

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 août 2019

Composition : M. NEU, président
MM. Küng et Peter, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

I. _____, à W. _____, recourante,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, divorcée, mère de deux enfants adultes, est titulaire d'un diplôme d'ingénieur en imprimerie (communication graphique) obtenu aux Etats-Unis en 1986. Dès 1987, elle a exercé divers emplois pour différents employeurs en Suisse (photographe, responsable technico-commerciale, gestionnaire de portefeuille) avant de travailler dès le 15 août 2008 en tant que secrétaire de direction pour le compte de l'entreprise J. _____ SA jusqu'au 17 novembre 2011, date de la faillite de cette société. Elle est au bénéfice du revenu d'insertion depuis 2013.

Souffrant d'une fragilité émotionnelle et psychologique, I. _____ a déposé le 15 mai 2017 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de I. _____.

Dans un rapport du 24 mai 2017, la Dresse N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de syndrome de dépendance à l'alcool et de traits de personnalité dépendante. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu un hypothyroïdisme substitué. Rendant compte de la problématique sentimentale et professionnelle de l'assurée, la Dresse N. _____ a fait état de troubles cognitifs (troubles de la mémoire associés à un ralentissement psychomoteur avec troubles légers de la concentration et de l'attention) ainsi que d'une fatigue et d'une hypersensibilité au stress, le tout sur fond de consommation d'alcool et de benzodiazépines. En ce qui concerne la capacité de travail, la Dresse N. _____ a indiqué que sa patiente avait achevé une formation en 2016 lui permettant de travailler en qualité de professeure d'anglais. Elle a estimé que sa capacité de travail était de 50% dans cette profession et celle d'ingénieure en imprimerie, taux qui

était susceptible d'augmenter si elle bénéficiait d'un encadrement adéquat dans l'exercice d'une occupation régulière.

Le 22 septembre 2017, la Dresse Q._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'hépatopathie avec élévation modérée des transminases et de syndrome de dépendance à l'alcool sous traitement. Renonçant à se prononcer sur la capacité de travail, elle a renvoyé sur ce point à l'appréciation de la psychiatre traitant.

Après avoir examiné les pièces médicales au dossier, le Dr M._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que la consommation abusive d'alcool présentée par I._____ revêtait un caractère primaire sans séquelles organiques ou psychiques. Partant, elle n'était pas considérée comme une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

Par projet de décision du 26 avril 2018, l'office AI a informé I._____ qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que, selon les renseignements médicaux en sa possession, elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante qui soit la cause ou la conséquence de son alcoolisme. L'assurée n'ayant pas présenté d'objections, l'office AI a, par décision du 11 juin 2018, entériné son refus d'allouer une rente d'invalidité.

B. Par acte du 9 juillet 2018, I._____ a déféré la décision du 11 juin 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a pour l'essentiel fait valoir que son état de santé s'aggravait ce qui faisait obstacle à la reprise d'une activité lucrative. Par ailleurs la Dresse N._____ avait diagnostiqué une hyperactivité ainsi qu'un trouble de l'attention, lesquels excluaient l'exercice d'une activité comparable à celle qui était la sienne auparavant. En outre, la psychiatre traitant estimait que

les troubles de l'attention pouvaient avoir un impact sur la capacité de concentration.

Dans sa réponse du 5 septembre 2018, l'office AI s'est référé à l'avis du SMR du 22 août 2018, selon lequel il s'avérait nécessaire de clarifier la situation psychiatrique par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

C. Le 16 octobre 2018, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties, a confié au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée, lequel a déposé son rapport en date du 7 mars 2019. Il y a joint le rapport d'examen neuropsychologique du 6 février 2019 réalisé par R._____, neuropsychologue FSP. Sur la base de son analyse, il a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble mixte de la personnalité avec des caractéristiques émotionnellement labiles et une probable organisation psychotique, de syndrome de dépendance à l'alcool (utilisation continue) et de troubles cognitifs légers liés à la consommation d'alcool chronique. En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail, le Dr C._____ a retenu ce qui suit :

« On ne peut encore conclure formellement dans le sens d'une incapacité définitive d'améliorer la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'à présent, correspondant au niveau de formation de l'expertisée. Une période d'abstinence suffisante d'alcool devrait être obtenue avant de conclure formellement dans ce sens. Une médication neuroleptique atypique pourrait être une piste à explorer. Si, sur le plan strictement cognitif, une activité professionnelle moins exigeante sur le plan intellectuel est théoriquement exigible à temps plein avec une baisse de rendement maximale de 30%, la consommation d'alcool actuelle constitue un frein significatif à l'engagement et au maintien en emploi. Pour cette raison, une abstinence est également de nature à favoriser la capacité de travail dans une activité adaptée. En plus de ces aspects thérapeutiques, il est clair que toute démarche visant la réinsertion professionnelle serait souhaitable, mais elle a été compromise par l'impact négatif de la consommation d'alcool, même si celle-ci est intimement intriquée aux déterminants pathologiques de la personnalité. »

L'expert a précisé que la capacité de travail médico-théorique de 70% comprenant une baisse de rendement de 30% pouvait être admise depuis la prise en charge psychiatrique de l'assurée d'avril-mai 2015.

Se référant dans ses déterminations du 16 mai 2019 à l'avis du SMR du 13 mai précédent, l'office AI a indiqué se rallier aux conclusions de l'expertise du Dr C. _____ tenue pour pleinement probante. Sous l'angle économique, il a relevé qu'il convenait de soumettre le dossier à son spécialiste en question professionnelle afin qu'il analyse attentivement cet aspect puis procède à une comparaison des revenus avec et sans invalidité en vue de déterminer le degré d'invalidité.

I. _____ a renoncé à se déterminer.

D. Par décision du 25 juillet 2018, I. _____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 juillet 2018. Elle était exonérée du paiement d'avances et de frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. 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 et 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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 proportion 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 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

d) Pour remettre 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_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a

d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée 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. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un 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. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

d) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et les références citées).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la

consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.3 et les références citées).

Lorsque le syndrome de dépendance à l'alcool n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé psychique ou somatique ayant valeur de maladie, l'alcoolodépendance constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (TF 9C_23/2018 du 15 février 2018 consid. 5. 2 ; TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3).

6. a) Daté du 7 mars 2019, le rapport d'expertise établi par le Dr C._____ comporte une anamnèse riche (personnelle, professionnelle, médicale) et soignée. Il se fonde plus particulièrement, outre le dossier mis à la disposition de l'expert, sur l'examen neuropsychologique pratiqué le 6 février 2019 par R._____, un entretien de 89 minutes réalisé le 12 février 2019 avec l'expertisée ainsi qu'une discussion téléphonique avec la Dresse N._____ le 5 mars 2019. D'excellente facture, la motivation concernant les diagnostics retenus de même que les explications fournies quant à la divergence de position entre l'expert et les médecins ayant examiné la recourante font l'objet de considérations approfondies et minutieuses. Il en va de même s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de cette dernière.

b) Afin de conférer pleine valeur probante à l'expertise judiciaire du 7 mars 2019, il reste encore à déterminer si l'expert a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de la recourante à la lumière des indicateurs déterminants en l'espèce.

aa) En premier lieu, les diagnostics ont été rendus *de lege artis* par l'expert, en référence à la codification internationale, soit la classification internationale des maladies, 10^{ème} révision (CIM-10). Sous l'intitulé « Discussion », l'expert explique de manière fouillée en quoi son analyse diffère de celle de la psychiatre traitant et les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu d'autres pathologies.

bb) En ce qui concerne le volet du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, le Dr C. _____ examine les éléments pertinents qui l'ont conduit à poser les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec des caractéristiques émotionnellement labiles et une probable organisation psychotique, de syndrome de dépendance à l'alcool (utilisation continue) et de troubles cognitifs légers liés à la consommation d'alcool chronique ainsi que les répercussions fonctionnelles en découlant :

« La question des diagnostics sera discutée de la façon suivante. Pour retenir formellement un trouble de déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH), on devrait observer une concordance entre les plaintes présentes à l'âge adulte et celles observées durant l'enfance. Or, lorsque l'on effectue une anamnèse précise, selon les critères du DSM-5, on ne peut valider le fait que l'assurée manifestait clairement ce syndrome durant son enfance, en dépit des particularités psychiques qui se recoupent avec d'autres pathologies. L'assurée décrit des difficultés à canaliser ses pensées, ce qui se retrouve effectivement dans les TDAH, mais aussi dans d'autres troubles, notamment les organisations prépsychotiques ou psychotiques, les fonctionnements dits « à haut potentiel » et les troubles de la personnalité. Sur la base de l'évaluation neuropsychologique détaillée, réalisée par Mme R. _____ et de notre discussion consensuelle du cas, nous ne pouvons valider formellement le fait que l'expertisée souffre d'un TDAH. Les manifestations comportementales d'un trouble de la personnalité restent au premier plan, en plus de la participation de la consommation d'alcool, qui rend certainement l'assurée encore plus désorganisée. Selon l'avis neuropsychologique, la plupart des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité donnent des réponses qui se recoupent avec le TDAH, bien qu'elles n'en souffrent pas au sens strict.

La question est donc ensuite de savoir si l'assurée souffre de traits pathologiques de personnalité (selon l'appréciation de la psychiatre de l'assurée) ou d'un trouble constitué selon les critères de la CIM-10.

Les troubles de la personnalité débutent habituellement dans l'enfance. Dans le cas de l'assurée, son parcours scolaire aménagé pour « surdoués » a probablement déjà été le reflet de difficultés à se conformer aux normes. Dès l'âge de 11 ans, l'expertisée décrit de graves conflits familiaux et le début d'un alcoolisme sévère chez sa mère. Mme I. _____ a ensuite développé à l'adolescence un trouble alimentaire, de type anorexique puis boulimique, comorbidité que l'on observe très fréquemment chez le sujet qui développe un trouble de la personnalité. Il s'agit d'un élément significatif, qui montre que l'assurée avait une faible assise identitaire dès l'adolescence, avec une perturbation de la perception du schéma corporel et des difficultés à gérer les émotions, les troubles alimentaires étant le reflet de cette faiblesse constitutive de la personnalité. Elle aurait dû être passablement soutenue pour achever ensuite sa formation de niveau gymnase et universitaire. La suite du parcours de l'assurée décrit une instabilité affective significative. L'assurée a adopté des schémas dysfonctionnels dès ses premières relations sentimentales, au cours desquelles elle décrit une tendance à être infantilisée et peu respectée. Sa relation conjugale aurait basculé dans la co-dépendance alcoolique, avec des relations houleuses et intenses, qui auraient été accompagnées de menaces de mort. Les schémas relationnels dysfonctionnels se seraient réactualisés dans la relation sentimentale actuelle de l'expertisée, selon les informations hétéro-anamnestiques donnés par sa psychiatre traitante. Comme c'est la règle dans les troubles de la personnalité, l'expertisée n'est pas entièrement consciente de ce type de dysfonctionnement. Elle peut être aveuglée par des mécanismes d'idéalisation qui ne lui permettent pas de prendre en compte certains aspects de la réalité. Le parcours professionnel de l'expertisée est également le reflet de cette faible organisation de la personnalité : il est très difficile de se représenter son CV, qui passe d'activités diverses, pas toujours en lien avec sa formation, comme p. ex. les activités « tupperware », la conciergerie ou la vente d'articles de jardinage de luxe. Les relations professionnelles n'ont en outre pas toujours été harmonieuses, si l'on se réfère à un poste où l'expertisée aurait mal vécu le stress et, selon son appréciation, « la jalousie » de collaboratrices. Le fait de former des collaborateurs et d'assumer de nombreuses séances avait dépassé les capacités adaptatives de l'assurée, reflet de sa faible capacité à gérer le stress. Toujours dans le sens d'un trouble de la personnalité, on observe des réactions rigides, inflexibles et impulsives. L'expertisée est certes demandeuse d'aide, mais elle ne peut prendre en compte certains aspects de sa pathologie, notamment la consommation d'alcool, dont la prise de conscience n'est que partielle. Son humeur est labile, l'estime de soi est chroniquement abaissée, bien que l'assurée ne soit pas cliniquement déprimée en ce moment (la faible estime de soi est donc constitutive de la personnalité). Face aux propositions thérapeutiques, Mme I. _____ peut rapidement s'enfermer dans la méfiance. Des troubles caractériels semblent avoir compromis sa dernière tentative de sevrage en milieu

institutionnel (s'oppose rapidement à une soignante et décide de mettre un terme, de façon impulsive, à sa prise en charge).

Au vu des arguments qui précèdent, on peut considérer que l'assurée présente des modalités comportementales enracinées et durables avec des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature variée. Il s'agit de déviations significatives des perceptions, des pensées, des sensations (émotions) et des relations à autrui par rapport à un individu moyen d'une culture donnée. Les répercussions dans le domaine affectif, social et professionnel sont significatives. L'expertisée remplit donc les critères généraux des troubles de la personnalité, et non ceux des traits pathologiques de personnalité.

Le tableau clinique du trouble de la personnalité n'est toutefois pas spécifique. On retrouve plusieurs critères de la personnalité émotionnellement labile (impulsivité, flou dans les objectifs de vie, relations sentimentales instables avec crises émotionnelles, instabilité d'humeur et faible capacité à gérer les émotions) intriqués avec des manifestations plus psychotiques (manque d'organisation de la pensée, méfiance et rigidité psychique). Dans ce sens, un trouble mixte de la personnalité sera retenu, intégrant les éléments émotionnellement labiles et certaines caractéristiques psychotiques.

La question de l'alcoolisme est ensuite plus facile à trancher.

Comme développé plus haut dans la discussion, Mme I. _____ présente une personnalité perturbée, répondant aux critères d'un trouble. Ce trouble occasionne des difficultés à gérer les émotions et un manque de structuration psychique. Il a été accompagné dès l'adolescence de troubles de comportement alimentaire, laissant présager le développement d'une future addiction. Les troubles alimentaires et les addictions ont en commun la faible gestion des émotions, l'impulsivité et la dynamique compulsive (recherche d'apaisement par les comportements alimentaires et la consommation de substances). Il s'agit donc d'un continuum, dont les prémices étaient actives à l'adolescence.

Par conséquent, même si l'on ne peut soutenir un TDAH, qui expliquerait l'alcoolisme, un trouble de la personnalité doit être retenu, ce dernier ayant fait le lit de l'alcoolisme qui s'est possiblement développé dès l'âge de jeune adulte, et qui s'est manifestement renforcé dès la quarantaine. On peut donc soutenir que l'alcoolisme de l'expertisée est secondaire à son trouble de la personnalité, ce qui est habituel dans ce type de configuration psychopathologique.

L'assurée consomme en ce moment une quantité significative d'alcool fort, bien que la consommation semble moindre que par le passé. Vu sa capacité à soutenir un entretien et à passer un examen neuropsychologique dans des conditions encore acceptables, on peut retenir les mécanismes de tolérance à la substance. Le désir puissant et compulsif de consommer est présent, de même que la difficulté à contrôler l'utilisation de la substance. Le syndrome de dépendance à l'alcool, avec utilisation continue, peut donc être posé à l'issue de la présente expertise.

La question des répercussions de la consommation d'alcool est plus délicate à discuter. L'assurée se montre assez fluctuante dans sa présentation clinique. Elle peut parfois mieux s'organiser et « donner le change », alors qu'à d'autres périodes, elle est plus désorganisée et confuse. Lors de la passation de l'examen neuropsychologique, l'assurée semblait plus performante sur le plan cognitif que ce qui était observé lors de l'entretien psychiatrique (où ses capacités mnésiques et en calcul paraissaient plus perturbées que ce qui a été testé par Mme R._____). Les résultats de l'évaluation neuropsychologique sont apparus valides et cohérents. Les déficits constatés se situent dans la mémoire de travail, dans des fluctuations attentionnelles, dans de légères difficultés d'inhibition, mais avant tout dans la désorganisation observée au niveau de son comportement. Des ressources « purement cognitives » existent en ce qui concerne le raisonnement, les fonctions instrumentales, certaines performances mnésiques, verbales et visuo-spatiale, l'incitation, la planification, la programmation et la flexibilité mentale, ainsi qu'en attention sélective et soutenue.

Au final, l'évaluation neuropsychologique retient une atteinte cognitive légère, qui n'aurait pas de grave répercussion au quotidien où dans la plupart des sollicitations professionnelles.

Cette conclusion a cependant été discutée avec Mme R._____. Nous la relativisons dans le sens que l'expertisée disposerait théoriquement de ressources au niveau « purement cérébral ». Il est malgré tout difficile d'imaginer que l'assurée puisse fonctionner correctement en ce moment dans un métier d'ingénieur hautement spécialisé, avec la responsabilité de l'organisation et la gestion de projets. Les sollicitations professionnelles sont donc considérées dans une activité de plus bas seuil. On doit également tenir compte des observations concrètes dans le milieu, qui sont plus pessimistes que ce qui ressort de l'examen neuropsychologique. La dispersion de la pensée, qui est plus à relier au trouble de la personnalité qu'aux déficits neuropsychologiques, a souvent été observée comme un facteur limitant. Il en était de même en ce qui concerne l'instabilité d'humeur et la difficulté à gérer les émotions, qui sont avant tout reliés au trouble de la personnalité, même si ces difficultés sont encore majorées par la consommation d'alcool.

En définitive, les limitations fonctionnelles ne sont donc pas que neuropsychologiques. Il faut tenir compte de l'interaction négative avec le trouble de la personnalité, dont certaines caractéristiques peuvent encore être renforcées par l'alcoolisme actif. »

L'expert a également décrit les traitements thérapeutiques auxquels s'est soumise la recourante sur le plan psychiatrique, tout en formulant diverses propositions :

« En ce qui concerne les aspects thérapeutiques, il s'agit d'une situation difficile à stabiliser, vu l'intrication du trouble de la personnalité avec la dépendance à l'alcool. Le fait que l'assurée ait ressenti une amélioration de son fonctionnement mental, avec des

doses faibles de méthylphénidate, n'est pas suffisant pour valider la problématique de TDAH. Les troubles de la pensée, liés au trouble de la personnalité, peuvent également avoir été améliorés initialement par ce médicament, que l'expertisée n'aurait toutefois pas supporté à des doses supérieures, ce qui renforce l'idée qu'il ne s'agit pas, dans cette situation, d'un pur TDAH.

Par contre, il est clair que la consommation d'alcool représente un frein important à l'insertion socioprofessionnelle. Si l'assurée adoptait les mêmes attitudes d'alcoolisation que ce qui a été observé lors de la fréquentation des cours [...], il est à craindre qu'aucun employeur ne souhaite la conserver après une hypothétique période d'essai. En outre, les arguments avancés par sa psychiatre traitante, à savoir que l'assurée peut mieux contrôler sa consommation d'alcool si elle est occupée par des mesures, ne s'est pas vérifié dans le concret. Au contraire, ma consœur n'était pas au courant du fait que la consommation d'alcool avait été constatée lors du suivi [...]. Des mécanismes de banalisation sont certainement en œuvre, avec un déni partiel de la problématique qui ne permet pas à Mme I. _____ de juger de la mesure de ses comportements liés à l'alcool. Un traitement de sevrage institutionnel aurait à nouveau du sens, à condition que l'expertisée le relaie avec un suivi résidentiel de postcure. Une fois sevrée, il est probable que l'assurée reste assez désorganisée sur le plan de sa personnalité. Plus qu'un traitement orienté sur le TDAH, qui ne peut être formellement retenu, il serait intéressant de proposer à l'assurée un neuroleptique atypique, susceptible de diminuer sa désorganisation psychique. Ce n'est toutefois qu'avec une période suffisante d'abstinence que l'on pourra se positionner à moyen et long terme sur sa capacité de travail. »

De même, le Dr C. _____ a dressé en ces termes un tableau de la structure de la personnalité de la recourante :

« Lors de l'entretien, l'expertisée ne manifeste pas de trouble de la conscience ou de l'orientation.

En ce qui concerne les troubles de l'attention et de la mémoire, on peut observer des difficultés de concentration (l'expertisée ne parvient pas à réaliser une épreuve de soustractions simples, elle s'embrouille et devient rapidement perplexe). Elle effectue une erreur lorsqu'elle récite les mois de l'année à l'envers. En ce qui concerne les troubles de la fixation, l'expertisée ne peut rappeler qu'un mot sur trois après quelques minutes. Elle inverse les chiffres (43 en lieu et place de 34) et ne peut retrouver le mot qu'avec un indice de rappel. L'assurée situe les dates de son anamnèse de façon qui semble correcte, bien que son discours soit souvent dispersé.

En ce qui concerne les troubles formels de la pensée, la pensée est fortement circonscrite, débouchant par moments sur une fuite des idées moyennes (discours digressif). L'expertisée décrit des ruminations et des pensées envahissantes. A l'observation, on ne constate pas de réponse à côté, de barrage de la pensée, d'incohérence ou de néologisme.

A la rubrique craintes et obsessions, l'expertisée se dit méfiante dans ses relations interpersonnelles. Dans la relation, elle n'est pas interprétative ou méfiante. Elle ne manifeste pas de symptôme hypocondriaque. On ne constate pas de symptôme phobique sévère, ni d'obsession ou de compulsion.

Il n'y a pas de symptôme délirant.

Dans les troubles des perceptions, l'expertisée ne décrit pas de phénomène d'illusion. Il n'y a pas d'hallucination acoustico-verbale, auditive, visuelle, cénesthésique ou olfactive-gustative.

En ce qui concerne les troubles du Moi, l'expertisée ne décrit pas de sentiment de déréalisation ou dépersonnalisation. Il n'y a pas de devinement ou de vol de la pensée, de pensée imposée, ni d'autre expérience d'influence.

En ce qui concerne les troubles affectifs, l'expertisée est par moments perplexe (notamment lorsque les épreuves de calcul sont administrées). On ne constate pas d'anesthésie, d'ambivalence, de discordance, de labilité, d'incontinence ou de monotonie affective. On n'observe pas de baisse de l'humeur, ni de baisse de l'éprouvé vital. L'expertisée est par moments légèrement anxieuse dans la relation (avec des comportements d'auto-contact). Elle n'est pas euphorique, dysphorique ou irritable. Elle signale par contre une agitation intérieure. On ne relève pas d'idée pathologique de culpabilité. L'expertisée exprime de légères idées de dévalorisation (faible estime de soi).

En ce qui concerne les troubles du dynamisme et de la psychomotricité, il n'y a pas de diminution ou d'inhibition pathologique du dynamisme. Il n'y a pas d'agitation motrice, de parakinésie, de maniérisme ou de bizarrerie. L'expertisée n'est pas théâtrale. Ses propos sont par moments légèrement logorrhéiques.

Je n'ai pas constaté de particularité nyctémérale.

Dans les autres troubles, l'assurée ne décrit pas de baisse pathologique de la sociabilité, ni de tendance suicidaire. »

Quant au contexte social, l'expert a mis en évidence ce qui

suit :

« L'expertisée se montre peu précise sur le descriptif de sa vie sociale. Elle semble pouvoir investir un réseau amical. Elle ne décrit pas de grande difficulté avec ses enfants. Elle évoque une relation affective, dont les caractéristiques de soutien sont toutefois à relativiser, selon les informations fournies par sa psychiatre traitante. L'alcoolisme, dont l'assurée paraît minimiser l'importance, est par contre de nature à susciter le rejet dans le monde professionnel. »

cc) Concernant finalement le critère de la cohérence, particulièrement pertinent dans le cas de troubles psychiques afin de parvenir à une appréciation globale des limitations fonctionnelles, l'expert a répondu en ces termes aux questions posées à ce propos :

« 6. **Cohérence**

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

L'intrication d'un trouble de la personnalité, avec une consommation abusive d'alcool accompagnée de troubles cognitifs est cohérente par rapport à ce qui a été observé dans l'accompagnement récent de l'expertisée.

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

Oui, l'intrication des pathologies correspond à ce qui est attendu pour ce type de trouble.

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de l'assurée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de l'assurée ?

La désorganisation psychique de Mme I._____ est concordante avec ses plaintes (elle est consciente d'être dispersée). Lors de la présente investigation, l'expertisée a démontré un comportement peu structuré, également observé lors de l'examen neuropsychologique. Ce comportement est compatible avec l'intrication des pathologies dont elle souffre, dont certains aspects sont même banalisés (l'alcoolisme, ce qui est souvent le propre du sujet qui en souffre, le déni étant fréquent). Par ailleurs, l'assurée ne décrit pas de limitation significative des activités de la vie quotidienne, les troubles se manifestent avant tout lorsqu'une performance professionnelle est attendue.

6.4 Est-ce que l'intéressée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demandes de soins ?

L'assurée formule une demande de soins et elle est prise en charge sur le plan psychiatrique. Elle paraît s'accrocher en ce moment à une « étiquette » de TDAH, validée jusqu'à ce jour par sa thérapeute. L'évaluation actuelle ne permet toutefois pas de confirmer une telle pathologie, alors qu'un trouble significatif de la personnalité apparaît à l'issue de la présente expertise. La question du traitement de l'alcoolisme est délicate : le sujet qui en souffre a souvent tendance à le banaliser, ce qui est en partie le cas de l'expertisée, qui utilise « l'étiquette TDAH » comme rationalisation pour éviter de se confronter à la réalité de sa dépendance à l'alcool. Il s'agit

toutefois d'un processus psychopathologique de nature inconsciente, inhérent à l'organisation de personnalité de l'assurée. »

c) Sur le vu de ce qui précède, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par le Dr C. _____ sur la capacité de travail de la recourante emportent la conviction et sont dépourvues de contradictions. Elles se fondent sur une grille d'indicateurs pertinents en accord avec la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en la matière.

d) Le rapport d'expertise du Dr C. _____ du 7 mars 2019 satisfait aux réquisits jurisprudentiels résumés ci-avant (cf. considérant 4b ci-dessus) pour se voir conférer pleine valeur probante. Il comporte une anamnèse complète et fouillée de la situation de l'assurée, contient une discussion claire et motivée des diagnostics retenus et débouche sur des conclusions médicales étayées et convaincantes. Celles-ci peuvent donc être suivies. Elles ne sont au demeurant pas contestées par les parties, l'intimé s'y ralliant pour sa part expressément.

e) Partant, il y a lieu de retenir que la recourante présente, depuis le mois de mai 2015, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec un rendement diminué de 30%. Ainsi, la décision attaquée s'avère mal fondée en tant qu'elle se base sur l'absence d'atteinte à la santé invalidante. Ces atteintes dûment posées par l'expert, tout comme le degré de capacité de travail résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée, il convient de procéder au calcul du degré d'invalidité.

7. a) Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité) (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

b) En l'occurrence, l'office intimé relève la difficulté d'apprécier les revenus déterminants et souhaite soumettre le dossier à un spécialiste en question professionnelle afin qu'il analyse attentivement l'aspect économique, en particulier la question des revenus avec et sans invalidité.

c) Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) - lequel, convenant de la nécessité de reprendre, respectivement de compléter l'instruction, se voit retourner le dossier afin de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant de calculer le degré d'invalidité en comparant les revenus avec et sans invalidité ainsi obtenus. Cela fait, il incombera à l'office intimé de rendre une nouvelle décision, le cas échéant sujette à recours, statuant sur les prétentions de la recourante.

8. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

9. **a)** La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'office AI, qui succombe.

b) Il n'y a au surplus pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, aucun conseil d'office n'ayant été désigné.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 11 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme I. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton 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).

Le greffier :