctionnelles, il a retenu que la capacité de travail était entière en toute activité depuis le 1^{er} septembre 2014 à tout le moins. bb) L'époque de la rémission telle que retenue est dûment motivée, reposant sur une approche objective du dossier dans sa globalité, les périodes antérieures de dépression ayant été dûment prises en compte. Le rendu du passé de l'assurée tel qu'elle l'a relaté fonde les observations de l'expert, lequel y a joint ses propres observations cliniques et son avis de spécialiste, posé de manière claire. Dans ce contexte, l'expert a souligné que si les modalités de la prise en charge thérapeutique étaient adaptées

au trouble dépressif récurrent en rémission, l'arrêt progressif de la médication de Temesta et d'Imovane était recommandé. En effet, les benzodiazépines et molécules apparentées n'avaient aucune indication chez l'assurée et elles comportaient même le risque d'entraîner des effets indésirables pouvant parfois être graves ainsi qu'un état de dépendance. En faisant réaliser des analyses de laboratoire, l'expert n'a ainsi pas laissé la question de la compliance au hasard. cc) Cela étant, le constat d'un comportement de simulation et de manipulation aussi net n'est certes pas fréquent, mais il n'est pas en soi l'expression d'un « biais manifeste » et il est en l'occurrence explicité de manière à convaincre. A cet égard, l'expert a souligné que la cohérence et la plausibilité du tableau clinique allégué étaient très mauvaises et qu'il lui était par ailleurs difficile, compte tenu de l'inauthenticité du discours et de la simulation, de déterminer le véritable niveau d'activité dans les différents domaines de la vie (loisirs, vie sociale). S'agissant de l'appréciation de ses capacités, l'assurée disposait de ressources réelles en termes d'aptitudes à s'organiser, le cas échéant en milieu professionnel, et à entretenir des relations satisfaisantes avec autrui. Quant à sa personnalité, elle ne revêtait pas de traits pathologiques. L'expert en a déduit l'absence de limitations fonctionnelles et, partant, d'atteinte à la santé incapacitante. c) Dans ses conclusions, le Dr U._____ se distancie certes de celles de la Dre X._____, mais il convient de ne pas perdre de vue que c'est celle-ci qui a fait état d'une amélioration et d'une stabilisation de l'état de sa patiente en 2015 (cf. courrier du 10 avril 2015 à l'office AI), puis d'une capacité de travail entière dès 2016 (cf. courriel du 4 février 2016). aa) Il convient tout d'abord de relever que la psychiatre traitante apparaît peu sûre en termes de diagnostics, respectivement des répercussions objectives sur la capacité de travail, qu'elle ne nuance ni n'explique. Dans son rapport du 28 mars 2020, l'expert a en effet relevé que la psychiatre traitante se contredisait en posant pour la première fois, le 17 mai 2019, le diagnostic de « trouble de la personnalité à traits dépendants », entité aux contours flous qu'elle a étayé ainsi « Mme F._____ tend à se reposer sur autrui pour prendre ses décisions et peine à avoir suffisamment confiance en elle quant à ses capacités à se gérer seule ». Ces arguments ne correspondaient pas aux données anamnestiques recueillies par l'expert et seraient par ailleurs, s'ils étaient valides, tout à fait insuffisants en nombre et en intensité pour satisfaire les critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité selon une classification reconnue. Qui plus est, si l'intéressée était atteinte d'un trouble de la personnalité, par nature présent depuis le début de l'âge adulte, les symptômes correspondants ne seraient pas apparus aussi tardivement alors qu'elle bénéficiait de ressources mobilisables nettement plus importantes depuis le début de sa relation conjugale actuelle six ans auparavant. Quoiqu'il en soit, l'expert a relevé qu'en l'absence de difficultés à vivre seule, à prendre des décisions ou à exprimer son point de vue et en l'absence de recherches persistantes de soutien ou d'approbation dans les différents domaines de la vie, il n'y avait pas lieu, contrairement ce qu'avait retenu la Dre X._____ le 9 mars 2018, de conclure à l'existence de traits de personnalité dépendants, lesquels ne constituaient de toute façon pas une maladie. bb) Cela étant, on constate que les plaintes de l'assurée sont rendues avec toute l'empathie que l'on se doit de porter à une patiente connue de longue date, reflétant par là-même le rapport de confiance inhérent à tout mandat thérapeutique. La psychiatre traitante ne nie au demeurant pas la recherche d'un bénéfice par sa patiente, en termes de reconnaissance sociale comme sur le plan asséculologique (cf. courrier du 7 mai 2020). A cela s'ajoute que le reproche fait à l'expert par la Dre X._____ d'une absence de subjectivité d'appréciation quant à l'authenticité des plaintes tombe à faux, dès lors que l'on attend précisément d'un expert judiciaire qu'il

soit objectif. Il est lieu de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF 9C_459/2019 du 5 novembre 2019 consid. 4), on ne saurait mettre en cause les conclusions d'une expertise médicale du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour mettre en cause les conclusions de l'expertise. Tel n'est pas le cas en l'espèce. d) S'agissant du rapport de la Dre H. _____ du 7 janvier 2020 auquel la recourante se réfère, il ne lui est d'aucun secours, dans la mesure où il porte sur des faits survenus postérieurement à la décision du 15 avril 2019 soit une biopsie mammaire pratiquée le même jour. Elle ne se prononce au demeurant pas sur la capacité de travail. Quant à la déclaration écrite du compagnon de la recourante datée du 21 mai 2020, il convient de constater qu'il oppose simplement sa propre appréciation de la situation à celle du Dr U. _____ en lui reprochant une analyse sommaire et contradictoire de l'état de santé de sa compagne sans expliquer en quoi cette dernière serait inexacte d'un point de vue médical. e) Sur le vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'administration intimée a considéré que le degré d'invalidité s'était modifié de manière propre à justifier la suppression du droit à la rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2019. 8. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par la recourante dans ses déterminations du 8 juin 2020 – à savoir, son audition personnelle, celles de son compagnon et de la Dre X. _____ ainsi que la réalisation d'une expertise psychiatrique – doivent dès lors être rejetées. Notamment, la psychiatre traitante s'est exprimée par le biais de rapports médicaux écrits, ce qui est suffisant, sans qu'il soit nécessaire de l'entendre oralement. La recourante a pu également s'exprimer tout au long de la procédure et on ne voit pas en quoi son audition ainsi que celle de son compagnon pourrait être utile sur une problématique essentiellement médicale. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3). 9. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse. 10. a) 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.