

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 avril 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante, représentée par Me Michel Dupuis, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1987, ayant suivi une formation de gestionnaire en patrimoine, a œuvré comme gestionnaire en assurance du 1^{er} mai 2010 au 31 décembre 2012, puis a entrepris une activité de comptable au sein d'une société dont elle a repris la gestion dès le 1^{er} août 2013 sous la raison sociale L._____ Sàrl ; dite société rencontrera ultérieurement des difficultés financières qui aboutiront à sa mise en faillite le 11 janvier 2022.

En date du 20 mai 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité motivée par un trouble de l'alimentation entraînant une dépression, une perte d'intérêt pour des activités dites standards et beaucoup de difficultés à accomplir les tâches du quotidien. Elle a par la suite précisé que, bien portante, elle aurait travaillé à 80 % depuis le 11 mai 2011 comme gestionnaire en entreprise/assurance (cf. questionnaire du 17 septembre 2017).

A l'occasion d'un entretien le 11 octobre 2017 avec la Fondation « [...] » dans le contexte d'une mesure d'intervention précoce mise en œuvre par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assurée a exposé que depuis le mois de juillet 2017, elle travaillait en tant qu'employée de bureau polyvalente au Garage R._____ à [...] et en tant qu'enseignante en activités créatrices sur textile (ACT) et activités créatrices manuelles (ACM) au Collège C._____ à [...], le cumul de ces deux emplois équivalant à un taux d'activité d'environ 60 % réparti sur quatre jours. Compte tenu de cette prise d'activité, la mesure proposée a dès lors été interrompue (rapport de la Fondation « [...] » du 12 octobre 2017).

Par rapport du 26 février 2018, la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assurée depuis 2007, a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (F33.9) depuis l'enfance, de personnalité dépendante (F60.7) depuis l'adolescence et de trouble non spécifié du

comportement alimentaire avec hyperphagie boulimique et obésité morbide depuis l'enfance. La Dre J._____ a exposé en substance que la patiente avait grandi avec un sentiment d'abandon et, après deux ruptures sentimentales, vivait désormais une relation avec un compagnon au parcours professionnel assez instable, ce qui participait à un sentiment d'insécurité très important ; l'intéressée était pour le surplus très sociable et serviable et avait une passion pour les voitures. Sur le plan professionnel, la Dre J._____ a indiqué que l'assurée - qui avait connu une période d'arrêt de travail au début de l'année 2017 en raison d'une double hernie discale - avait décroché au 29 janvier 2018 un poste d'enseignante d'arts créatifs sur textile à 10 % dans un collège à [...], où elle pourrait également effectuer des remplacements à concurrence d'un 10 % environ ; l'intéressée poursuivait en outre une activité de comptable à 20 % dans un garage depuis le 1^{er} juillet 2017. Si l'assurée appréciait ses activités, elle se sentait toutefois épuisée en fin de semaine, comme si elle avait travaillé à 100 %. Sous l'angle médical, la Dre J._____ a expliqué que l'humeur de la patiente traversait des « *montagnes russes* » qui s'avéraient épuisantes et grignotaient petit à petit son énergie, ses ressources personnelles et son espoir. Elle a décrit des épisodes dépressifs rapprochés et d'intensité importante jusqu'en 2014 environ, ajoutant qu'il n'y avait pas eu d'épisode dépressif intense et de longue durée depuis lors mais plutôt un état anxio-dépressif modéré chronique, entrecoupé de pics dépressifs et régressifs importants en lien avec des problèmes professionnels et familiaux. Parallèlement, il s'agissait pour la patiente de gérer son problème de poids qui évoluait de manière aléatoire en fonction des symptômes psychiques, étant précisé que le poids s'était stabilisé au cours des dernières années dans le cadre d'une gestion parfois inquiétante du trouble du comportement alimentaire (périodes d'anorexie notamment). Considérant que l'assurée présentait une fragilité telle qu'elle ne pouvait assumer une activité à 100 % durant très longtemps sous peine d'atteindre un niveau de stress insupportable, la Dre J._____ a estimé la capacité résiduelle de travail à 50 %, relevant notamment ce qui suit :

"Pronostic

La récurrence d'épisodes dépressifs et régressifs courts, mais intenses, entraînant un retrait sous la couette, ainsi que le contexte socio-professionnel encore très défavorable dans lequel évoluent Mme S. _____ et son compagnon pourraient avoir tôt ou tard raison de ses ressources psychiques et physiques, raison pour laquelle j'estime qu'il devient urgent qu'elle puisse bénéficier d'une sorte de « sas de convalescence » qu'elle-même ne parvient pas à s'octroyer, compte tenu de son fonctionnement psychique (de peur de se retrouver « sans rien ni personne », elle s'agite, s'occupe des autres, souvent jusqu'à épuisement). Une rente AI partielle (50%) pourrait être très bénéfique dans ce sens. Une telle mesure calmerait les angoisses de ruine en offrant un socle de sécurité à cette patiente toujours inquiète à l'idée de manquer de quoi que ce soit ou d'avoir à demander de l'aide et lui permettrait de se ménager et de mieux respecter ses limites. Ce faisant, elle pourrait progressivement se reconstruire une santé psychique, physique et professionnelle qui lui permettrait, un jour, de recouvrer une meilleure capacité de travail."

La Dre J. _____ a par ailleurs fait état des périodes d'incapacité de travail suivantes dans l'activité de gestionnaire en entreprise : 100 % du 23 avril au 10 mai 2009, du 5 novembre au 31 décembre 2009, du 25 février au 31 mars 2010 puis du 1^{er} au 9 mai 2010, 50 % 19 juin au 12 août 2015, 100 % du 1^{er} octobre 2016 au 30 juin 2017 et 80 % du 1^{er} au 31 juillet 2017.

Par avis médical du 10 janvier 2019, le Dr H. _____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a souligné la fragilité psychique de l'assurée et retenu qu'une entière capacité de travail semblait difficilement envisageable à l'heure actuelle. Il a toutefois relevé que l'intéressée présentait des ressources lui ayant permis de se confronter aux difficultés rencontrées jusqu'ici et de retrouver deux activités professionnelles par ses propres moyens, pour un taux de 60 % au total. Dans ces conditions, il convenait d'interpeller l'assurée afin d'obtenir des précisions quant à ses activités et de solliciter la Dre J. _____ afin de connaître l'évolution.

Par compte-rendu du 11 février 2019, la Dre J. _____ a indiqué que la patiente continuait à présenter un état anxio-dépressif chronique dont l'intensité pouvait être légère à moyenne, selon le stress contextuel. Elle a précisé que le dernier épisode dépressif - d'environ un mois - remontait à l'automne 2018, en lien avec des difficultés financières. La Dre J. _____ a ajouté que l'assurée avait continué à effectuer des

remplacements en milieu scolaire durant l'année 2018 et à œuvrer comme comptable à 20 % dans un garage, étant précisé que l'engagement n'avait jamais dépassé les 50 % et continuait à être ressenti comme un temps plein. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, la Dre J._____ l'a évaluée à 50 % depuis le 1^{er} août 2017 compte tenu de la fragilité de l'intéressée et du surpoids, qui contribuait à fragiliser la résistance physique de la patiente et à la rendre particulièrement fatigable.

Interpellée par l'OAI le 14 février 2019, l'assurée, par retour de courrier non daté indexé le 29 mars 2019, a indiqué qu'elle travaillait depuis le mois de juillet 2017 comme gestionnaire en entreprise à 20 % tout en effectuant divers remplacements scolaires entre 20 et 30 %.

Sur avis du Dr H._____ du 24 mai 2019, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a examiné l'assurée en date du 8 novembre 2019. Dans son rapport du même jour, l'expert M._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de personnalité émotionnellement labile de type borderline depuis le début de l'âge adulte (F60.31) et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission complète (F33.4) ; en guise d'atteinte sans impact sur la capacité de travail, l'expert a mentionné une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques existant au moins depuis l'adolescence mais actuellement stabilisées (F50.4). Dans ce contexte, l'expert M._____ a notamment exposé ce qui suit :

"Les éléments du dossier à notre disposition, ainsi que les éléments cliniques issus de l'entretien nous permettent de confirmer le diagnostic de **trouble dépressif récurrent** posé par la psychiatre de l'assurée. Par contre, l'autre diagnostic évoqué par la psychiatre de l'assurée, notamment celui de **personnalité dépendante** n'a pas pu être retenu [...] **et à sa place, comme diagnostic principal ayant une atteinte au moins partielle sur la capacité de travail, on a choisi de retenir celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, ce qui nous permet d'expliquer le parcours chaotique au niveau professionnel de l'assurée, malgré la présence d'importantes ressources cognitives chez elle.** Ce diagnostic nous permet entre autres aussi de donner un sens

différent à la dépendance affective manifestement présente chez l'assurée, ainsi que d'expliquer l'incapacité à gérer les émotions et sa tendance à utiliser l'abus de nourriture de façon cyclique, comme une sorte de remplissage du vide typique du trouble borderline, sans que l'on puisse parler d'un trouble alimentaire au sens strict.

Malgré le constat que probablement l'excès de nourriture chez l'assurée pourrait être considéré comme un des symptômes du trouble borderline de la personnalité, à inclure notamment entre les comportements à risque, j'ai décidé de retenir le diagnostic de **F50.4 hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques**, car l'excès de nourriture dans ce cas de figure, est utilisé pour traiter les symptômes liés au stress, à l'angoisse et à chaque rechute dépressive. Le choix d'inclure le diagnostic d'hyperphagie dans le chapitre des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, repose sur le fait que le poids actuel de l'assurée semble s'être stabilisé, par contre, la fragilité et la possibilité de rechute persistent et ne doivent pas être négligées lors de la présente expertise. En effet à mon avis Madame S._____ a comme une sorte « d'addiction à la nourriture », qu'elle assume d'une façon compulsive, enclenchant un mécanisme inconscient d'autodestruction, chaque fois que les sentiments de vide deviennent ingérables, ou chaque fois qu'elle est débordée par ses émotions. [...]

Le diagnostic de personnalité dépendante n'a pas été retenu dans la présente expertise pour plusieurs raisons : d'abord parce que la caractéristique essentielle de la personnalité dépendante est un besoin envahissant et excessif d'être pris en charge, qui conduit à un comportement soumis et collant et à une peur de la séparation. Les personnalités dépendantes ont toujours besoin d'être rassurées, ne sont pas capables de faire des choix de manière autonome, sont convaincues de ne pas pouvoir fonctionner d'une manière indépendante et manquent complètement d'autonomie. **Bien évidemment, l'analyse du parcours professionnel et relationnel de l'assurée n'est pas du tout compatible avec ce type de personnalité.** En effet, Madame S._____ a toujours décidé de manière autonome et a su profiter des occasions que la vie lui offrait, parfois de manière maladroite, mais montrant une capacité de prise de décision autonome et indépendante. Même les relations affectives sont vécues d'une manière extrême, avec la tendance à l'idéalisation et la dévalorisation de la même personne, typique plutôt des troubles borderline, et s'il y a chez l'assurée une dépendance affective, on doit l'interpréter comme peur de l'abandon et du rejet et pas du tout comme la soumission typique des personnalités dépendantes.

Concernant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, nous parlons ici de rémission, car le tableau clinique que nous avons observé n'est plus compatible avec un épisode dépressif majeur.

Actuellement, chez Madame S._____, il existe une labilité émotionnelle, l'humeur n'est pas constamment et franchement déprimée, il est constaté l'absence d'une tristesse permanente, l'absence d'une perte de l'élan vital, l'absence d'abattement, ainsi qu'une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix qui

restent conservé[e]s. Il n'y a pas d'anhédonie [...], à proprement parler, car comme nous l'explique l'assurée, les promenades, l'écoute de la musique, la vie sexuelle et les soins aux animaux, sont pour elle qualifiées comme des activités agréables. On note, par contre la présence d'une réduction de l'énergie et d'une diminution de la confiance en soi, mais il n'y a pas de sentiment de culpabilité, il n'y a non plus pas de trouble de la compréhension ni de l'attention, pas de ralentissement idéomoteur objectivé, le sommeil est conservé. Il n'y a pas de retrait social mais une certaine irritabilité est présente. Au cours de l'entretien de l'expertise, nous n'avons pas objectivé de trouble de la concentration, l'assurée répondant à nos questions sans hésitation, et sans temps de latence anormalement accrue. De plus, nous n'avons pas objectivé de trouble de la mémoire particulier ni de confusion par rapport aux dates. Tout ce qui précède signifie que l'intensité de certains éléments déterminants d'un épisode dépressif, susceptibles d'agir sur l'aptitude au travail est telle que cette dernière est totalement présente, car il n'y a pas beaucoup de limitation fonctionnelle psychique en lien avec la dépression, puisque l'épisode dépressif est complètement estompé. **A notre avis, ce n'est pas une dépression résiduelle qui entrave partiellement la capacité de travail de Madame S._____, mais plutôt les conséquences d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline, même si actuellement compensé[e].**

En résumé, il s'agit d'une assurée qui a certainement souffert d'un épisode dépressif majeur, affection qui n'est actuellement pas à l'origine d'une diminution de la capacité de travail, car complètement am[e]ndée, ainsi que d'un **trouble de la personnalité borderline**, ce dernier ayant par contre, une certaine influence sur la capacité de travail et sur la capacité de gain. [...]

[...]

La CIM-10, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, définit un **trouble spécifique de la personnalité** comme suit :

A. Arguments déterminants selon lesquels les modes caractéristiques et habituels de perception interne et de conduites de l'individu dévient notablement, dans leur ensemble, des attitudes culturellement attendues et acceptées. Une telle déviation doit être manifeste dans plusieurs domaines (cognition, affectivité, contrôle des impulsions ou satisfaction des besoins, interaction avec les autres).

B. La déviation doit être profondément enracinée et se manifester par une conduite rigide ou inadaptée ou dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées.

C. Il existe une souffrance personnelle ou un impact nuisible sur l'environnement social ou les deux à la fois.

D. Il doit exister des indices selon lesquels la déviation est stable et durable ayant débuté dans l'adolescence ou jeune adulte.

E. La déviation ne peut se réduire à une manifestation ou à une conséquence d'autres troubles mentaux.

Dans la DSM-IV, la **personnalité borderline** se définit par un mode d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, avec une impulsivité marquée, qui apparaît dès le début de l'âge adulte et qui est présente dans différents contextes comme en témoigne au moins 5 des manifestations suivantes :

- 1) Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires (*)
- 2) Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrême d'idéalisation ou excessives et de dévalorisation (*)
- 3) Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi (*)
- 4) Impulsivité dans au moins 2 domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crise de boulimie) (*)
- 5) Répétition de comportements, de gestes, de menaces suicidaires ou d'automutilation
- 6) Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p.ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) (*)
- 7) Sentiment chronique de vide (*)
- 8) Colère intense et inappropriée ou difficultés à contrôler sa colère (p.ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres à répétition)
- 9) Survenue transitoire, dans des situations de stress, d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères.

N.B : le symbole (*) à côté des symptômes ci-dessus signifie que ces derniers sont présents chez l'assurée.

L'absence chez l'assurée d'idéations suicidaires et de comportement sexuel à risque ou d'automutilation et d'abus de produits toxiques rend le pronostic de son trouble de la personnalité meilleur que la moyenne des patients borderline. Le seul comportement à risque, à visé autodestructif chez Madame S._____, pourrait être considéré son rapport pathologique avec la nourriture, qui est parfois traité comme une sorte « d'addiction ». [...]

Ceci dit, il apparaît évident que le diagnostic principal chez l'assurée est celui de trouble de la personnalité borderline qui, même si compensé comme au moment actuel, est toujours présent sous forme de fragilité. En effet, si l'assurée est soumise au stress ou à la pression de toutes sortes, son trouble de la personnalité peut décompenser sous forme d'épisode dépressif de type réactionnel ou anaclitique, ou sous forme de crises

d'hyperphagie ou de crises d'angoisse. **C'est donc cette fragilité de la personnalité de base de l'assurée qui doit être prise en considération dans l'évaluation de la capacité de travail définitive.** A ce sujet, je me sens d'être légèrement plus optimiste que la psychiatre-traitante de l'assurée, qui atteste sa capacité de travail définitive à 50% maximum, en raison des limitations fonctionnelles dues justement à son trouble de la personnalité. **A mon avis, les débordements émotionnels et la sensibilité au stress et à la pression, caractéristiques du trouble borderline dont souffre l'assurée depuis le début de l'âge adulte, sont compensés chez elle, en grande partie, par des excellentes ressources cognitives. Par conséquent, dans la pondération finale, sa capacité de travail définitive s'atteste au 70%, sans limitation du rendement à ce taux, ce qui lui permet dans les 30% restants de pouvoir aisément s'occuper de la partie ménagère, sans s'épuiser davantage.**

L'expert M. _____ a par ailleurs procédé à l'analyse de l'évolution personnelle, professionnelle et médicale de l'assurée, relevant chez cette dernière une bonne capacité introspective et de résilience, soulignant l'apport bénéfique du suivi dispensé par la Dre J. _____ - dont il a préconisé la poursuite - et retenant que l'intéressée avait ainsi réussi à se construire malgré des vécus traumatiques (sur les plans familial et sentimental). Pour l'expert M. _____, l'assurée était autonome, gérant son ménage, deux activités à temps partiel, ses déplacements en voiture et son chien ; ces éléments démontraient la présence d'excellentes ressources sur le plan de la personnalité et illustraient de surcroît une amélioration du tableau clinique dépressif, présent de manière constante et cyclique durant les dernières années mais désormais en rémission depuis le dernier épisode dépressif de l'automne 2018. L'expert a toutefois retenu des limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés, notamment une difficulté à gérer les émotions et à les canaliser et un surinvestissement dans la relation de couple et dans l'activité du compagnon. Ces facteurs provoquaient une fatigabilité physique et mentale, ainsi que de l'anxiété impactant le rendement. Au surplus, l'expert M. _____ a relevé que le comportement de l'assurée durant l'entretien avait été congruent avec les différents rapports médicaux établis à son sujet et que l'intéressée présentait un discours crédible. Il a ajouté, concernant les répercussions de l'atteinte à la santé dans tous les domaines de la vie, que l'intéressée ne présentait aucune limitation dans l'entretien de sa personne, de son entourage et de son lieu

de vie (y compris le ménage et le soin aux animaux). Procédant en outre à l'évaluation des ressources de l'assurée à l'aune de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), l'expert M. _____ en a déduit que l'intéressée présentait des atteintes modérées principalement au niveau des capacités de flexibilité et de changement ; les capacités d'adaptation, d'endurance, d'affirmation comme la capacité à nouer des relations familiales et intimes étaient également légèrement entamées. A l'issue de son analyse, l'expert M. _____ a retenu ce qui suit :

8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

[...]

Nous pensons que l'assurée peut se montrer capable de reprendre une activité professionnelle **à 70%, soit entre 28 et 30 h par semaine** (il est concevable également qu'elle parvienne à augmenter son taux de travail à l'école, selon les horaires d'enseignement, 40% équivaut à environ 12 heures de travail/semaine). Même si elle dit être épuisée psychologiquement et physiquement, nous pensons que **cet épuisement est lié principalement à la problématique non réglée du conflit judiciaire (entreprise), ainsi qu'au déconditionnement de Madame S. _____, qui travaille actuellement à 50%.**

8.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Il ne semble pas pertinent que Madame S. _____ débute une activité qu'elle ne connaît pas et pour laquelle elle n'est pas formée. La diversité des activités que peut assumer une employée administrative et enseignante de travaux manuels et couture permet de penser que l'assurée pourrait trouver un lieu de travail adéquat et plaisant. Nous rappelons qu'elle apprécie ces diverses activités. **C'est pourquoi nous pensons que l'assurée peut augmenter son taux de travail jusqu'à 70%, dans une activité de gestionnaire en assurance ou en entreprise et/ou dans l'enseignement de la couture,** activités pour lesquelles elle a toutes les capacités, quitte à ne pas travailler dans une grande entreprise mais dans une petite entreprise, tel que c'est le cas chez le garagiste et à l'école, où la hiérarchie est davantage horizontale que verticale et ainsi le stress engendré par les tâches est moindre.

La capacité de travail résiduelle de l'assurée est attestée à **70% sans diminution du rendement. Le 30% restant est préservé afin qu'elle puisse accomplir ses tâches ménagères.** L'assurée pourrait donc travailler entre 28 et 30 heures par semaine à 70%.

8.3 Mesures médicales et thérapies avant un impact sur la capacité de travail

Des mesures médicales sont nécessaires, afin d'augmenter les chances pour que le projet professionnel actuel aboutisse. [...] Si le travail thérapeutique est fructueux, alors Madame S._____ pourra travailler à un taux supérieur à celui du 50% actuel, jusqu'au maximum au 70%, dans la mesure où elle demeure compensée.

[...]

8.4 Questions se rapportant au cas précis

La présence d'une IT durable engendrée par une atteinte à la santé ; à quel taux et depuis quand ?

[...] L'IT est estimée à 100% du 01.10.2016 au 30.06.2017, du 01.07.2017 au 31.04.2018 à 80% et dès le 01.08.2017 à 50%. En effet, la Dresse J._____ atteste d'une IT durable à 50% (RM daté du 11.02.2019) dans son AH ou dans une AA.

Selon nous, l'assurée présente une CT à 70% dès ce jour.

La CT résiduelle dans une activité habituelle et dans une activité adaptée ; à quel taux et depuis quand ?

Dans une activité correspondante aux aptitudes de l'assurée, la capacité de travail est actuellement à 70% dès ce jour dans son AH (enseignante en travaux manuels/couture et gestionnaire en assurance ou en entreprise) ainsi que dans une AA. Les 70% [recte : 30%] restant sont dédiés à l'exécution des tâches ménagères.

En effet, nous pensons que l'assurée a des capacités cognitives résiduelles suffisantes pour entamer une activité compatible avec son niveau de compétence et son expérience dans une petite équipe, sans trop de pression, et à notre avis, elle est en mesure de travailler à 70% maximum, sans diminution du rendement à ce taux.

Les limitations fonctionnelles à retenir

Actuellement, nous pouvons retenir les LF suivantes : une hypersensibilité au stress et à la pression, des difficultés dans la gestion des émotions, et apparition périodique de phases de décompensations de son trouble de la personnalité.

Par contre, en présence d'un cadre clair, avec des tâches à accomplir simples, l'assurée peut tranquillement travailler dans son domaine habituel comme gestionnaire en assurance ou en entreprise, et comme enseignante des travaux manuels, et les limitations fonctionnelles peuvent être aménagées justement par la présence d'un cadre qui s'adapte à son rythme.

9. Empêchements ménagers/ travaux habituels

[...]

Madame S._____ parvient à faire toutes les tâches ménagères de manière autonome, elle organise l'exécution de ces tâches et parvient à les gérer au quotidien.

[...]

On peut exiger de l'assurée une activité à **70%, entre 28 et 30h par semaine** dans son activité habituelle. Et quant aux travaux ménagers, elle est capable d'accomplir toutes les tâches pour un taux de 30%, étant limitée en ce qui concerne l'endurance et la fatigabilité."

Par rapport SMR du 17 décembre 2019, le Dr H. _____ s'est rallié aux conclusions de l'expert M. _____.

Interpellée par l'OAI le 18 décembre 2019 et à la suite d'un entretien téléphonique avec cet office le 13 février 2020, l'assurée, par courrier non daté indexé le 27 février 2020, a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 %. Elle a ajouté qu'elle n'était plus capable de gérer les remboursements à son assurance-maladie et qu'elle naviguait par ailleurs entre le domicile de ses parents, où l'entretien était réalisé par une femme de ménage et par son père, et le domicile de son compagnon, lequel se chargeait des tâches ménagères et de la lessive. Cela étant, l'OAI lui a reconnu un statut d'active à 100 % (cf. rapport final du 14 avril 2020).

En date du 10 juin 2020, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2017 au 31 janvier 2020. Dans sa motivation, l'office a relevé que l'intéressée avait présenté une incapacité de travail sans interruption depuis le 1^{er} octobre 2016 et que, à l'échéance du délai de carence d'une année, elle présentait une capacité de travail de 50 % ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2017, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations. L'OAI a retenu que l'état de santé de l'assurée s'était ensuite progressivement amélioré et que cette dernière était en mesure d'exercer une activité professionnelle à 70 % dès le 1^{er} novembre 2019, de sorte que le droit à la rente devait être supprimé trois mois après cette amélioration compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40 %.

Par courrier du 17 juillet 2020, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Elle a pour l'essentiel relevé

qu'elle n'avait pas pu reprendre le travail à plus de 50 % depuis le 1^{er} novembre 2019.

Par rapport du 19 août 2020, la Dre L._____, médecin généraliste traitante, a relevé que sa patiente ne pouvait pas travailler à plus de 50 % pour des raisons psychiques (renvoyant à cet à égard à l'avis de la Dre J._____), mais également en raison de manifestations physiques lorsqu'elle travaillait davantage ou était stressée. Dans de telles situations, l'intéressée développait en effet un eczéma par moment invalidant aux pieds, aux mains et parfois dans le cou. Une période de stress au travail en 2018 s'était par ailleurs accompagnée de diarrhées avec d'importants vomissements. L'assurée avait en outre présenté en 2017 d'importants maux de dos sur une hernie compressive S1 droite, parfaitement sous contrôle grâce à la physiothérapie et aux exercices régulièrement effectués.

En date du 27 août 2020, la société G._____ SA a été inscrite au Registre du commerce, l'assurée en étant l'administratrice présidente avec signature collective à deux.

Par rapport du 4 septembre 2020, la Dre J._____ a réfuté le diagnostic de trouble de la personnalité borderline retenu par l'expert M._____, niant la réalisation des critères du DSM retenus par l'expert et considérant que les éléments évoqués par celui-ci étaient essentiellement révélateurs d'une personnalité dépendante. En particulier, la Dre J._____ a estimé que le comportement de sa patiente du point de vue alimentaire ne correspondait pas à une « *impulsivité [...] potentiellement dommageables pour le sujet [...]* » mais à un besoin de trouver un apaisement intérieur et que, du reste, l'intéressée ne présentait pas d'autre critère justifiant une impulsivité pathologique. La Dre J._____ a par ailleurs exposé que l'absence de rechute dépressive au cours des deux dernières années était à mettre sur le compte de plusieurs facteurs, en particulier la stabilisation du contexte de vie mais également le taux d'activité limité à 50 % depuis le mois de juillet 2017, ce taux contribuant très clairement à une amélioration de la santé psychique en lien avec une

diminution du stress ; du reste, une situation de crise pourrait tout à fait se solder par un nouvel état dépressif par exemple en lien avec un pourcentage de travail trop élevé. En définitive, la Dre J._____ a retenu que l'assurée présentait une problématique mixte et invalidante, à savoir : un trouble de la personnalité dépendante, amenant une difficulté à respecter ses propres besoins avant ceux des autres et augmentant le risque permanent de burn-out en cas de pourcentage de travail trop élevé ; un trouble dépressif récurrent ayant beaucoup rongé les ressources adaptatives et la résistance physique et psychique ; un trouble de l'humeur résiduel que l'on pouvait qualifier de dysthymie sous forme d'état de stress chronique avec symptômes anxieux et dépressifs et symptômes psychosomatiques divers (eczéma, trouble du transit), diminuant les ressources de façon chronique et nécessitant une adaptation du contexte notamment professionnel, le taux de travail actuel de 50 % permettant un meilleur contrôle et une diminution des symptômes ; un trouble des conduites alimentaires avec obésité persistante (indice de masse corporelle 38), diminuant la résistance physique, augmentant la fatigabilité au quotidien et compliquant les atteintes somatiques éventuelles (dont les hernies discales en 2017). Sur le plan professionnel, la Dre J._____ a encore précisé que l'assurée avait pu obtenir un contrat de durée indéterminée à 50 % dans son activité d'enseignante et que le projet était par conséquent de lâcher à terme toute autre activité ; actuellement, l'intéressée travaillait à un taux de 50 % à raison d'un maximum de 15 heures par semaine - soit 13 périodes de 45 minutes comme enseignante (correspondant au maximum à 11h de travail par semaine) et un maximum de 4 heures par semaine au garage.

En date du 3 octobre 2020, l'assurée a donné naissance à un fils.

Par avis médical SMR du 6 novembre 2020, le Dr H._____ a estimé qu'au-delà des caractéristiques et éléments diagnostiques entourant le trouble de la personnalité, les nouveaux rapports médicaux confirmaient la présence d'un trouble de la personnalité, d'une part, et de limitations fonctionnelles durables, d'autre part. Il a relevé que l'atteinte

anxio-dépressive comme le trouble de la personnalité étaient stables et que c'était avant tout un risque de récurrence qui justifiait la capacité de travail de 50 % retenue par la Dre J._____. Du point de vue psychiatrique, il n'y avait donc aucune raison de s'écarter de l'appréciation faite par l'expert M._____. Sur le plan somatique, il convenait néanmoins d'interpeller le médecin traitant de l'assurée.

La Dre L._____ a donné suite à cette interpellation dans un compte-rendu du 22 novembre 2020. A titre d'atteinte ayant une répercussion durable sur la capacité de travail, elle a fait état de diarrhées avec vomissements lorsque la charge de travail était supérieure à 50 %. Pour le surplus, elle a indiqué que l'état de santé de l'assurée - laquelle avait entre-temps donné naissance à un enfant - demeurait inchangé. Concernant plus particulièrement l'eczéma, la Dre L._____ a expliqué qu'il n'y avait pas de lésion cutanée à l'exception d'une xérose cutanée et que les poussées survenaient environ trois fois par an. S'agissant en outre des diarrhées, dite praticienne a exposé que celles-ci étaient apparues, accompagnées de vomissements et de crampes abdominales, lors d'un voyage en Inde fin 2017/début 2018 puis s'étaient estompées avec l'arrivée des vacances d'été pour ne plus récidiver. La Dre L._____ a en outre relevé que suite à l'apparition de lombalgies irradiant dans la jambe droite à la mi-février 2017, une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire avait montré une hernie discale L5-S1 droite rentrant en contact avec la racine S1 droite, dont l'évolution sous traitement (physiothérapie, natation, marche) était lentement favorable. La Dre L._____ a également précisé qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles durables mais qu'en revanche l'assurée ne devait pas être exposée à des stress importants, ni porter des charges. Elle a ajouté qu'en cas d'augmentation du taux de travail à plus de 50 %, l'intéressée risquait de présenter à nouveau des vomissements et des diarrhées. Parmi les documents médicaux joints en annexe, figurait notamment un rapport du 14 décembre 2017 du Dr T._____, chef de clinique adjoint au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier N._____), faisant état d'une amélioration relativement bonne des douleurs sous traitement conservateur, après plusieurs infiltrations.

Par avis médical SMR du 29 janvier 2021, le Dr H._____ a retenu que le tableau clinique décrit par la Dre L._____ ne laissait aucun doute sur la stabilité actuelle des atteintes somatiques et sur l'impact limité en termes de répercussions fonctionnelles. S'il convenait certes de retenir des limitations au niveau du port de charges lourdes et/ou répétées en lien avec les lombalgies (contrainte du reste absente dans les activités habituelles de l'assurée), les pathologies en question ne pouvaient toutefois pas justifier une diminution durable de la capacité de travail de l'ordre de 50 %. Il y avait dès lors de s'en tenir aux conclusions précédemment formulées par ledit service.

Par correspondance du 1^{er} février 2021, l'OAI, reprenant les conclusions du Dr H._____, a informé l'assurée qu'il maintenait la position exprimée dans son projet du 10 juin 2020 et qu'une décision sujette à recours serait prochainement rendue.

Par décision du 23 mars 2021, l'OAI a conséquemment alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2017 au 31 janvier 2020.

B. Aux termes d'un courrier du 31 mars 2021 adressée à l'OAI, S._____ a contesté la décision précitée et argué que celle-ci ne lui avait pas été notifiée dans son intégralité. Le 7 avril suivant, l'office a transmis cette écriture à la juridiction cantonale comme objet de sa compétence et a de surcroît fait parvenir une copie de la décision contestée à la prénommée.

Par acte complémentaire du 12 mai 2021, la prénommée - désormais représentée par Me Michel Dupuis - a formellement recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, requérant préalablement la restitution du délai de recours et concluant principalement à la réforme de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente ordinaire d'invalidité, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'office intimé

pour instruction et nouvelle décision. En substance, la recourante s'est prévalu des avis émis par les Dres J. _____ et L. _____ pour faire valoir que son état de santé ne lui permettait pas de travailler à un taux supérieur à 50 %. Elle a par ailleurs requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer sa capacité de travail et son éventuelle aptitude à travailler au-delà du taux préconisé par ses médecins traitants. En annexe, la recourante a notamment produit une attestation médicale délivrée le 28 avril 2021 par la Dre J. _____, faisant état d'une incapacité de travail à 50 % dès le 1^{er} août 2017.

A la demande de la recourante, la juge instructrice, par décision du 1^{er} juillet 2021, a octroyé à cette dernière le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 mai 2021 et désigné Me Michel Dupuis en tant qu'avocat d'office.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 9 août 2021.

Par réplique du 18 août 2021, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions.

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, la recourante a écrit le 31 mars 2021 à l'OAI pour contester la décision rendue le 23 mars 2021. Elle s'est ainsi

adressée dans le délai légal à cet office, lequel a ensuite dûment transmis l'écriture de l'intéressée à la Cour de céans (art. 30 LPGA ; art. 20 al. 2 LPA-VD). Le recours est dès lors réputé avoir été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Dans ces conditions, la demande de restitution de délai (art. 41 LPGA ; art. 22 LPA-VD) formulée par la recourante dans son mémoire complémentaire du 12 mai 2021 (p. 3 s.) est donc sans objet. De même, il résulte de ce qui précède que la notification initialement incomplète de la décision attaquée, à laquelle l'intimé a remédié par envoi du 7 avril 2021, s'avère en définitive dépourvue de conséquences juridiques.

Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si elle peut prétendre à une telle rente au-delà du 31 janvier 2020.

3. Diverses modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022, dans le cadre du projet de révision « *développement continu de l'AI* » (modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [RO 2021 705] ; modification du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité [RO 2021 706]). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable en l'espèce compte tenu de la date de la décision litigieuse, rendue le 23 mars 2021 (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)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). 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 (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.

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). 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 (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021).

b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334, 130 V 393 et 125 V 146).

c) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 2.2). L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée).

Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité RS 831.201) (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3068 et les références citées ; TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées).

C'est encore le lieu de préciser que lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé *in* ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et 135 V 141 consid. 1.4.4).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) Tant les affections psychosomatiques (ATF 141 V 281) que les affections psychiques (ATF 143 V 418) et les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée.

La preuve d'un tel trouble suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

6. En l'espèce, se fondant essentiellement sur le rapport d'expertise psychiatrique du 8 novembre 2019 du Dr M._____, l'intimé a retenu que la recourante, après avoir présenté une capacité de travail de 50 %, avait connu une amélioration de son état de santé lui permettant d'exercer une activité professionnelle à 70 % dès le 1^{er} novembre 2019. La recourante, de son côté, a estimé ne pas être en mesure de travailler à un taux supérieur à 50 % conformément à l'avis de ses médecins traitants, les Dres J._____, et L._____.

Les éléments au dossier ne permettent toutefois de souscrire ni à l'un, ni à l'autre de ces raisonnements.

a) Sur le plan strictement psychique, il apparaît en effet que ni l'évaluation de l'expert M._____ sur laquelle l'OAI s'est fondé, ni l'appréciation de la Dre J._____ invoquée par la recourante - et à laquelle a renvoyé la Dre L._____ (cf. rapport du 19 août 2020) - ne s'avèrent totalement convaincantes.

aa) Sous l'angle diagnostique, les avis médicaux divergent, tout d'abord, quant à la qualification du trouble de la personnalité affectant la recourante. Ainsi, l'expert M._____ a réfuté une personnalité dépendante, dans la mesure où l'assurée montrait une capacité de prise de décision autonome et indépendante. Il a en revanche considéré que l'intéressée présentait une personnalité émotionnellement labile de type borderline. Il a plus particulièrement retenu que ce diagnostic permettait d'expliquer le parcours professionnel chaotique de l'assurée malgré d'importantes ressources cognitives, la dépendance affective manifeste, l'incapacité à gérer les émotions et la tendance à utiliser l'abus de nourriture de façon cyclique comme une sorte de remplissage du vide typique du trouble borderline. L'expert a par ailleurs énuméré les éléments diagnostiques retenus à cet égard par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), considérant - sans toutefois détailler son analyse - que l'intéressée satisfaisait à 6/9 critères selon le DSM (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 18 ss). La Dre J._____, quant à elle, a estimé que sa patiente présentait un trouble de

la personnalité dépendante (cf. rapport du 26 février 2018), caractérisé notamment par le fait qu'il lui était difficile de respecter ses propres besoins avant ceux des autres (cf. rapport du 4 septembre 2020 p. 1 et 4). Cette praticienne a par ailleurs examiné les 6 critères du DSM évoqués par l'expert M._____ à l'appui d'un trouble de la personnalité de type borderline, expliquant pour chacun d'eux pourquoi ils ne correspondaient pas aux spécificités du cas d'espèce et en quoi les éléments retenus par l'expert M._____ étaient davantage illustratifs d'une personnalité dépendante (cf. rapport du 4 septembre 2020 p. 1 s.). S'agissant par exemple du critère « *impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses, sexualité, conduite automobile dangereuse, crise de boulimie)* », la Dre J._____ a exposé, d'une part, que le comportement de sa patiente du point de vue alimentaire ne correspondait pas à une impulsivité mais à un besoin de trouver un apaisement intérieur et, d'autre part, que l'intéressée ne présentait pas de second critère justifiant une impulsivité pathologique. Or l'expert M._____ n'a pas été amené à se déterminer sur les points ainsi mis en exergue par la Dre J._____. Cela étant, la Cour de céans se trouve en définitive confrontée à deux appréciations médicales divergentes sans disposer d'éléments objectifs permettant de les départager.

Il apparaît en outre que tant l'expert M._____ (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 18) que la Dre J._____ (cf. rapports des 26 février 2018, 11 février 2019 et 4 septembre 2020) ont conclu à un trouble dépressif récurrent. L'expert M._____ a estimé que ce trouble était en rémission (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 19). Pour sa part, la Dre J._____ a fait la distinction entre le trouble dépressif récurrent, sans rechute depuis 2018 (cf. rapport du 4 septembre 2020), et un état anxio-dépressif chronique d'intensité légère à moyenne selon le stress contextuel (cf. rapports des 26 février 2018 et 11 février 2019), respectivement un trouble de l'humeur résiduel équivalant à une dysthymie sous forme d'état de stress chronique avec symptômes anxieux et dépressifs et symptômes psychosomatiques divers (cf. rapport du 4 septembre 2020). En d'autres termes, la psychiatre traitante a clairement

conclu à une symptomatologie thymique additionnelle au trouble dépressif récurrent, symptomatologie dont la nature demeure toutefois empreinte de nébulosité en l'état dans la mesure où les diagnostics ont varié entre 2018/2019 et 2020. On ne trouve guère d'éléments de réponse dans l'expertise réalisée par le Dr M._____. Ce dernier a en effet décrit une assurée euthymique à l'examen clinique (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 17) et n'a pas formellement conclu à un diagnostic de dysthymie (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 18 à 22). L'expert a toutefois retenu qu'il n'y avait « *pas beaucoup de limitation fonctionnelle psychique* » dans le contexte d'un trouble dépressif en rémission (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 19) - constat qui, *a contrario*, suggère implicitement la persistance en parallèle d'une symptomatologie liée à l'humeur. Au stade de l'appréciation des ressources, l'expert M._____ a encore ajouté à la confusion en faisant référence à une dysthymie caractéristique du trouble de la personnalité borderline (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 28). En l'état, il manque donc au dossier une appréciation fiable et univoque permettant de se positionner quant à une éventuelle problématique d'ordre thymique, carence qui a son importance dans la mesure où la dysthymie est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité (TF 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et les références citées).

L'existence d'un trouble du comportement alimentaire n'est pour le surplus pas réellement disputée, que ce soit sous la forme d'une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 18) ou d'un trouble non spécifié du comportement alimentaire (cf. rapport de la Dre J._____ du 28 février 2018), respectivement un trouble des conduites alimentaires (cf. rapport de la Dre J._____ du 4 septembre 2020). Par surabondance, il convient cependant de noter que l'analyse de l'expert M._____ apparaît pour le moins ambiguë en tant que ce dernier réfute un trouble alimentaire au sens strict chez l'assurée (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 18) mais retient malgré tout un diagnostic d'hyperphagie associée à

d'autres perturbations psychologiques, lequel correspond précisément à un trouble de l'alimentation au sens de la Classification internationale des maladies (F50.4).

De ce qui précède, il résulte que le dossier instruit par l'intimée s'avère lacunaire en ce qui concerne la qualification des atteintes à la santé psychique dont souffre la recourante.

bb) L'examen du cas à la lumière des indicateurs définis par la jurisprudence (cf. consid. 5c supra) n'est pas davantage satisfaisant.

aaa) L'expert M. _____ s'est certes prononcé du point de vue des formes que pouvait prendre l'atteinte à la santé, des thérapies, de la réadaptation, ainsi que du contexte social (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 25 ss). En revanche, son analyse des comorbidités ou troubles concomitants apparaît incomplète, dès lors que l'impact d'une éventuelle dysthymie – et en particulier son interaction avec le trouble de la personnalité (cf. TF 9C_599/2019 loc. cit.) – n'a pas été approfondi. Au surplus, on notera également que l'interaction entre les troubles psychiques et les atteintes somatiques signalées par la Dre J. _____ (troubles lombaires [rapport du 26 février 2018], diarrhées [rapport du 11 février 2019]) n'a pas été abordée ; au demeurant, on peut également déplorer l'absence d'analyse concernant la relation entre les troubles psychiques et l'eczéma signalé en 2020 par la Dre L. _____ (cf. rapports des 19 août et 22 novembre 2020). Quant à l'examen de la structure de personnalité, elle se heurte à l'opinion divergente de la Dre J. _____, sans que la Cour de céans ne soit en mesure de trancher cet aspect en l'état du dossier (cf. consid. 6a/aa supra). Si l'expert M. _____ a en outre retenu des « *limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés* » (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 25), concluant de ce fait à une capacité résiduelle de travail de 70 % (cf. ibid. p. 27), il a cependant décrit une assurée ne présentant aucune limitation au niveau de son entretien personnel, de son entourage et de son lieu de vie, y compris dans le ménage et les soins apportés aux animaux (cf. ibid. p. 27), remplissant ses journées avec diverses activités telles que le ménage,

promener le chien et aider son entourage notamment en rédigeant des courriers administratifs pour sa mère ou en gérant la comptabilité de son compagnon (cf. *ibid.* p. 28). Sur le plan de la cohérence, ces éléments plaident donc à l'encontre d'une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (dans ce sens : TF 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 4.2). On notera néanmoins que l'autonomie décrite par l'expert M._____ tranche singulièrement avec les propos tenus par l'assurée le 27 février 2020, révélant des difficultés sur le plan du suivi administratif et la prise en charge de la tenue du ménage par des tiers - divergences sur lesquelles le dossier de la cause ne permet pas de se prononcer.

Sous un autre angle, on constate encore que l'expert M._____ a repris sans commentaire ou motivation les périodes d'incapacité de travail arrêtées par la Dre J._____ pour la période antérieure à l'expertise - dont une incapacité de 50 % depuis le 1^{er} août 2017 [sic] - puis a arrêté la capacité de travail à 70 % dès la date de l'expertise (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 34). Cet enchaînement apparaît toutefois difficilement défendable. En effet, si l'expert M._____ a certes évoqué une amélioration du tableau clinique dépressif, précédemment constant et cyclique mais en rémission depuis le dernier épisode survenu à l'automne 2018 (cf. *ibid.* p. 25 s.), il n'a en revanche pas précisément situé cette amélioration dans le temps. L'examen du dossier montre néanmoins que la situation de l'assurée, sur le plan psychique, n'a pas connu d'évolution notable depuis l'automne 2018 (cf. rapport de la Dre J._____ du 11 février 2019 p. 1). Dans ces conditions, on peine à comprendre comment justifier objectivement le passage d'une capacité résiduelle de travail de 50 % jusqu'à l'expertise à une capacité résiduelle de travail 70 % dès l'expertise. A tout le moins, si l'expert M._____ estimait qu'il y avait lieu d'être « *légèrement plus optimiste que la psychiatre-traitante de l'assurée, qui attest[ait] [une] capacité de travail définitive de 50 % maximum* » (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 21), il lui incombait conséquemment d'analyser l'impact d'un tel constat sur le plan temporel. Partant, sous cet angle également, l'évaluation de l'expert n'est pas satisfaisante.

Au surplus, on notera encore que l'expert M. _____ a retenu que la recourante présentait un statut mixte, partiellement active et partiellement ménagère (cf. rapport d'expertise du 8 novembre 2019 p. 3), et a ainsi tenu compte du temps nécessité par l'assurée pour ses activités ménagères (cf. ibid. p. 26, 32, 33, 34 et 35), alors même que l'OAI, se basant sur les propos non contestés de la recourante (cf. courrier du 27 février 2020), s'est finalement fondé sur un statut d'active à 100 % (cf. rapport final du 14 avril 2020). Sur ce plan, l'expertise du Dr M. _____ s'inscrit donc en porte-à-faux.

Compte tenu des carences exposées ci-avant, on ne saurait dès lors se rallier aux conclusions émises par l'expert M. _____ au terme de son rapport du 8 novembre 2019.

bbb) Quant à la Dre J. _____, s'il appert que les éléments anamnestiques ont été amplement détaillés par cette spécialiste, son analyse est pour le surplus essentiellement axée sur le maintien d'un taux d'activité de 50 % comme « *sas de convalescence* » (cf. rapports des 26 février 2018 p. 4 et 4 septembre 2020 p. 4), sans mise en balance concrète des ressources et déficits de l'assurée à la lumière des indicateurs pertinents. La psychiatre traitante ne s'est de surcroît pas prononcée sur l'interaction entre les différentes atteintes psychiques de l'assurée, axant ses rapports de 2018 et 2019 sur la composante dépressive et proposant en 2020 des analyses distinctes en fonction des troubles en question ; une analyse circonstanciée de l'interaction entre ces atteintes et les autres troubles signalés (troubles lombaires, diarrhées, eczéma) fait également défaut. A cela s'ajoute que la Dre J. _____ a notamment basé son analyse sur le contexte socio-professionnel de l'assurée (cf. rapport du 26 février 2018) au sein d'une relation de couple « *coût[ant] pas mal d'énergie* » (cf. rapport du 4 septembre 2020 p. 3), avec une rechute en 2018 liée à des problèmes financiers (cf. rapport du 11 février 2019 p. 1), alors même que les contraintes sociales qui ont directement des conséquences fonctionnelles négatives doivent être mises de côté en matière d'évaluation de l'invalidité (ATF 127 V 297

consid. 5a). Au demeurant, la psychiatre traitante a en dernier lieu fait état d'un « *contexte beaucoup plus favorable* » (cf. rapport du 4 septembre 2020 p. 4) ; cet élément aurait donc dû être pris en considération en tant que ressource mobilisable tirée du contexte de vie de la personne assurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3). Enfin, on peut d'autant plus s'interroger sur l'exigibilité de 50 % défendue par la Dre J._____ que, selon les indications fournies le 4 septembre 2020 par cette spécialiste, la recourante était sur le point d'être amenée à exercer simultanément une activité à 50 % en tant qu'enseignant de couture sous contrat de durée indéterminée incluant une formation spécialisée en vue d'obtenir un DAS (*Diploma of advanced studies*), tout en poursuivant une activité résiduelle en entreprise à laquelle elle n'entendait mettre fin qu'à terme - charge de travail excédant manifestement 50 % (cf. rapport du 4 septembre 2020 p. 5). Le plan de carrière décrit en septembre 2020 par la Dre J._____ apparaît du reste sujet à caution, dans la mesure où la recourante avait entre-temps pris la tête d'une nouvelle entreprise, G._____ SA, inscrite au Registre du commerce le 27 août 2020.

Ainsi, l'appréciation de la Dre J._____ n'est pas non plus satisfaisante.

cc) De ce qui précède, il résulte que les éléments au dossier sont insuffisants pour permettre à la Cour de céans de se prononcer sur le plan psychique.

b) Sur le plan somatique, il est constant que l'évolution des lombosciatalgies survenues en 2017 a été lentement favorable (cf. rapport de la Dre L._____ du 22 novembre 2020 p. 2). Il n'est en outre pas disputé que des limitations fonctionnelles ont été retenues à cet égard en lien avec le port de charges (cf. loc. cit.), restrictions reconnues par le SMR (cf. avis du Dr H._____ du 29 janvier 2021).

Il apparaît en outre que la recourante souffre d'un eczéma que la Dre L._____ a initialement qualifié d'invalidant par moment (cf. rapport du 19 août 2019), avant de nuancer ses propos en évoquant

simplement des poussées d'eczéma sans lésion cutanée hormis une xérose, environ trois fois par an (cf. rapport du 22 novembre 2022 p. 1). La Dre L._____ a par ailleurs signalé des diarrhées incapacitantes avec d'importants vomissements lors de stress au travail en 2018 (cf. rapport du 19 août 2020), respectivement lorsque la charge de travail était supérieure à 50 % (cf. rapport du 22 novembre 2022 p. 1). Cette praticienne a toutefois également rapporté que ce trouble était survenu pour la première fois lors d'un voyage en Inde (cf. ibid. p. 2), soit de toute évidence en dehors du cadre professionnel, de sorte que l'on peut émettre des réserves quant à la corrélation entre la charge professionnelle et la symptomatologie en question. En tout état de cause, pour ces deux dernières atteintes, il manque au dossier une appréciation médicale circonstanciée portant sur l'origine somatique ou psychosomatique des symptomatologies visées.

Par ailleurs et surtout, il faut rappeler que les atteintes susmentionnées concernent une assurée souffrant de troubles psychiques et n'ont à ce jour pas été intégrées, au titre d'affections concomitantes, dans le cadre d'une analyse convaincante réalisée à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence (cf. consid. 6a/bb surpa). Sur ce plan non plus, l'instruction n'est donc pas complète.

c) C'est par ailleurs le lieu de relever que l'intimé n'a pas tenu compte de l'évolution de la situation de la recourante en cours de procédure.

L'assurée, dont la Dre L._____ avait signalé le vraisemblable accouchement dans son rapport du 22 novembre 2020 (p. 1), a en effet donné naissance à un enfant le [...] 2020 - soit près de cinq mois et demi avant la date de la décision attaquée. Or l'intimé n'a procédé à aucune mesure d'investigation en lien avec cet événement. En particulier, l'OAI n'a pas cherché à déterminer l'impact de cette maternité du point de vue du statut de la recourante (cf. consid. 4b supra ; voir également ATF 147 V 124 consid. 5 et 6). Sur ce plan aussi, l'instruction est donc lacunaire.

d) En définitive, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction, d'une part, en vue de déterminer l'existence d'atteintes à la santé psychiques - voire psychosomatiques - susceptibles d'influer sur la capacité de travail de l'assurée et, d'autre part, afin de clarifier le statut de l'intéressée suite à la naissance de son enfant. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI (à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPG), cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire conformément à l'art. 44 LPG comportant un volet psychiatrique et un volet de médecine interne, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer le cas échéant toute autre spécialité médicale jugée opportune, puis de procéder aux investigations nécessaires du point de vue de la détermination du statut de la recourante. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments et réquisitions des parties.

7. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision du 23 mars 2021 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, compte tenu de l'issue du litige.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il

convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la partie recourante.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 23 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Michel Dupuis (pour S. _____),
- 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 :