

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
MM. Neu, juge, et Peter, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a al. 3 LAI ; 27 RAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est séparée et mère de deux enfants (nés en [...] et [...]) dont elle a la garde exclusive. Elle est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'assistante en pharmacie et bénéficie d'une formation d'infirmière ainsi que d'un diplôme de sage-femme. Elle travaillait comme sage-femme indépendante, à des taux fluctuants selon les années, depuis le 4 janvier 2010. Elle a inscrit au Registre du commerce une société individuelle « [...] » au mois de décembre 2016 dont elle était la directrice.

L'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 28 mai 2020 en raison d'un trouble de l'attention, d'un possible trouble bipolaire et d'un trouble de l'humeur et épuisement dans le cadre d'une séparation problématique (datée du 23 février 2020).

Dans un rapport du 14 juillet 2020, le Dr O._____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant, a exposé à l'assurance perte de gain [...]), qu'il n'avait pas revu récemment l'assurée et que cette dernière ne présentait pas d'incapacité de travail au plan somatique et qu'il n'avait en particulier signé aucun arrêt de travail, mais qu'étant suivie par une psychologue l'incapacité de travail pourrait être signée par le psychiatre déléguant.

L'assurée a déposé le 12 octobre 2020 une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une atteinte psychologique existant depuis le 28 mai 2020.

Dans un rapport initial du 13 octobre 2020 adressé à [...], le DrM._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a indiqué que l'assurée l'avait consulté au mois d'avril 2020, adressée par son médecin traitant le Dr O._____, que les troubles étaient apparus en avril 2020 dans le contexte d'une séparation conflictuelle et une surcharge au

niveau des tâches privées et professionnelles, qu'il avait posé le diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et qu'il suspectait un trouble bipolaire de type II.

Le 4 décembre 2020, le Dr M._____ a écrit à [...] qu'il avait prescrit un arrêt maladie à 90 % du 28 mai 2020 au 7 juin 2020, puis une réduction de l'arrêt de travail à 80 % du 8 juin au 31 août 2020 et à 70 % du 1^{er} au 30 septembre 2020. Compte tenu de l'échec de la reprise d'une activité, le Dr M._____ a remis l'assurée en arrêt de travail à 90 % dès le début du mois d'octobre 2020. Ce médecin a écrit qu'il pouvait imaginer une reprise de travail par l'assurée à son taux initial dans un délai de six à douze mois.

D'après le questionnaire 531bis du 8 décembre 2020, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à 60 % environ depuis 2014 approximativement comme sage-femme indépendante et directrice de sa société, par intérêt.

[...] a mis fin au service de ses prestations en faveur de l'assurée avec effet au 31 janvier 2021.

A la suite d'un « Assessment Psychiatrie » réalisé du 11 décembre 2020 au 1^{er} février 2021 à la demande de [...], le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a rendu un rapport du 1^{er} février 2021. Il a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission complète (F43.21). Le Dr A._____ a discuté des diagnostics retenus par le psychiatre traitant et a estimé s'agissant du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), que ce trouble était « de toute évidence bien compensé et ne p[ouvai]t constituer un obstacle pour ses activités actuelles qui [étaient] moins bien demandeuses en ressources attentionnelles que toutes les études que la personne assurée a[vait] mené et réussi », alors que s'agissant du « probable » trouble bipolaire, il a estimé que ces troubles avaient toujours été présents, mais n'avaient jamais été incapacitants, en sachant qu'un trouble bipolaire

apparaît habituellement à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte alors qu'il n'était retrouvé aucun suivi ni traitement psychiatrique antérieur à l'année 2020, où un suivi avait débuté à la suite de sa séparation conjugale, ni d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. Le Dr A._____ était dès lors d'avis que le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée semblait le diagnostic le plus pertinent. Ce médecin a encore précisé que son examen clinique du 27 janvier 2021 ne retrouvait aucun symptôme objectif en faveur d'un trouble dépressif. Le Dr A._____ a considéré qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique, que la capacité de travail dans la dernière activité exercée par l'assurée ou dans une activité adaptée était de 100 %, et qu'aucun traitement n'était à proposer en l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante.

En réponse à une demande de renseignements de l'OAI, le Dr O._____ a complété le formulaire le 2 mars 2021. Dans la rubrique « diagnostics précis ayant une répercussion sur la capacité de travail », il a écrit « Tdah depuis :? ». Il a renvoyé l'OAI auprès du psychiatre traitant et mis des points d'interrogation sur les autres endroits dudit formulaire.

Dans un rapport du 10 mars 2021 adressé à [...], le Dr M._____ a défendu ses deux diagnostics et formulé divers reproches vis-à-vis de l'expertise du Dr A._____.

Dans un rapport d'« Assessment Psychiatrie » complémentaire du 19 mars 2021, le Dr A._____ a apporté des précisions en rappelant qu'il n'avait pas écarté le diagnostic du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) mais simplement constaté que le trouble était bien compensé et ne représentait pas un obstacle aux activités usuelles. De même, concernant le diagnostic de troubles bipolaires, l'assurée avait affirmé que ces troubles auraient toujours été présents alors que l'expert a simplement relevé qu'ils n'avaient pas été un obstacle à une réussite scolaire et professionnelle, même sans aide médicamenteuse ni psychiatrique. Sur la base de ces indications, le Dr A._____ a maintenu ses conclusions.

Par rapport du 22 avril 2021 à l'OAI, le Dr M. _____ a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble de l'attention avec hyperactivité et de probable trouble bipolaire de type II. Il a alors évalué la capacité de travail de l'assurée à 50 %, avec la précision qu'elle devrait pouvoir reprendre son activité à 100 % dans les six à douze mois. Questionné sur la gestion de la vie privée de sa patiente, le Dr M. _____ a fait savoir que l'assurée « n'était pas limitée dans la prise en charge de ses enfants, elle met la priorité sur eux et leur consacre pas mal de temps et d'énergie. Elle n'est pas limitée au niveau de la préparation des repas parce qu'elle le fait pour ses enfants. La tenue du ménage et le nettoyage / lessive dépendent de l'état psychique de Madame L. _____. Elle ne néglige pas son lieu de vie mais elle peut passer par des périodes où elle fait d[u] rangement et du nettoyage « à fond » et par des périodes où elle laisse aller en prenant du retard ».

Par projet de décision du 3 février 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations au motif qu'elle n'avait pas présenté d'incapacité de travail durable (une année au moins) au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). De plus, elle pouvait reprendre son activité habituelle, si bien qu'aucune mesure professionnelle ne permettrait de réduire son préjudice économique.

A la demande de [...], l'assurée s'est présentée à une expertise médicale psychiatrique réalisée en date du 10 février 2022 au cabinet du Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 12 février 2022. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), de trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) [Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention - THDA], et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis ; syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25). Le Dr V. _____ a indiqué que si le THDA devait être retenu, cette affection n'était pas l'origine d'une incapacité de travail *per se* mais

elle modulait l'épisode dépressif en une dépression agitée. Il précisait que la mère de l'intéressée était décédée le 25 décembre 2021. Le Dr V._____ a nié l'existence d'un trouble bipolaire. Au vu de l'absorption quotidienne de cannabis (entre deux et cinq cigarettes par jour) par l'assurée, ce médecin a retenu en sus le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis ; syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25). Il a toutefois estimé qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiques en lien avec la toxicomanie au cannabis et plus particulièrement de séquelles psychotiques, ni de syndrome d'apathie et de manque de motivation. Sur la base de son exploration, le Dr V._____ a retenu qu'en raison d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), l'assurée avait présenté une capacité résiduelle de travail de 30 %, de 40 % à partir du début du mois de mai 2022, de 50 % à partir du début du mois de juin 2022, de 70 % à partir du début du mois de juillet 2022 et une capacité de travail de 100 % à partir du début du mois d'août 2022.

Par avis médical du 4 avril 2022, la Dre H._____, du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), en se basant sur l'expertise du Dr V._____, peinait à comprendre le diagnostic d'un épisode dépressif sévère, suggérant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

L'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans son rapport du 22 juillet 2022 cet expert, au terme de son examen complet de la vie professionnelle et la gestion de la vie privée et familiale de l'assurée, n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail retenus étaient un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée sans indices de gravité de jurisprudence remplis (F43.21), des traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé (Z73.1), une dépendance au cannabis avec utilisation continue et épisodique pour la cocaïne depuis le début de l'âge adulte (F19.2) et un trouble de l'attention avec hyperactivité (F90)\$, sans

avoir empêché l'assurée de travailler, sans limitations et sans traitement dans le passé alors qu'il est présent depuis l'enfance. En guise de conclusions, le Dr T._____ a exposé que les indices jurisprudentiels de gravité n'étaient pas remplis depuis le mois de février 2020 au présent, dans l'absence des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives objectivables pour les diagnostics précités. Ce médecin a estimé la capacité de travail de l'assurée entière depuis février 2020 dans toute activité, avec une diminution des performances de l'ordre de 20 % lors des prises plus importantes de cocaïne et cannabis, et recommandé « vivement » un sevrage aux substances.

Par projet de décision du 21 septembre 2022 annulant et remplaçant celui du 3 février 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, sur la base d'un statut de 60 % active et 40 % ménagère. Depuis février 2020, une pleine capacité de travail était reconnue dans l'activité antérieure de sage-femme, ainsi que dans toute activité professionnelle adaptée. Il n'existait en outre pas de droit aux mesures professionnelles en l'absence de manque à gagner durable de 20 % au moins.

A l'appui de ses objections 18 octobre 2022 complétées le 17 novembre 2022, l'assurée a demandé à l'OAI l'octroi d'une rente d'invalidité complète ou partielle sur la base des rapports de ses médecins. Elle a précisé que son taux d'activité se situait « autour de 40% en moyenne, sur un 100% » si bien que lorsque son médecin attestait une capacité de travail résiduelle de 30 %, celle-ci devait se comprendre comme « étant un 30% de [s]on 40%, et non pas un 30% sur un 100% ». Pour le reste, soutenant que l'avis de son médecin psychiatre retenant un trouble bipolaire qui se répercutait sur la capacité de travail devait prévaloir sur celui du Dr T._____, elle a remis à l'OAI des rapports des 3 mars et 23 août 2022 ainsi qu'une lettre du 7 novembre 2022 du Dr M._____. Dans cette dernière, le psychiatre traitant reprochait en substance à l'expert psychiatre de ne pas avoir repéré certains diagnostics (troubles de l'humeur, avec fluctuations dépressives, dans le cas d'un trouble bipolaire de type 2) celui-ci concluant à un trouble de l'adaptation,

et d'avoir ignoré les répercussions de l'apparition ou aggravation d'un trouble bipolaire, sur la gestion du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) par l'assurée, et l'impact du changement intervenu dans la vie privée de cette dernière sur sa capacité de gérer son trouble et trouver un fonctionnement conciliant obligations privées et activité professionnelle.

Par avis médical du 9 février 2023, la Dre H._____, du SMR, a fait le point de situation définitif en retenant que l'opinion divergente du Dr V._____ n'apportait aucun élément médical nouveau susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expertise psychiatrique probante de juillet 2022 du Dr T._____.

Après les objections formulées par l'assurée, l'OAI a, par décision du 10 février 2023, confirmé la teneur de son projet de décision du 21 septembre 2022. Dans un courrier d'accompagnement du même jour faisant partie de sa décision, il s'est exprimé sur la contestation de l'intéressée.

B. Par acte du 9 mars 2023, L._____ exerce un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision précitée et à la reconnaissance d'une incapacité de travail de 70 % et à l'octroi de la rente d'invalidité correspondante. A titre de mesure d'instruction, elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale « judiciaire et neutre » posant un diagnostic et se prononçant sur son incapacité de travail en raison de son trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et de son trouble bipolaire. A l'appui de son recours, elle produit des rapports des 23 août 2022 (déjà au dossier) et 5 mars 2023 du Dr M._____, lequel réitère ses critiques envers l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr T._____.

Dans sa réponse du 13 avril 2023, produisant un avis du 12 avril 2023 de la Dre H._____ du SMR, l'office intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, exposant que l'instruction est complète et ne conduit pas à reconnaître une atteinte incapacitante.

Le 17 mai 2023, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions et insistant sur son offre de preuve, la recourante a produit un rapport du 5 mai 2023 du Dr M. _____ se positionnant sur l'avis SMR du 12 avril 2023.

Dans sa duplique du 14 juin 2023, produisant un avis du 7 juin 2023 de la Dre H. _____ du SMR, l'office intimé propose une nouvelle fois le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il relève le caractère probant de l'expertise psychiatrique du Dr T. _____, tenant l'avis du Dr M. _____ comme une appréciation différente de la capacité de travail de la recourante en présence des incohérences et facteurs contextuels déjà relevés lors des précédentes expertises.

Aux termes de déterminations spontanées des 28 juin et 23 août 2023, produisant des rapports des 26 juin et 12 septembre 2023 du Dr M. _____, la recourante en infère toujours présenter une incapacité de travail de 70 %, sans une amélioration attendue dans le contexte d'un état de santé se péjorant. A titre de mesure d'instruction complémentaire, elle sollicite d'obtenir les enregistrements des entretiens avec le Dr T. _____ afin de les comparer avec son rapport d'expertise qui, selon la recourante, ne « correspondront pas du tout ».

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 (art. 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité en faveur de la recourante.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la demande et de la période évaluée, bien que la décision litigieuse date de 2023 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 réadaptations 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 % 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) Le statut de l'assuré (assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel) détermine la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable, entre les trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps complet, art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; méthode spécifique de comparaison des champs d'activité, applicable aux assurés non actifs, art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGA et l'art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; méthode mixte, applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, art. 28a al. 3 LAI). La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 et la référence).

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

e) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

f) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du

dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3, TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

5. a) En l'occurrence, la recourante reproche à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise psychiatrique confiée par l'OAI au Dr T. _____ qui n'est pas un spécialiste en trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et lui opposant l'avis divergent « très complet » de son psychiatre traitant, lequel a attesté d'une incapacité de travail. Elle conteste par ailleurs le statut mixte de 60 % active et 40 % ménagère retenu par l'OAI, exposant qu'en bonne santé et si elle n'avait pas d'enfants, elle exercerait une activité lucrative de sage-femme à 100 % et que son médecin traitant estime que sa capacité de travail est de 30 %, si bien qu'elle présenterait une incapacité de travail de 70 %.

b) aa) Sur le plan somatique, même si cela n'est pas contesté entre les parties, il convient de relever que, dans ses rapports des 14 juillet 2020 et 2 mars 2021, le Dr O._____ fait part de l'absence d'incapacité de travail de ce registre, avec la précision qu'il n'a signé aucun arrêt de travail.

bb) Au plan psychiatrique, il convient de relever que la recourante a été examinée successivement par trois experts, les Drs A._____, V._____ et T._____, tous spécialistes en psychiatrie, même s'ils ne sont pas nécessairement spécialisés en matière de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

Le diagnostic de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) posé par le psychiatre traitant, le Dr M._____, n'a pas été retenu comme étant incapacitant par le Dr A._____, pour qui ce trouble bien compensé ne fait pas obstacle aux activités de l'assurée moins exigeantes en terme de ressources que les études entreprises dans le passé, ni par le Dr V._____ qui retient un trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) mais écarte le caractère incapacitant de cette atteinte à la santé comme le Dr A._____.

S'agissant ensuite du « probable » trouble bipolaire mentionné par le psychiatre traitant, le Dr A._____ estime qu'il n'a jamais été incapacitant, avec la précision qu'un trouble bipolaire apparaît habituellement à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte alors qu'il n'était retrouvé aucun suivi ni traitement psychiatrique antérieur à l'année 2020, où un suivi avait débuté à la suite de la séparation conjugale, ni d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. Dans son rapport du 1^{er} février 2021, le Dr A._____ diagnostique un trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission complète (F43.21). En l'absence de limitation fonctionnelle, il évalue la capacité de travail de l'assurée dans la dernière activité exercée, ou dans une activité adaptée, à 100 % et sans traitement à proposer en l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante. Le Dr V._____ écarte à son

tour le diagnostic d'un trouble bipolaire de même que celui d'un trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée posé par le Dr A._____.

Le 12 février 2022, le Dr V._____ pose les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), de trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) [Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention - THDA], et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis ; syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25) en précisant que son évaluation s'effectuait dans le contexte du décès de la mère de l'assurée intervenu le 25 décembre 2021. Il retient une incapacité de travail de 70 % qu'il relie au trouble dépressif sévère diagnostiqué et indique que, moyennant la prise d'un traitement psychotrope approprié (le méthylphénidate [Concerta®]) et de manière régulière, il peut être attendu une augmentation de la capacité de travail à 40 % en mai 2022, 50 % en juin 2022, et 70 % et à 100 % à partir du mois d'août 2022. Les limitations retenues sont un apragmatisme (degré moyen), une labilité émotionnelle (degré moyen), une diminution de la confiance en soi (modérée), une intolérance à la pression psychique (degré moyen), une dispersion psychique (marquée), un sentiment de colère (degré moyen) ainsi que des troubles de l'attention et de la concentration (prononcés).

On constate que l'évaluation de la capacité de travail résiduelle effectuée par le Dr V._____ n'est, d'une part, pas étayée par des restrictions fonctionnelles durables et, d'autre part, que ce médecin ne tient compte, dans l'examen des ressources disponibles, du succès d'un traitement contre l'addiction aux opiacés, qui est pourtant exigible de la part de la recourante. Au vu du contexte particulier du décès de la mère de l'assurée survenu quelques semaines avant son examen, le Dr V._____ estime la capacité de travail en lien avec un épisode dépressif sévère dont il admet qu'il peut être traité, étant observé que son évaluation est contredite par celles des Drs A._____ et T._____ qui se sont entretenus avec l'assurée à d'autres périodes de sa vie.

Dans son rapport du 22 juillet 2022, le Dr T._____ pose les diagnostics non incapacitants de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée sans indices de gravité de jurisprudence remplis (F43.21), de traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé (Z73.1), de dépendance au cannabis avec utilisation continue et épisodique pour la cocaïne depuis le début de l'âge adulte (F19.2) et de trouble de l'attention avec hyperactivité (F90), sans avoir empêché l'assurée à travailler, sans limitations ni traitement dans le passé alors qu'il est présent depuis l'enfance. En l'absence des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives, il estime la capacité de travail de l'assurée entière depuis le mois de février 2020 dans toute activité, avec une diminution des performances de l'ordre de 20 % lors des prises plus importantes de cocaïne et cannabis, avec la recommandation d'un sevrage. Le Dr T._____ a dûment motivé ses conclusions et, s'en tenant à son rôle, il a distingué les éléments subjectifs, basés sur les plaintes exprimées, et ses propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail résiduelle. Afin de conférer pleine valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique du 22 juillet 2022, il convient encore de s'assurer que le Dr T._____ a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de la recourante à l'aune des indicateurs déterminants selon la jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 et ATF 143 V 418).

Tout d'abord, les diagnostics retenus ont été posés en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10).

Afin de déterminer les ressources, l'expert psychiatre a procédé à l'analyse globale suivante (rapport d'expertise, pp. 45 - 47) :

“I. Degré de gravité fonctionnelle

Selon les examens cliniques et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée qui a succédé à un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte depuis février 2020 au présent dans le contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse et d'une dépendance au cannabis avec utilisation continue et une dépendance à la cocaïne

avec utilisation épisodique et un trouble de l'attention depuis l'enfance.

Au moment de l'expertise et ce depuis février 2020 au présent on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques subjectives et sans impact sur le quotidien chez une assurée qui s'occupe adéquatement de ses enfants dont elle a la garde, conduit la voiture, travaille à temps partiel en tant que sage-femme avec des activités variées possibles et sans limitations lors de l'examen clinique. Dans ce contexte d'absence de limitations fonctionnelles objectivables selon l'anamnèse, l'examen clinique de la journée type, cet indice important est absent d'un point de vue psychiatrique depuis février 2020 au présent.

II. Atteinte à la santé

Cet indice de gravité est absent, dans l'absence de limitations fonctionnelles significatives objectivables.

III. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont remplis pour les troubles susmentionnés depuis février 2020 au présent.

III. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard

Nous objectivons une évolution globalement stationnaire des troubles susmentionnés depuis février 2020 au présent, sans un traitement psychotrope pour des troubles bipolaires ou dépressifs et avec un suivi psychiatrique qui n'est pas exigible, vu l'absence de limitations fonctionnelles.

V. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques susmentionnées sont des troubles qui n'entraînent pas des limitations fonctionnelles significatives et objectivables, selon l'anamnèse, l'examen clinique et la journée type.

VI. Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assurée présente des comportements durables et stables disharmonieux mais pas nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permet de retenir la présence de traits de la personnalité, mais pas d'un trouble de la personnalité.

Selon les critères diagnostiques de la CIM-10, nous retenons des traits **de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse**. Soulignons que ce trouble présent depuis le début de l'âge adulte n'a pas empêché l'assurée à gérer son quotidien sans limitations dans le passé et un emploi sans limitations et il n'est pas décompensé actuellement, sans psychotropes.

VII. Contexte social

Au moment de l'expertise l'assurée présente un isolement social partiel mais pas total.

VIII. Cohérence

Nous avons objectivé une **cohérence moyenne** entre plusieurs plaintes subjectives et le constat objectif, mais **sans exagération volontaire des plaintes**.

IX. Limitation uniforme d'activité dans tous les domaines comparables de la vie

Au moment de l'expertise l'assuré garde des capacités et ressources personnelles suffisantes avec des activités variées de responsabilité par rapport aux enfants et à ses patientes dans le quotidien et sans limitations uniformes d'un point de vue psychiatrique. Nous ne retrouvons pas des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives selon l'anamnèse, la journée type et l'examen clinique et cet élément est absent.

X. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation

L'assurée présente une motivation nulle pour une réadaptation professionnelle dans un contexte de déconditionnement et une motivation nulle pour un traitement antidépresseur ou thymorégulateur selon l'anamnèse.

En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité ne sont pas remplis depuis février 2020 au présent, dans l'absence des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives objectivables pour les diagnostics susmentionnés."

Il y a lieu de souligner que le Dr T._____, en l'absence de limitations fonctionnelles significatives objectivables, prend en considération la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse de la recourante et admet que ces traits de personnalité, présents depuis le début de l'âge adulte ne l'ont pas empêchée à gérer son quotidien sans limitation dans le passé et un emploi sans limitation. De plus, cette atteinte n'est pas décompensée au jour de l'examen. L'expert souligne ainsi que des limitations fonctionnelles psychiatriques subjectives sont sans impact sur les capacités fonctionnelles, la recourante s'occupant de manière adéquate de ses enfants dont elle a la garde, conduisant la voiture et travaillant à temps partiel comme sage-femme avec des activités variées possibles. Il relève également l'absence de traitement psychotrope pour des troubles bipolaires ou dépressifs avec un suivi psychiatrique qui n'est pas exigible en l'absence de limitations fonctionnelles. Il constate des ressources personnelles de l'assurée conservées et note une capacité relationnelle préservée dans le contexte d'un isolement social partiel. Le Dr T._____ pose finalement une appréciation pondérée et convaincante de la situation et de la capacité de

travail résiduelle de la recourante, conforme aux exigences de la jurisprudence en la matière.

Il s'en suit que les diagnostics des trois experts psychiatres A._____,V._____, et T._____ sont comparables, à tout le moins leur répercussion à moyen et long termes sur la capacité de travail de l'assurée autrement dit les limitations fonctionnelles durables et objectivables. Il convient de relever que si l'évaluation de la capacité de travail a quelque peu différé entre les évaluations des experts, même le psychiatre traitant a reconnu qu'une pleine capacité de travail devait être recouvrée d'ici six à douze mois, et que le trouble bipolaire de type II, soit disant omis, n'a jamais été posé de manière certaine par le Dr M. _____ (cf. rapport initial du 13 octobre 2020 adressé à [...] et rapport du 22 avril 2021 adressé à l'OAI par le Dr M. _____). Quoi qu'il en soit, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). *In casu*, l'évocation du diagnostic suspecté de trouble bipolaire de type II n'implique pas au vu des documents médicaux produits des limitations fonctionnelles et donc une incidence sur la capacité de travail. Le « probable » trouble bipolaire est exclu sur la base d'une motivation convaincante par les experts A._____ et V._____, à tout le moins une éventuelle répercussion sur la capacité de travail, lesquels ont examiné la situation à la lumière de l'ensemble des documents médicaux, y compris sur la base des diagnostics divergents posés par le psychiatre traitant consulté avant eux, et se sont prononcés sur les répercussions des atteintes sur la capacité de travail en toute connaissance de cause. En outre, contrairement à ce qu'allègue la recourante, sa situation ne saurait être considérée comme définitivement figée sur le plan médical. En présence d'une assurée présentant depuis le mois de février 2020 un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte, évoluant dans le contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile et d'une dépendance au cannabis avec utilisation continue et

épisode pour la cocaïne depuis le début de l'âge adulte, le Dr T. _____ a recommandé « vivement » un sevrage aux substances. Il apparaît donc raisonnablement exigible de la recourante qu'elle entreprenne un traitement médical dans le but de réduire la durée et l'étendue de son incapacité de travail (en l'occurrence, une baisse du rendement de 20 % sur une capacité de travail de 100 % évoquée par le Dr T. _____ lors des prises plus importantes de cocaïne et cannabis) au titre de son obligation de diminuer le dommage envers l'assurance (art. 7 al. 1 LAI). Son grief est vain et il doit par conséquent être rejeté.

A la lecture de l'ensemble du dossier médical, en particulier le rapport d'expertise psychiatrique du 22 juillet 2022 du Dr T. _____, il convient de retenir chez la recourante uniquement des diagnostics non incapacitants, c'est-à-dire un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée sans indices de gravité de jurisprudence remplis (F43.21) et un trouble de l'attention avec hyperactivité (F90). En conséquence, il n'existe pas de limitations fonctionnelles psychiatriques durables significatives, sous la réserve du diagnostic de dépendance au cannabis avec utilisation continue et épisodique pour la cocaïne depuis le début de l'âge adulte (F19.2) motivant, selon le Dr T. _____, une diminution du rendement de 20 % de la capacité de travail lors des prises plus importantes de cocaïne et de cannabis. Un traitement aux opiacés est exigible, à dire d'expert, si bien que les atteintes à la santé psychique répertoriées n'altèrent pas la capacité de travail de la recourante qui doit être tenue pour entière depuis le mois de février 2020 dans toute activité adaptée dont celle habituelle de sage-femme. Le Dr V. _____ a certes admis une diminution partielle de la capacité de travail, mais moyennant la prise régulière d'un traitement psychotrope approprié, il pronostique une pleine capacité de travail à six mois du début du traitement excluant une incapacité de travail durable sur le registre psychiatrique.

c) Sur le vu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique n'est pas nécessaire, faute de divergence inexplicable entre les rapports des différents médecins spécialistes qui ont vu l'expertisée et rendu des rapports probants et complets (sur la notion

de valeur probante d'une expertise médicale, cf. consid. 4f supra). Une nouvelle expertise ne permettrait pas d'aboutir à un tableau clinique et des limitations fonctionnelles fondamentalement différentes, étant rappelé en outre que l'assurée n'a pas un droit formel à obtenir une expertise externe à l'assurance dans le cadre d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références).

La recourante sollicite également la remise des enregistrements des entretiens avec le Dr T._____. A l'appui de sa réquisition de preuve, elle se limite à affirmer que le rapport d'expertise psychiatrique du 22 juillet 2022 du Dr T._____ ne correspond pas à ses propos. Or, d'une part le rôle de l'expert n'est pas de rapporter la parole de l'expertisé mais il s'agit uniquement d'une source de son évaluation (anamnèse), d'autre part, les conclusions du Dr T._____ coïncident en substance avec celles des autres experts et même du psychiatre traitant (cf. consid. 5b/bb supra), en sorte qu'on ne voit pas de quel vice pourrait être affecté le rapport de l'expert T._____ et qui pourrait être constaté grâce à l'écoute de ces enregistrements. Si l'on veut bien croire la recourante qu'elle a effectivement soutenu à l'expert T._____ qu'elle ne pouvait pas travailler à plus de 30 %, l'expert n'étant pas lié par l'avis de l'assurée, l'administration de la preuve offerte n'est pas susceptible de modifier le sort de la cause. Vu ce qui précède, la réquisition de preuve est rejetée.

Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause sur l'état de santé et son incidence éventuelle sur la capacité de travail de la recourante. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par la recourante doivent dès lors être rejetées par appréciation (anticipée) des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1, 140 I 285 consid. 6.3.1 et 130 II 425 consid. 2.1).

d) Pour le reste, contrairement à ce que soutient la recourante, la baisse de son taux d'activité lucrative de 100 % à 40 % en moyenne depuis 2014 en raison des soins prodigués à ses deux enfants en bas-âge, est un facteur extérieur et qui n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité. Quoiqu'il en soit, les critiques formulées sur le statut mixte de 60 % active et 40 % ménagère retenu par l'OAI sur la base des déclarations de l'assurée du 8 décembre 2020 (formulaire 531bis) sont sans pertinence sur le sort de la cause. En effet, l'expert psychiatre T._____ - au terme d'un long rapport analysant les aspects privés, familiaux et professionnels du vécu de l'assurée - n'a pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'expertisée, ni de limitation fonctionnelle et donc d'empêchement dans les activités quotidiennes. Enfin, même en considérant comme la recourante qu'elle exercerait son activité de sage-femme à plein temps étant en parfaite santé, elle dispose toutefois d'une capacité de travail de 100 % reconnue unanimement par le corps médical, avec la précision que la diminution de rendement de 20 % évoquée par le Dr T._____ est évitable et exigible d'elle en soignant l'addiction aux opiacés. Là encore, son grief est vain.

6. Compte tenu de l'absence d'atteinte incapacitante à la santé, le Dr T._____ évoquant simplement une baisse du rendement de 20 % en lien avec les prises plus importantes de cocaïne et cannabis, évitable en soignant l'addiction, la capacité de travail entière depuis le mois de février 2020 retenue dans l'activité usuelle de sage-femme ainsi que dans toute activité adaptée peut être confirmée. En l'absence d'incapacité de travail, à tout le moins durable, au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, c'est donc à juste titre que l'intimé a refusé toute prestation en faveur de la recourante.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des

frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 10 février 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- L. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :