

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 avril 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assurée), née en 1968, professeur d'anglais, a déposé le 7 mai 2007 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente et de mesures d'ordre professionnel. Elle indiquait présenter différentes atteintes (problèmes de vue, migraines, paralysie faciale partielle, douleurs musculaires du côté gauche, dépression, troubles du sommeil, anxiété) depuis mai 2004, résultant d'une erreur de suivi médical postopératoire au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV). Le dossier médical du CHUV, transmis à l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), faisait état d'une hospitalisation du 13 au 16 mai 2004 au cours de laquelle X._____ avait subi une intervention de résection d'un adénome gauche, engendrant une complication postopératoire immédiate sous forme de paralysie faciale gauche complète de grade III selon Haus et Brackmann.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a demandé au Dr W._____, spécialiste FMH en ophtalmologie, de lui adresser un rapport médical. Etabli le 3 juillet 2007, ce rapport mentionnait les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de status trois ans après excision partielle d'un adénome pléomorphe de la parotide gauche, de status après parésie faciale gauche partielle, actuellement récupérée, de toxicomanie à la cocaïne et d'hypermétropie gauche. Le Dr W._____ relevait qu'il n'y avait pas d'autre trouble associé en dehors des problèmes d'asthénopie liés à l'anisométrie. Il indiquait, dans l'annexe au rapport, que l'atteinte à la santé n'avait aucune répercussion sur l'activité exercée jusqu'ici et qu'il n'y avait aucune raison d'accorder l'AI à cette patiente qui voyait à 100% des deux côtés.

Dans un rapport du 13 juillet 2007 à l'OAI, le Dr D._____, spécialiste FMH en neurologie, n'a posé aucun diagnostic relatif à la sphère neurologique susceptible d'influencer la capacité de travail de l'assurée. Il a toutefois diagnostiqué - comme sans répercussion sur la

capacité de travail – des migraines sans aura et un status après migraines chroniques de mai 2004 à avril 2005. Ne retenant aucune restriction physique, mentale ou psychique, il estimait, sur le plan neurologique, à 100% l'activité exigible de la patiente, sans réduction du rendement.

Afin de compléter l'instruction du dossier, le Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a requis, par avis du 26 mai 2008, les rapports médicaux des autres médecins traitants de l'assurée.

Dans un rapport du 11 juin 2008, le Dr L._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, médecin traitant de l'assurée depuis juillet 2004, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble affectif bipolaire épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques (F31.30) et a indiqué que sa patiente présentait une capacité de travail de 50% dans l'activité d'enseignante depuis le 1^{er} janvier 2005. Il a joint à son rapport la lettre de sortie du département psychiatrique du CHUV du 19 août 2004, mentionnant que l'assurée avait été hospitalisée aux urgences psychiatriques le 10 juin 2004 pour un épisode maniaque. Les psychiatres du CHUV avaient posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6), de syndrome de dépendance à la cocaïne, actuellement abstinente dans un environnement protégé (F14.21), de syndrome de dépendance au cannabis, actuellement abstinente dans un environnement protégé (F12.21) et d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1).

Le 12 juin 2008, dans un rapport adressé à l'OAI, le Dr V._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a posé le diagnostic de status après septoplastie, turbinectomie inférieure bilatérale et méatotomie maxillaire gauche. Il n'a retenu aucune anomalie hormis une presbyaccousie bilatérale. Il a mentionné ne pas avoir de proposition particulière à présenter sur le plan oto-rhino-laryngologique et renvoyait aux Drs D._____ et W._____ pour complément de renseignements dans leur domaine respectif.

Le SMR, par le Dr C._____, médecin interne FMH, a retenu, dans l'avis établi le 24 novembre 2008, que l'assurée ne présentait pas d'empêchement somatique à l'intégration au monde de l'économie. Sur le plan psychiatrique, il convenait de procéder à un complément d'instruction médicale sous forme d'expertise afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assurée, de leur évolution, de l'observance thérapeutique et des possibles limitations fonctionnelles psychiques.

L'assurée ne s'est pas présentée à la première convocation. Par avis du 28 juillet 2009, le Dr C._____ s'est exprimé comme suit:

"Intervention chirurgicale au niveau de la glande parotidienne gauche (adénome pleiomorphe de la parotidienne = tumeur bénigne) de mai 2004 et aux suites du traitement curatif chirurgical mis en place. Le Dr W._____ ophtalmologue estimait en 2007 qu'il existait une hémiparésie faciale gauche séquellaire. Sa dernière consultation remontait au 16 mai 2006, l'état était qualifié de stationnaire et le pronostic oculaire d'excellent. Il appréciait l'exigibilité à 100%. Le Dr D._____ neurologue a été consulté par l'assurée la dernière fois en avril 2005. Il estimait qu'il n'y avait aucun diagnostic de la sphère neurologique susceptible d'influencer la capacité de travail. L'examen du Dr V._____ ORL 12 juin 2008 ne retient aucune anomalie hormis une presbycusis bilatérale qui ne saurait être mise en lien avec l'intervention chirurgicale de mai 2004 [recte: 2004].

On peut donc conclure que l'exérèse chirurgicale de l'adénome pleiomorphe de la parotidienne gauche en mai 2004 [recte: 2004] a été sans conséquence durable sur la capacité de travail de l'assurée. L'instruction actuelle du SMR se concentre sur la sphère psychique qui pourrait être ou avoir été source d'empêchements durables.

L'assurée ne s'est pas rendue à l'expertise psychiatrique agendée à la demande du SMR en mars 2009 (avis SMR 24 novembre 2008). Le Dr L._____ atteste une CT de 50% depuis le 1^{er} janvier 2005 motivé par un trouble bipolaire. Le diagnostic semble avoir été porté dans un contexte de consommation de cocaïne de même que l'hospitalisation de 2004 à Cery. Il convient de procéder, à:
Une expertise psychiatrique."

L'OAI a confié le mandat d'expertise au Dr F._____, psychiatrie et psychothérapie FMH, laquelle a été réalisée le 17 septembre 2009. Dans le rapport y relatif établi le 21 octobre suivant, l'expert a retenu - comme sans répercussion sur la capacité de travail - un trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission avec des symptômes résiduels (F31.7), présent depuis 2004, et des troubles mentaux et

troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, syndrome de dépendance primaire du cannabis, actuellement abstinent de la cocaïne et de l'alcool (F19.25, existant depuis l'adolescence; il n'a posé aucun diagnostic diminuant la capacité de travail. Son examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique incapacitant, de trouble phobique, ni de syndrome douloureux somatoforme persistant. Au terme de son rapport, l'expert s'est prononcé comme suit:

"En conséquence, je constate une amélioration de l'état de Mme X._____ au cours du traitement psychiatrique auprès du Dr L._____ malgré la persistance d'une humeur fluctuante avec une labilité émotionnelle en faveur du diagnostic d'un trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission avec persistance de quelques symptômes résiduels.

Ce trouble bipolaire s'inscrit dans l'abus de plusieurs substances psychoactives comme l'alcool, la cannabis et la cocaïne avec une première consommation de cannabis déjà à l'âge de 10 ans avec des amis d'école. [...]

Comme l'assurée a été capable de poursuivre avec succès sa carrière professionnelle pendant plusieurs années malgré son vécu douloureux, sa dépendance du cannabis et son abus de cocaïne et d'alcool n'est pas la conséquence ni le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une incapacité de travail.

En conséquence, la consommation abusive de l'assurée précède clairement la survenue de son instabilité de l'humeur, ayant nécessité un premier traitement pharmacologique en 2004 lors de son hospitalisation à Cery à cause d'un épisode mixte s'inscrivant également dans sa consommation abusive de cocaïne et de cannabis selon la lettre de sortie de Cery. En l'absence d'un trouble psychique manifeste ayant déclenché la consommation de cannabis, d'alcool et de cocaïne, j'ai retenu le diagnostic d'une dépendance primaire au cannabis avec abstinence actuelle de la cocaïne et de l'alcool.

Sans comorbidité psychiatrique incapacitante, les toxicomanies ne font pas partie du champ de compétence de la loi AI et ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail de longue durée. Dans le cas de Mme X._____, sa dépendance n'est pas la conséquence, ni à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante durable comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif.

Le psychiatre traitant, le Dr L._____, décrit une impossibilité de l'assurée d'établir des relations ainsi qu'un repli sur elle-même et un sentiment de peur fluctuante, raison pour laquelle il suspecte un

trouble schizoaffectif à l'origine des difficultés de l'assurée. En l'absence de symptômes de la lignée psychotique comme des idées délirantes, des hallucinations, des troubles formels de la pensée ainsi que des symptômes négatifs comme une apathie importante ou une pauvreté du discours chez une assurée qui présente de bonnes capacités intellectuelles et des intérêts intellectuels divers ainsi qu'une vie sociale active, je ne peux pas confirmer un tel diagnostic.

Mme X._____ présente cependant une structure de personnalité marquée par une labilité émotionnelle avec une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles à l'origine entre autres des ruptures au plan relationnel en faveur du diagnostic d'une structure de personnalité avec des traits émotionnellement labiles. Malgré cette structure de personnalité, l'assurée a été capable de poursuivre pendant de longues années une formation scolaire de haut niveau, suivie par des études universitaires. Elle s'est engagée de manière stable dans des relations professionnelles et privées d'une durée de plusieurs années avec une vie sociale marquée par des amis de longues dates. En conséquence, l'assurée ne présente pas de déviation extrême ou significative des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui comme demandé par la CIM-10 pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité.

Comme décrit ci-dessus, les symptômes résiduels de l'assurée s'expliquant dans le contexte d'un trouble affectif bipolaire avec surtout une certaine labilité de l'humeur restant relativement discrète et ne justifiant pas une incapacité de travail de longue durée chez une assurée qui se plaint surtout d'une fatigue et d'un manque d'énergie. Cette plainte subjective présente cependant d'importantes incohérences avec les éléments objectifs lors de l'examen psychiatrique actuel. Concernant sa labilité de l'humeur, je constate que Mme X._____ pourrait profiter d'une abstinence du cannabis. En plus, le monitoring médicamenteux correspond à une prise irrégulière de la Venlafaxine ou à un dosage insuffisant pour un effet thérapeutique manifeste. En conséquence, l'assurée peut également bénéficier d'une adaptation de sa médication ou d'une meilleure compliance.

En conclusion, l'assurée ne souffre pas d'une maladie psychiatrique incapacitante et sa capacité de travail exigible est entière au plan psychiatrique dans toute activité respectant d'éventuelles limitations somatiques."

B. Dans un projet de décision du 3 décembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'il ressortait des observations médicales une incapacité de travail totale dès juin 2004, de 50% dès janvier 2005 et, par la suite, une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, considérée comme adaptée. Il a conclu que l'atteinte à la santé ne mettait pas en évidence une atteinte à la santé au sens de l'AI.

Dans un courrier du 8 janvier 2010 à l'OAI, le Dr L._____ a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble bipolaire et présentait un épisode dépressif sévère avec idéation suicidaire très importante, à la suite d'un échec sentimental et d'une fausse-couche en été 2009 - symptômes discutés avec le Dr F._____ - ainsi qu'un trouble ophtalmique et des maux de tête l'empêchant de passer de longues périodes devant un écran d'ordinateur. Il a souligné que les critères de Foerster étaient largement réunis puisqu'il s'agissait d'une situation chronique qui n'évoluait plus depuis 2004, et ceci malgré une prise en charge psychiatrique appropriée. Il a mentionné que la patiente vivait dans un vide social, n'ayant que quelques relations d'ordre sexuel intempestives, qu'elle était coupée de ses amis et de sa famille, qu'elle n'avait pratiquement pas d'activité agréable et qu'elle se trouvait à l'aide sociale. Il a conclu à une incapacité de travail totale.

L'assurée s'est opposée au projet de décision par écriture du 13 janvier 2010, faisant valoir ce qui suit:

"Depuis mes problèmes de santé, il est vrai que j'ai travaillé. Mais mon état actuel ne me permet plus de supporter un travail à 100%. Mon emploi à [...] était à temps partiel et n'a jamais dépassé une activité de 50%. Si je n'ai pas travaillé à temps complet depuis juin 2004 c'est bien parce que je n'en suis plus capable.

Mes problèmes de vue et de migraines incessantes sont directement liés mais ne sont pas mentionnés du tout. Ceux-ci me limitent dans mes activités sur un ordinateur, puisque mes yeux fatiguent rapidement et des maux de tête très douloureux s'en suivent. Pourtant mon ophtalmologue, Dr W._____ a été cité dans mon dossier. J'ai l'intention de prendre rendez-vous avec Dr W._____ dans les prochains jours pour qu'il puisse de nouveau constater les effets néfastes de mon traitement erroné aux mains des médecins ORL qui m'ont soignés en postopératoire au CHUV.

Dr L._____ va aussi vous écrire une lettre concernant les effets psychologiques de l'incident qui n'ont pas été pris en considération par votre expert psychiatrique qui sûrement va vous contacter dans les prochains jours."

Se déterminant sur le courrier du Dr L._____ par avis du 7 avril 2010, le SMR, sous la signature du Dr C._____, a rappelé que l'expert F._____ avait posé le diagnostic de trouble bipolaire comme

sans répercussion sur la capacité de travail et retenu les problèmes apparus à la suite de l'échec sentimental et de la fausse-couche, l'expertise ayant eu lieu postérieurement à la constatation de ces troubles par le psychiatre traitant. Il a conclu qu'il n'y avait pas de fait nouveau mais une appréciation différente d'une situation clinique similaire.

Par décision du 13 avril 2010, dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 3 décembre 2009, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Par lettre explicative adressée le même jour, l'OAI a rappelé le contenu de l'expertise du Dr F._____, savoir que l'assurée avait présenté une incapacité de travail à 100% pour un épisode mixte dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire ayant justifié une hospitalisation en juin 2004, que dans les six mois qui ont suivi sa sortie en juillet 2004, elle avait observé une amélioration de son état en raison de l'adaptation du traitement psychopharmacologique et des consultations régulières chez son psychiatre, et que depuis, elle avait constaté la persistance d'une humeur fluctuante et d'une fatigue subjective ne l'ayant pas empêché de reprendre différentes activités d'enseignante en février 2005 et de mener une vie sociale active. L'OAI a souligné que le diagnostic de trouble bipolaire, mis en avant par le Dr L._____ dans le courrier du 8 janvier 2010, n'était pas contredit par l'expert mais considéré comme sans répercussion sur la capacité de travail. Il en allait de même des problèmes survenus au cours de l'été 2009. Il a conclu qu'en l'absence de fait nouveau, sa position ne pouvait être modifiée.

C. Par acte du 5 mai 2010, l'assurée a indiqué à l'OAI recourir contre la décision du 13 avril 2010 et réunir les éléments nécessaires pour étayer la procédure. Par écriture complémentaire de son mandataire du 12 août 2010 adressée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, la recourante a conclu, avec dépens, principalement à l'octroi d'une rente AI entière dès mai 2005, et subsidiairement à l'octroi d'une rente AI entière mais fondée durant une certaine période, fixée à dire de justice, sur une invalidité de 50%. Elle fait valoir que l'expertise du Dr F._____ est légère, totalement insuffisante, mal conduite et mal

motivée, et en complet désaccord avec l'avis du médecin traitant. Elle estime ainsi qu'une expertise judiciaire doit être ordonnée, citant la jurisprudence récente du Tribunal fédéral selon laquelle le tribunal doit ordonner une expertise judiciaire lorsque les conclusions des experts officiels de l'AI peuvent être mises en doute. Concernant la question du taux d'invalidité, elle renvoie à sa requête AI du 7 mai 2007. Elle joint à son écriture l'appréciation du Dr L. _____ sur l'expertise réalisée par le Dr F. _____, adressée à son conseil le 16 juillet 2010. Le psychiatre traitant y relève une focalisation de l'expert sur la toxicomanie de l'assurée - soulignant que son parcours de vie est totalement différent de celui d'une vraie toxicomane - lequel fait ainsi abstraction de la pathologie psychiatrique importante. A cet égard, le Dr L. _____ retient le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques (F31.4). Il relève que l'unique rencontre entre le Dr F. _____ et l'expertisée a eu pour conséquence de fausser l'évaluation, puisqu'il est utile de voir la personne investiguée plusieurs fois, à des intervalles d'au moins une semaine. Il relate dès lors le suivi de l'assurée depuis le mois de juillet 2004 et maintient sa position quant à une incapacité de travail de 50%.

Dans sa réponse du 8 septembre 2010, l'OAI rappelle qu'à l'aune de l'expertise psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée n'a pas été diminuée pendant une durée suffisante pour ouvrir le droit à des prestations. Il conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, se ralliant à l'avis médical du SMR du 30 août 2010, dont il ressort ce qui suit:

"La pièce médicale que vous me demandez de discuter est le courrier du Dr L. _____, psychiatre de l'assurée depuis 2004 écrit à Maître Philippe Nordmann, avocat de l'assurée le 16 juillet 2010. Concernant l'expertise du Dr F. _____ du 21 octobre 2009, elle est précise, détaillée et l'on suit un fil directeur du début à la fin. La situation actuelle décrite en page 15, 16 et 17 motive les appréciations retenues par l'expert. Tout particulièrement sur la question des syndromes résiduels de l'assurée et des conduites de santé qu'elle pourrait avoir pour réduire le dommage.

L'expert estime que le problème principal qui affecte l'assurée dans sa sphère psychique est bien un trouble affectif bipolaire F31.7. Il reconnaît des incapacités de travail d'une durée telle que fixée dans

l'expertise et qui ont affecté l'insertion de l'assurée dans le monde de l'économie. Il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expert.

Contrairement à ce qu'écrit le Dr L. _____ à Maître Nordmann, l'expert a retenu comme première atteinte à la santé psychique, le trouble affectif bipolaire et non la pratique des stupéfiants que le Dr L. _____ qualifie de toxicomanie et qui avait déjà été identifiée comme problème par les médecins de Cery lors de la dernière admission de l'assurée dans cet hôpital. D'après le Dr L. _____, la consommation de substance hallucinogène serait sous le contrôle de la volonté de l'assurée, ce qui confirme bien le caractère primaire de ce problème de santé. Il est d'ailleurs clairement décrit dans le dossier que c'est dans un contexte festif ou ludique que ces pratiques ont été initiées à l'adolescence.

Force aussi de constater qu'elles n'ont pas été source d'empêchement à l'insertion durable de l'assurée dans le monde de l'économie avant l'hospitalisation de Cery en 2004.

Le Dr L. _____ écrit d'ailleurs en page 6 de la lettre suscitée: «je ne crois pas qu'il y a eu vraiment dépendance, ni dans le sens physiologique, ni dans le sens psychologique». Cette affirmation ne contredit pas notre prise en compte des pratiques toxiques de l'assurée comme primaires, bien au contraire.

Quant à l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée 50% pour le Dr L. _____ et de 100% pour le Dr F. _____, il s'agit donc simplement de l'appréciation différente d'une situation clinique similaire.

Nous relevons cependant aussi que l'assurée n'est pas compliant envers le traitement prescrit par son médecin comme le démontre le dosage plasmatique de médicament effectué dans le contexte de l'expertise."

Dans sa réplique du 29 septembre 2010, la recourante fait valoir que l'avis du SMR du 30 août 2010 a été rédigé par le Dr C. _____, lequel ne paraît pas avoir la qualité de psychiatre, de sorte qu'il est difficile à ce dernier de donner un avis médical sur ce sujet. Au demeurant, elle relève que cet avis ne permet pas de contrer les critiques de son psychiatre, notamment celle relative à l'unique rencontre entre l'expert et l'assurée et insiste sur le fait que les éléments objectifs ne peuvent être correctement évalués lors d'une seule entrevue, pour une patiente souffrant d'un trouble bipolaire. Elle soutient que selon le Dr L. _____, son incapacité de travail et de gain étaient supérieures à 50%, mais toutefois arrêtées à ce taux pour des motifs thérapeutiques. Elle fait grief à l'OAI de retenir qu'il y a accord sur le diagnostic entre les experts et réitère sa demande d'expertise judiciaire, en raison de la rapidité de

l'examen psychiatrique, de l'absence de diagnostic quant à la dépression et de l'absence de justification d'une prétendue capacité psychique à 100%.

Dans sa duplique du 21 octobre 2010, l'intimé rappelle les circonstances dans lesquelles l'expertise psychiatrique a été ordonnée, écrivant ce qui suit:

"après qu'une cause organique à une incapacité de travail a pu être exclue, il s'agissait de clarifier la situation, compte tenu d'une incapacité de travail attestée à hauteur de 50% par le médecin psychiatre traitant en raison d'un trouble bipolaire, trouble diagnostiqué dans un contexte de consommation de stupéfiants.

L'expertise discute abondamment et de façon convaincante de la problématique soulevée, en particulier de la présence de troubles d'ordre psychique et de leur influence éventuelle sur la capacité de travail. Le médecin traitant a été largement entendu. S'il avait pensé que la nature des troubles justifiait des rencontres supplémentaires avec l'assurée, l'expert aurait procédé de cette façon. Nul doute en effet qu'il s'agit d'un spécialiste compétent.

Au vu de ces éléments, on peut accorder pleine valeur probante au rapport d'expertise au dossier. Une nouvelle expertise ne se justifie absolument pas du simple fait que les conclusions retenues ne rejoignent pas celles du médecin traitant ou celles souhaitées par la recourante."

Il conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Dans sa détermination du 16 décembre 2010, la recourante réitère ses griefs quant à la méthodologie de l'expertise, la divergence de diagnostic entre le Dr F. _____ et tous les experts (sic) et les effets de l'affection psychique sur la capacité de travail.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin

1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contres lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, transmis au tribunal compétent, et complété par le conseil de la recourante (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige a trait au droit à une rente d'invalidité, singulièrement aux incidences sur la capacité de travail de la recourante des atteintes à la santé psychiatriques qu'elle présente.

3. a) Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut 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).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les arrêts cités; I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient 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 I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions

de l'expert (TF 9C_210/2010 du 7 septembre 2010 consid. 2.3; 9C_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 2.2).

Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assurée doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références).

4. En l'espèce, la décision attaquée repose sur l'expertise psychiatrique réalisée le 17 septembre 2009, au terme de laquelle la recourante ne présente pas de pathologie psychiatrique à caractère incapacitant de longue durée. La recourante conteste la valeur probante de cette expertise, mettant en cause la méthodologie et le diagnostic retenu, lequel est en complet désaccord avec l'avis de son médecin traitant.

a) A l'aune du dossier de la cause, il appert une divergence entre deux spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie, le Dr F._____, expert mandaté par l'OAI, et le Dr L._____, médecin traitant de la recourante depuis juillet 2004.

Dans le rapport du 11 juin 2008, le Dr L._____ pose le diagnostic de trouble affectif bipolaire épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques F31.30 (selon la CIM-10 [classification

statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes], le F31.30 correspond au trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne sans syndrome somatique). Il estime que ce trouble entraîne une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'enseignante, depuis le 1^{er} janvier 2005, et retient des limitations dans la capacité de concentration, d'adaptation et de résistance, en raison d'une fatigabilité. Dans le courrier du 16 juillet 2010 adressé au conseil de la recourante, il retient le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques (F31.4) et maintient sa position quant à une incapacité de travail de 50%.

Aux termes du rapport d'expertise du 21 octobre 2009, le Dr F. _____ retient les diagnostics de trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission avec des symptômes résiduels (F31.7), présent depuis 2004, et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, syndrome de dépendance primaire du cannabis, actuellement abstinent de la cocaïne et de l'alcool (F19.25), existant depuis l'adolescence. Il considère que ces diagnostics n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail.

L'expertise du Dr F. _____ se fonde sur un examen de la recourante, une étude des éléments médicaux versés au dossier et un entretien téléphonique avec le Dr L. _____. Le rapport contient un résumé du dossier (p. 3-5), la description des plaintes et données subjectives de l'assurée (p. 5-7), une anamnèse circonstanciée relatant notamment les données personnelles, familiales et socioprofessionnelles (p. 7-12), les données objectives et les résultats des examens complémentaires (p. 12-13), les diagnostics selon la CIM-10 (p. 14), une appréciation du cas (p. 14-17) qui décrit la situation médicale et aboutit à des conclusions claires et dûment motivées, ainsi que les influences sur la capacité de travail et la réadaptation professionnelle (p. 17-18). L'examen clinique ne démontre pas de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique incapacitant, de trouble phobique, ni de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'expert explique qu'en

l'absence de symptômes de la lignée psychotique comme des idées délirantes, des hallucinations, des troubles formels de la pensée ou une pauvreté du discours chez une assurée qui présente de bonnes capacités intellectuelles et des intérêts intellectuels divers ainsi qu'une vie sociale active, il ne peut confirmer le diagnostic de trouble schizoaffectif que suspecte le Dr [...]. Il relève que la recourante ne présente pas de déviation extrême ou significative des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui comme demandé par la CIM-10 pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité. Il justifie ainsi la capacité de travail totale de l'assurée par le fait que, malgré une structure de personnalité avec des traits émotionnellement labiles, elle a été capable de suivre une formation universitaire et de poursuivre avec succès sa carrière professionnelle malgré son vécu douloureux, ainsi que de s'engager de manière stable dans des relations professionnelles et privées d'une durée de plusieurs années.

b) Contrairement aux dires du Dr L._____, l'expert n'ignore pas le diagnostic de trouble bipolaire et ne se focalise pas sur la "toxicomanie" de l'expertisée. En effet, le Dr F._____ constate, comme première atteinte à la santé psychique, un trouble affectif bipolaire, puis des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-19). A cet égard, il sied de rappeler que la consommation de stupéfiants avait déjà été identifiée comme problème par les psychiatres du CHUV, lesquels avaient, dans la lettre de sortie du 19 août 2004, posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6), de syndrome de dépendance à la cocaïne et au cannabis, actuellement abstinente dans un environnement protégé (F14.21 et F12.21) et d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1). Le Dr W._____, dans le rapport médical du 3 juillet 2007 à l'OAI, retenait également le diagnostic de toxicomanie à la cocaïne. Au demeurant, le rapport d'expertise, sous la rubrique "*habitudes*", fait état d'une consommation régulière et quotidienne de cannabis : "*Depuis, elle fume régulièrement du cannabis avec une consommation actuelle de 1 à 2 joints par jour*" (p. 8 du rapport). Partant, il n'y a pas lieu de remettre en

question le diagnostic du Dr F._____ retenant une dépendance primaire au cannabis, avec abstinence actuelle de la cocaïne et de l'alcool.

La Cour ne saurait également suivre l'avis du Dr L._____ selon lequel l'échec sentimental et la fausse-couche au cours de l'été 2009 auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. En effet, le Dr F._____ a rencontré l'expertisée en septembre 2009, de sorte qu'il avait connaissance des ces faits, lesquels sont par ailleurs mentionnés dans le rapport d'expertise : "*En juin 2009, elle tombe enceinte, suivi par une fausse-couche de 2 embryons, il y a 1 mois environ. Depuis, elle se dit à nouveau très déprimée.*" (p. 7 du rapport). Le SMR a d'ailleurs expressément indiqué, dans l'avis du 7 avril 2010, que le Dr F._____ a rencontré l'assurée à la suite de ces événements.

Outre les effets de l'affection psychique sur la capacité de travail de la recourante, une autre contradiction entre l'expert et le psychiatre traitant est à relever. En effet, le Dr L._____ mentionne, dans le courrier du 8 janvier 2010, qu'il s'agit d'une situation chronique qui n'évolue plus depuis 2004 et ce, malgré une prise en charge psychiatrique appropriée. *A contrario*, le Dr F._____ relate que dans les six mois qui ont suivi sa sortie du département psychiatrique du CHUV en juillet 2004, la recourant avait constaté une amélioration de son état en raison de l'adaptation du traitement psychopharmacologique et des consultations régulières chez son psychiatre.

A l'aune de ce qui précède, il sied de rappeler que le médecin traitant, qui a un mandat de soins, est dans une position particulière en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait confiance à son patient et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé par le souci d'être le plus utile possible à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; 122 V 157 consid. 1c et les références). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins mais d'expertise en réponse à des questions posées par

des tiers. Il tient compte des affirmations du patient et doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid. 3b/bb). On peut dès lors suivre l'avis du SMR, repris par l'intimé, selon lequel les Drs F. _____ et L. _____ décrivent une situation clinique similaire mais l'apprécient de manière différente.

On relèvera en outre qu'à réception de chaque courrier du Dr L. _____, l'intimé a requis l'avis du SMR. Le 28 juillet 2009, le Dr C. _____ justifie la mise en place d'une expertise psychiatrique par l'incapacité de travail de 50% retenue par le psychiatre traitant, en raison d'un trouble bipolaire. Cet élément est rappelé par l'intimé dans la duplique du 21 octobre 2010: *"après qu'une cause organique à une incapacité de travail a pu être exclue, il s'agissait de clarifier la situation, compte tenu d'une incapacité de travail attestée à hauteur de 50% par le médecin psychiatre traitant en raison d'un trouble bipolaire, trouble diagnostiqué dans un contexte de consommation de stupéfiants."* Le 30 août 2010, le SMR relève que l'expert a retenu comme première atteinte à la santé psychique le trouble affectif bipolaire, et non la pratique des stupéfiants que le Dr L. _____ qualifie de toxicomanie. Au demeurant, le grief de la recourante selon lequel le Dr C. _____ ne paraît pas avoir la qualité de psychiatre, de sorte qu'il lui est difficilement possible de donner son avis médical sur le sujet, est dénué de pertinence dans la mesure où ce médecin reprend le contenu de l'expertise psychiatrique réalisée par un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Conformément à l'avis du SMR du 24 novembre 2008, l'expertise devait permettre de s'assurer des atteintes à la santé de l'assurée, de leur évolution, de l'observation thérapeutique et des possibles limitations fonctionnelles psychiques. Le mandat ayant été respecté, le Dr C. _____ pouvait dès lors en reprendre le contenu. Le SMR, après avoir analysé les courriers du Dr L. _____ et l'expertise du Dr F. _____ a conclu, à juste titre, que l'avis du médecin traitant ne contenait aucun élément nouveau de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique.

c) La recourante soutient également que l'expertise psychiatrique n'a pas de valeur probante puisqu'il n'y a eu qu'un seul

entretien entre la recourante et l'expert, ce qui aurait pour conséquence de fausser l'évaluation de celui-ci. A cet égard, le Tribunal fédéral a jugé que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et la référence citée). Il a estimé qu'un examen clinique d'une heure effectuée par un médecin ne suffisait pas à remettre en question la valeur de son travail (TF I 1048/06 du 26 novembre 2007 consid. 4).

En outre, la Cour constate que l'expertise n'est pas fondée sur le seul examen avec la recourante mais découle d'une étude approfondie du dossier médical fourni par l'OAI et d'un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant. Ainsi, l'étude du dossier, les informations du Dr L. _____ et les constatations personnelles de l'expert ont permis à ce dernier de se prononcer sur le cas en pleine connaissance de cause. Il appert également de l'anamnèse détaillée que l'expert a consacré un temps certain à la recourante.

A l'aune de ce qui précède, le grief de la recourante relatif à la méthodologie de l'expertise ne saurait résister à la critique. Dite expertise ne peut être qualifiée de légère, d'insuffisante, ni de mal conduite ou mal motivée. Elle n'est pas plus en total désaccord avec l'avis du médecin traitant.

d) Il convient dès lors d'admettre que l'expertise psychiatrique du 17 septembre 2009 répond aux réquisits posés par la jurisprudence relative à la fiabilité et la valeur probante des documents médicaux (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Le Dr L. _____ n'a pas fait état d'éléments qui ont été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. La recourante n'apporte aucune preuve tendant à confirmer les conclusions de son médecin traitant, soit une incapacité de travail de 50%, qu'elle estime toutefois supérieure mais arrêtée à ce taux pour des motifs thérapeutiques. Au demeurant, dans sa détermination du 16 décembre 2010, elle fait état d'une divergence de diagnostic entre le Dr F. _____ et

tous les experts. Or, hormis les autres médecins traitants qui ne se prononcent pas sur le plan psychiatrique (cf. consid. 5 *infra*), seul le Dr L._____ est nommé au travers de ces écritures. Il n'y figure aucun autre expert que le Dr F._____. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de celui-ci, savoir que l'assurée ne souffre pas d'une maladie psychiatrique incapacitante et sa capacité de travail exigible est entière au plan psychiatrique dans toute activité respectant d'éventuelles limitations somatiques.

5. Sur le plan somatique, la recourante mentionne un trouble ophtalmique et des maux de tête - la limitant dans ses activités sur un ordinateur - atteintes retenues par les médecins traitants mais considérées comme sans répercussion sur la capacité de travail. En effet, le Dr W._____, ophtalmologue, retient que le trouble ophtalmique est non invalidant. Le Dr D._____, neurologue, retient les diagnostics de migraines sans aura et de status après migraines chroniques de mai 2004 à avril 2005 sans répercussion sur la capacité de travail; il estime qu'il n'y avait aucun diagnostic de la sphère neurologique susceptible d'influencer la capacité de travail.

La recourante n'apporte aucun élément tendant à contredire l'avis de ces médecins. Ainsi, il apparaît que sur le plan somatique, l'assurée n'a aucune limitation.

6. Au vu de l'ensemble des pièces médicales, force est de constater que l'intimé s'est à juste titre fondé sur l'expertise psychiatrique du 17 septembre 2009, et a arrêté que l'assurée ne présentait pas une atteinte à la santé au sens de l'AI.

Partant, l'expertise demandée par la recourante, à titre de moyen de preuve, n'a pas à être ordonnée dans la mesure où le dossier médical est suffisamment instruit et permet une bonne intelligence de la cause. Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 consid. 4), la jurisprudence

rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1b et la référence). De surcroît, comme l'a relevé l'OAI, une nouvelle expertise ne se justifie pas du simple fait que les conclusions retenues ne rejoignent pas celle du médecin traitant ou celles souhaitées par la recourante.

7. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36] applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 2 al. 1 TFJAS-VD [tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la mesure où la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours déposé par X. _____ le 5 mai 2010 est rejeté.

II. La décision rendue le 13 avril 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Un émolument de justice de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, à Lausanne (pour X. _____)
- 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 :