

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Piguet, juge, et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation professionnelle, n'a plus travaillé depuis 2002.

Le 11 septembre 2019, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être en incapacité de travail depuis 2004 et souffrir d'attaques de panique et d'angoisses généralisées depuis 2014.

Dans un rapport du 13 novembre 2019, le Dr C._____, médecin traitant de l'assurée, médecin praticien, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'alcoolisme chronique depuis une date indéterminée et de forte anxiété avec agoraphobie, à tout le moins depuis 2010. Il a évalué la capacité de travail de l'assurée à 50 % depuis 2017, ce tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, compte tenu de sa dépendance à l'alcool et de son éloignement prolongé du marché du travail. Il a précisé qu'une réinsertion professionnelle restait possible sur le plan physique mais discutable sur le plan psychiatrique.

Le 13 décembre 2019, en réponse à un questionnaire de l'OAI, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 % depuis 1979 en tant que déléguée commerciale, par nécessité financière.

Dans un rapport du 23 mars 2020, la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (d'enfants et d'adolescents), et E._____, psychologue et psychothérapeute, du [...], ont posé le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01) depuis quatre/cinq ans et celui sans incidence sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, actuellement abstinente depuis novembre 2019. Elles ont estimé que la capacité de travail de

l'assurée dans son activité habituelle de déléguée commerciale, qui nécessitait des contacts avec la clientèle, des travaux administratifs, une capacité d'adaptation et de la motivation, était nulle en raison de ses troubles anxieux ; elle était à terme de 50 % dans une activité adaptée, après une mesure et une réadaptation très progressive, avec un pronostic toutefois réservé en raison de ses troubles anxieux, des rechutes éventuelles de sa consommation d'alcool et de son éloignement prolongé du marché du travail.

A la demande de la Dre Q. _____, médecin au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), la Dre L. _____ et E. _____ ont rédigé un nouveau rapport actualisé le 10 juin 2021. Elles ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'agoraphobie, avec trouble panique (40.01), d'épisode dépressif léger à moyen (F32.0), « certainement » de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F10.26) et d'un « probable » trouble mixte de la personnalité, avec traits borderline et évitants (F61.0) (évaluation nécessaire, notamment observation sur le moyen terme, ce qui inclut d'éclaircir la dimension addictologique). Elles ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 22 juillet 2020 dans son activité habituelle mais qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (difficultés à sortir de chez elle en raison de ses attaques de panique, limitations pour se rendre sur un lieu de travail fixe hypothétique ou chez des clients, hypersensibilité, susceptibilité, irritabilité et difficulté à gérer ses fortes émotions, avec un impact sur ses capacités relationnelles, difficultés d'attention, de mémorisation et de concentration pour effectuer différentes tâches, perte d'estime et de confiance en soi pour s'imaginer être apte à assumer les compétences exigées actuellement dans un emploi similaire à ses expériences passées, perte de motivation, stress à effectuer des tâches fonctionnelles, difficultés à se mobiliser pour assumer des démarches administratives) pourrait être reprise progressivement à 20 % lorsque son état de santé serait stabilisé, ce qui n'était pas encore le cas.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 6 décembre 2021, le Dr V._____ n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail ; il a revanche posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis 2014, puis léger au présent (F33.11/F33.0), de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante actuellement non décompensé (F61), de phobie sociale légère (F40.1) et de dépendance éthylique avec utilisation épisodique depuis le début de l'âge adulte au présent et des moments d'utilisation continue (F10.26). Relevant en particulier l'absence de limitations fonctionnelles objectivables significatives depuis 2014, il a estimé que l'assurée disposait, depuis cette date, d'une capacité de travail entière, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 13 janvier 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et le droit à des mesures professionnelles, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'AI et que ses problèmes de santé n'entravaient pas l'exercice d'une activité professionnelle.

Le 16 février 2022, l'assurée, alors représentée par [...], a fait part de ses objections à l'OAI à l'égard de son projet de décision. En substance, elle a contesté le caractère probant de l'expertise du Dr V._____, notamment en raison de son caractère superficiel qui comportait des incohérences, des imprécisions et des lacunes. Elle a dès lors requis de l'OAI qu'il poursuive l'instruction médicale, précisant qu'elle allait compléter ses objections en produisant un rapport médical de sa psychiatre traitante.

Le 18 février 2022, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 15 février 2022 de la Dre R._____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, des [...]. Cette spécialiste a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33), de troubles anxieux de type phobie sociale (F40.1) et de trouble anxieux généralisé, un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendant (F60.30), partiellement décompensé depuis 2014. Elle a considéré que l'incapacité de travail de l'assurée était nulle dans toutes activités.

Par décision du 30 mars 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision. Se fondant sur un avis de la Dre Q. _____ du 24 mars 2022, il a estimé qu'en l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise, le rapport du 15 février 2022 de la Dre R. _____ constituait une appréciation différente d'un même état de fait par rapport à celle dressée dans l'expertise et dans les rapports médicaux précédents des [...], et qu'il en allait de même de l'évaluation de la capacité de travail.

B. Par acte du 19 mai 2022, D. _____, par [...], a recouru contre la décision du 30 mars 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme, en ce sens que les prestations légales lui soient octroyées, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, elle a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr V. _____. Elle a soutenu que le Dr V. _____ n'avait pas tenu compte des rapports médicaux de ses médecins traitants et n'avait pas expliqué les raisons pour lesquelles il convenait de s'en écarter. En tant qu'il s'était presque exclusivement focalisé sur les facteurs de l'intensité de son suivi psychiatrique et les activités réalisées dans une journée-type, à un moment où elle ne travaillait pas, l'expert n'avait pas respecté la jurisprudence relative aux indicateurs standards. Elle a relevé plusieurs incohérences dans le rapport d'expertise, notamment concernant l'appréciation de la gravité de ses troubles. Enfin, elle a requis l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

Par décision du 31 mai 2022, la juge instructrice a octroyé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 19 mai 2022 et l'a exonérée des frais judiciaires et de leur avance, ainsi que de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 23 juin 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant à l'appréciation du 24 mars 2022 de la Dre Q._____ et à sa lettre du 30 mars 2022 accompagnant la décision litigieuse.

Par courrier du 7 septembre 2022, la juge instructrice a informé les parties qu'elle avait décidé de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique. Celle-ci a été confiée à la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a précisé par courrier du 19 octobre 2022 qu'elle allait la réaliser en collaboration avec la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par courrier du 30 janvier 2023, [...] a informé la Cour de céans qu'elle ne représentait plus la recourante.

Par courrier du 16 février 2023, la Dre P._____ a indiqué qu'un bilan neuropsychologique était nécessaire.

Le 26 juin 2023, la Dre J._____ et la Dre P._____ ont rendu leur rapport d'expertise, auquel était joint un rapport neuropsychologique du 12 mai 2023 de N._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie. Les expertes ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble neuropsychologique au moins moyen dans le cadre d'un déficit cognitif persistant de survenue tardive, induit par l'alcool (F10.74) et, possiblement, dans le cadre d'un trouble mental organique dû à une affection physique sans précision (F06.9), de trouble mental et du comportement en lien avec l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation actuelle (F10.24) et d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01). Elles ont également posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble de la personnalité dépendante (F60.7) et de trouble dépressif récurrent,

actuellement en rémission (F33.4). Elles ont estimé que la capacité résiduelle de travail de la recourante était diminuée depuis au moins l'année 2017 et qu'elle était nulle, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, à tout le moins depuis le mois de mai 2018.

La recourante n'étant plus représentée par [...], la juge instructrice l'a invitée, par courrier du 5 juillet 2023, notamment à préciser si elle souhaitait notamment qu'un avocat soit désigné pour la représenter, étant précisé qu'elle était déjà au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Compte tenu de la réponse de la recourante du 12 juillet 2023, la juge instructrice a, par décision du 19 juillet 2023, désigné Me Monnard Séchaud comme avocate d'office à compter de la date précitée.

Par déterminations du 17 août 2023, l'intimé, se fondant sur un rapport du 7 août 2023 de la Dre Q._____, du SMR, a contesté le caractère probant de l'expertise judiciaire du 26 juin 2023. Il était d'avis que celle-ci comportait divers points qui interpellaient ou faisaient défaut, notamment le status clinique et l'investigation de la vie quotidienne. Des incohérences étaient également relevées s'agissant du diagnostic de troubles neuropsychologiques de gravité moyenne, non corroborés à l'examen clinique et à la vie quotidienne. Enfin, il a estimé qu'une analyse exhaustive et critique des indicateurs jurisprudentiels faisait également défaut, notamment au regard des cas de dépendance.

Dans ses déterminations du 15 septembre 2023, la recourante, par sa mandataire, a considéré que l'expertise judiciaire du 26 juin 2023, en tant qu'elle respectait l'ensemble des réquisits jurisprudentiels en la matière, devait emporter la conviction. A titre de mesure d'instruction, elle a demandé à ce qu'une IRM (imagerie par résonance magnétique) soit effectuée, afin de déterminer si elle souffrait d'une atteinte somatique (vasculaire) ou d'une affection d'allure neurodégénérative (processus démentiel), à ce que le rapport d'expertise soit complété par un « status clinique » et une investigation de sa vie quotidienne et à ce que les

expertes motivent l'évaluation de son incapacité de travail à l'aune des indicateurs jurisprudentiels pertinents.

Par pli du 12 octobre 2023, la juge instructrice a requis de la Dre J._____ un complément d'expertise sur les points soulevés par la médecin du SMR et lui a transmis pour ce faire un questionnaire. Elle a en revanche estimé qu'il n'y avait pas lieu d'effectuer une IRM cérébrale dans le contexte d'une expertise psychiatrique.

Les expertes ont rendu leur complément d'expertise le 18 décembre 2023, accompagné d'un rapport neuropsychologique complémentaire du 7 décembre 2023 de N._____, et ont confirmé les conclusions contenues dans leur rapport d'expertise.

Dans ses déterminations du 17 janvier 2024, la recourante a indiqué qu'il convenait d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise judiciaire ainsi qu'à son complément, si bien qu'une rente entière d'invalidité devait lui être octroyée à compter du 1^{er} mars 2020.

Dans ses déterminations du 21 février 2024, l'intimé, se fondant sur l'appréciation du 6 février 2024 de la Dre Q._____, du SMR, a indiqué que le complément d'expertise ainsi que le rapport complémentaire neuropsychologique ne permettaient pas de lever ses réserves et n'étaient pas plus convaincants que l'expertise principale. La gravité des atteintes paraissait largement surévaluée, notamment au vu de leur faible impact sur la vie quotidienne et de l'autonomie conservée, malgré une vie routinière dont la recourante s'était accommodée depuis de longues années. Elle a considéré qu'il n'était pas plausible de s'appuyer sur les résultats de l'examen neuropsychologique pour justifier une incapacité totale de travail. Elle a fait valoir que le diagnostic d'agoraphobie était erroné et que rien n'indiquait que la dépendance à l'alcool fût incapacitante. S'agissant du trouble anxieux, sous la forme d'un possible trouble panique, il restait relativement léger et devrait à tout le moins être compatible avec une capacité de travail de 100 % ou proche de 100 % dans l'activité habituelle de la recourante ou dans une activité

adaptée impliquant peu de contacts sociaux (par exemple en tant que vendeuse, éventuellement dans une petite structure, moyennant peut-être une petite perte de rendement pour tenir compte des crises de panique occasionnelles).

Dans ses déterminations du 20 mars 2024, la recourante a contesté la prise de position du 21 février 2024 de l'intimé. Elle a relevé que la Dre Q._____, à l'inverse des Dres J._____ et P._____, n'était pas spécialisée en psychiatrie et psychothérapie. Ces dernières étaient donc parfaitement à même de se prononcer sur son état de santé et sur les répercussions s'agissant de sa capacité de travail, et leur rapport devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Le 23 avril 2024, Me Monnard Séchaud a transmis à la Cour de céans deux listes de ses opérations, l'une concernant l'année 2023 et l'autre concernant l'année 2024.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande de prestations déposée le 11 septembre 2019.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, la recourante a déposé sa demande de prestations AI le 11 septembre 2019, invoquant une incapacité totale de travail depuis 2014, si bien qu'elle pourrait prétendre à une rente d'invalidité au plus tôt à compter du 1^{er} mars 2020 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). L'ancien droit demeure donc applicable au cas d'espèce.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

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

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation

complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient 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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle 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 la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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).

7. a) En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante présente des troubles d'ordre neuropsychologique et une symptomatologie anxieuse ainsi qu'en lien avec la consommation abusive d'alcool.

Dans sa décision du 30 mars 2022, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du 6 décembre 2021 du Dr V._____, qu'elle qualifiait de probant, pour retenir que la recourante ne présentait pas d'atteinte invalidante et que sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis 2014, hormis durant les hospitalisations où la capacité de travail était nulle. Selon cet expert, l'atteinte de la recourante était légère et sans répercussion uniforme sur les activités du quotidien. Les ressources étaient présentes et mobilisables et la vie sociale était réduite mais sans isolement total. Le suivi était très espacé, sans traitement médicamenteux et sans hospitalisation psychiatrique.

b) Toutefois, force est de constater que l'expertise du Dr V._____ ne permettait pas à la Cour de céans de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique.

En effet, l'expertise comportait plusieurs lacunes, respectivement des points difficilement compréhensibles. A cet égard, il convient tout d'abord de relever l'absence de discussion structurée et étayée des diagnostics, de sorte qu'il n'était pas possible, à la lecture de l'expertise, de comprendre les raisons ayant conduit le Dr V._____ à retenir ou écarter un diagnostic plutôt qu'un autre. De plus, le Dr V._____ ne s'est pas entretenu avec les différents psychiatres traitants de la recourante, alors même qu'il s'écartait en partie des diagnostics qu'ils avaient posés, et que son évaluation de la capacité de travail de la recourante était diamétralement opposée à la leur. C'est d'autant plus regrettable que l'expert, à l'inverse des psychiatres traitants, a uniquement retenu l'existence d'une « phobie sociale légère, car la recourante sort[ait] seule sans difficulté », assertion qui était en

contradiction avec l'anamnèse personnelle et médicale décrite par les psychiatres traitants, lesquels faisaient état d'une forte anxiété avec agoraphobie et de crises d'angoisses persistantes, ce qui se manifestait par une difficulté pour la recourante de sortir de chez elle, spécialement lorsqu'elle devait se rendre en des endroits inhabituels, l'évitement de certaines situations, une volonté d'écourter ses sorties, d'annuler ses rendez-vous à l'extérieur ou encore d'emprunter toujours le même chemin lorsqu'elle promenait son chien ; qui plus est, il ressort de l'expertise que la recourante s'est rendue aux entretiens d'expertise en train, accompagnée d'une amie proche. Compte tenu de ces éléments, il aurait également été souhaitable que le Dr V._____ discute des raisons médicales qui auraient pu expliquer que la recourante a, à plusieurs reprises, reporté le second rendez-vous d'expertise, lequel a finalement eu lieu le 3 décembre 2021. Aussi, en tant qu'il ressort des rapports des psychiatres traitants que la recourante était globalement en mesure de gérer son quotidien grâce à une routine relativement prononcée, le raisonnement du Dr V._____, consistant à nier certains diagnostics ou leur répercussion sur la capacité de travail de la recourante, du fait que la recourante arrivait à gérer son quotidien sans limitations, apparaît léger, voire difficilement compréhensible. Dans ce contexte, un tel constat ne permet au demeurant pas de déduire quoi que ce soit concernant la capacité de travail de la recourante, encore moins dans son ancienne activité de déléguée commerciale, qui impliquait notamment des déplacements et des contacts avec la clientèle. En outre, le Dr V._____ a omis de relever qu'un suivi psychologique bimensuel avait été mis en place, en sus du suivi psychiatrique dispensé tous les quatre mois. Enfin, on peut encore observer que le Dr V._____ n'a pas non plus procédé à des tests neuropsychologiques, quand bien même le rapport d'expertise était cosigné par K._____, psychologue et psychothérapeute.

c) En dépit de ces divers éléments, l'intimé, dans ses déterminations du 21 février 2024, a continué à soutenir que l'expertise du Dr V._____ revêtait une pleine valeur probante. Dans ce contexte, il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique.

Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire psychiatrique et de son complément réalisés par les Dres J._____ et P._____, lesquels remplissent les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

aa) Sur le plan formel, la Cour de céans constate que les expertes, toutes deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport sur la base d'une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, professionnelle, sociale et affective), en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par la recourante, de ses antécédents, du déroulement de sa journée-type (activités quotidiennes, vie sociale et loisirs) et de son traitement médicamenteux et psychiatrique). Elles ont également procédé à un examen clinique détaillé, rencontrant la recourante à trois reprises (dont une fois en présence de la Dre J._____). Les expertes se sont d'ailleurs heurtées à plusieurs difficultés lors des entretiens. Par exemple, la recourante ne voulait pas aborder des sujets qui soulevaient trop d'émotions, sans pour autant parvenir à décrire pourquoi. Face à l'insistance des examinatrices, elle faisait preuve d'irritabilité, d'impatience et d'impulsivité, à tel point qu'elle a tenu à arrêter le premier entretien. Les examinatrices ont dès lors dû prendre garde à ne pas confronter inutilement la recourante lors des entretiens suivants au point de ne plus vouloir collaborer à l'investigation. De plus, ayant constaté un probable déficit cognitif (notamment des troubles de la mémoire et un fléchissement des fonctions exécutives) lors d'une évaluation cognitive de dépistage (test de MoCA), les expertes ont décidé de mandater N._____, psychologue, spécialiste en neuropsychologie, afin de réaliser une évaluation neuropsychologique complète et spécialisée. Elles se sont de surcroît entretenues téléphoniquement avec le médecin-traitant de la recourante, le Dr C._____, avec la Dre X._____, psychiatre traitante de la recourante, avec B._____, infirmier indépendant en psychiatrie auprès de la recourante et avec Z._____, assistante sociale au Centre social régional (CSR) de [...]. Les conclusions des expertes, prises sur la base d'une description claire du contexte médical, sont dûment motivées,

claires et exemptes de contradiction. Elles ont été en mesure de discuter en détail les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail de la recourante et d'expliquer les raisons justifiant de s'écarter de l'appréciation du Dr V._____, et exclu d'autres diagnostics susceptibles d'entrer en ligne de compte.

bb) D'un point de vue matériel, les expertes ont tout d'abord posé le diagnostic de trouble neuropsychologique au moins moyen dans le cadre d'un déficit cognitif persistant de survenue tardive, induit par l'alcool et possiblement dans le cadre d'un trouble mental organique dû à une affection physique sans précision ; elles ont indiqué que la recourante s'approchait d'une démence au sens strict mais qu'elle ne remplissait pas encore véritablement les critères d'un tel diagnostic, la recourante ne présentant pas de perte d'autonomie dans sa vie quotidienne. Les expertes ont estimé qu'il était nécessaire de réaliser un bilan somatique complémentaire pour clarifier la ou les causes de cette atteinte cognitive, comprenant notamment un bilan sanguin élargi et une IRM cérébrale, voire une ponction lombaire, ce qui sortait toutefois du cadre de la présente expertise et n'en changerait pas les conclusions. En effet, sur le plan clinique, une origine multifactorielle était plausible et comprenait très probablement, au premier plan, une composante toxique en lien avec une consommation d'alcool excessive de longue date, une composante psychiatrique plus modeste entrant également en considération, en lien avec le trouble de la personnalité et le trouble anxieux. Les expertes ont poursuivi en indiquant qu'une atteinte aux fonctions cognitives avait toujours un impact sur les modalités relationnelles des personnes qui en souffraient et que cet impact pouvait se manifester tant par des symptômes psychologiques (anxiété, dépression, psychose) que par des troubles du comportement (apathie, agitation, agressivité). Concernant le cas de la recourante, elles ont expliqué que l'atteinte comportait notamment une altération de la cognition sociale, ce qui se traduisait par une difficulté de reconnaissance faciale à contenu émotionnel. La perception de ses propres limitations et de ses fragilités pouvait amener la personne à éprouver de la détresse, de l'anxiété ou du désespoir. L'objectif d'abstinence durable ou d'engagement psychothérapeutique

étaient des démarches qui nécessitaient une flexibilité mentale dont la recourante ne disposait plus actuellement.

S'agissant du diagnostic de trouble mental et de comportement en lien avec l'utilisation d'alcool, utilisation actuelle, les expertes ont retenu une consommation abusive d'alcool qu'à partir du milieu des années 2000, reconnue par la recourante, avec impact de sa consommation sur son éprouvé ou sur son contexte de vie qu'à partir de 2010. L'aggravation était liée à la consommation abusive d'alcool de son compagnon ainsi qu'au départ de la fille de son compagnon en mai 2010 pour rejoindre sa mère sortie de prison, puis en raison de violences conjugales subies, la décision de son compagnon de se séparer d'elle et enfin l'hospitalisation de sa mère en avril 2023. Ce diagnostic se manifestait notamment par la difficulté que présentait la recourante à contrôler la quantité consommée sur le moment et à la poursuite de cette consommation chronique malgré la survenue de conséquences négatives pour elle. Si la recourante pouvait rapporter certaines périodes de consommations contrôlées, ce qui était aussi attesté par les autres intervenants, celles-ci ne duraient souvent tout au plus que quelques mois et étaient émaillées de reprises de consommation excessives ponctuelles de quelques jours ou quelques semaines avant que la recourante ne se retrouvât à nouveau dans une période plus prolongée de consommation abusive d'alcool. Dans leur complément d'expertise (p. 8), les expertes ont rappelé que la recourante présentait une anamnèse de dépendance de longue date à l'alcool et une atteinte neurocognitive significative, dont le tableau touchait les fonctions exécutives, attentionnelles et de mémoire, ce qui renvoyait prioritairement à une probable étiologie toxique alcoolique ; les altérations cognitives objectivées par la neuropsychologue N. _____ étaient bien supérieures à ce que l'on pourrait attendre à trouver si elles étaient uniquement dues aux comorbidités psychiatriques diagnostiquées (trouble anxieux et trouble de la personnalité). Les répercussions fonctionnelles de cette dépendance à l'alcool étaient graves en raison d'une altération significative des compétences cognitives de la recourante et par une majoration de son trouble anxieux durant les périodes de consommations abusives. Cette atteinte neurocognitive venait

clairement altérer les ressources psychiques de l'intéressée pour élaborer ses troubles et développer des stratégies qui limiteraient l'atteinte à la santé, et ce y compris sur le plan addictologique. Ainsi consommait-elle de l'alcool pour « se détendre », en lien avec son trouble anxieux de base, alors que cette consommation, régulièrement abusive, contribuait à la majoration de son trouble anxieux et empêchait une potentielle récupération de ses fonctions cognitives altérées, lesquelles limitaient les capacités de l'intéressée de tirer des bénéfices des soins qu'elle allait pourtant activement chercher (cf. complément d'expertise, p. 8).

Concernant le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique, les expertes ont relevé que l'épisode de crainte de la mort soudaine et imminente par infarctus avait renvoyé la recourante au décès de son père lorsqu'elle avait 20 ans. Cela a évolué vers une crainte majeure à être seule à l'extérieur de son domicile, à utiliser son propre véhicule ou à se rendre dans les magasins ou dans un espace clos (ascenseur, IRM) par crainte d'éprouver une crise d'angoisse loin de tout refuge. Elle utilisait des stratagèmes d'évitement des situations phobogènes en restreignant de plus en plus son périmètre de vie, au point de renoncer à conduire son véhicule, de se rendre toujours dans les mêmes magasins à proximité de chez elle et de ne plus parvenir à modifier la balade qu'elle faisait avec son chien autrement qu'en changeant de sens. Même dans les lieux publics familiers, elle pouvait être saisie d'angoisses soudaines, se mettant alors à marcher énergiquement dans le lieu où elle se trouvait pour faire passer la crise, comme le lui avait appris les soignants, voire à rentrer chez elle si cette technique ne fonctionnait pas (cf. complément expertise p. 4, 2^e paragraphe). En définitive, il s'agissait d'une restriction croissante de son périmètre de vie que ses angoisses récurrentes lui imposaient pour éviter tout imprévu (cf. complément rapport expertise, p. 6). Aussi, les expertes J._____ et P._____ ont clairement expliqué pour quels motifs on ne saurait considérer l'irrégularité de la recourante aux entretiens thérapeutiques comme la preuve de la bénignité de son atteinte psychique, contrairement aux indications du SMR et de l'absence de discussion à ce sujet de l'expert V._____. En effet, il s'agissait au contraire d'indices en faveur d'une potentielle gravité de l'atteinte

psychique. Par ailleurs, lorsque l'expert V._____ a déclaré qu'il n'avait pas observé de symptômes anxieux, les expertes ont formulé l'hypothèse que les anxiolytiques pris juste avant l'entretien avaient permis de contenir lesdits symptômes. Pour finir, elles ont également critiqué l'affirmation, non étayée, du Dr V._____, selon laquelle les entretiens menés avaient uniquement révélé la présence d'une « phobie sociale légère, car la recourante sort seule sans difficulté », alors même que la recourante avait eu de grandes difficultés à se rendre au second entretien agendé auprès de cet expert.

Enfin, les expertes ont également retenu les diagnostics de trouble de la personnalité dépendante et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, tous deux sans répercussion sur la capacité de travail.

Compte tenu de ce qui précède, les expertes J._____ et P._____ ont considéré que la recourante présentait une constellation de problématiques psychiatriques dont l'évolution au fil des quinze dernières années avait malheureusement altéré très significativement ses ressources adaptatives et qu'elle se trouvait aujourd'hui démunie pour atténuer l'impact de ses troubles sur sa personne ou sur son existence. Le trouble cognitif avéré que présentait la recourante, quelle que soit son origine, impliquait que la capacité fonctionnelle de celle-ci était significativement limitée au quotidien et de manière accrue dans une activité professionnelle ou des activités complexes. Les fonctions atteintes prioritairement, à savoir les domaines de l'attention, des fonctions exécutives et de la mémoire du travail, étaient des fonctions cognitives indispensables à l'apprentissage de la nouveauté et au maintien d'une flexibilité mentale qui permettaient une adaptation aux situations changeantes. Dans le cadre de la vie privée, ce déficit cognitif se matérialisait par des habitudes empreintes de routine, avec un désintérêt et un manque de motivation à élargir son périmètre de vie, d'investir de nouveaux loisirs et de nouveaux espaces sociaux. Sur le plan professionnel, il se manifestait par des difficultés à l'apprentissage de la nouveauté. Ce déficit cognitif, en particulier relatif aux fonctions

exécutives, essentielles pour parvenir à modifier un comportement problématique, venait en outre compliquer son trouble anxieux préexistant et altérer ses ressources à tirer un bénéfice des suivis psychiatriques et psychothérapeutiques qu'elle entreprenait, y compris ceux visant à limiter sa consommation d'alcool. Les ressources de son environnement, qui se résumaient à sa mère, qui souffrait d'une maladie d'Alzheimer et qui était en attente de placement en EMS, et à son ex-compagnon, qui présentait lui-même une problématique de consommation abusive d'alcool, ne pouvaient être considérés comme un soutien à un projet d'abstinence (cf. complément d'expertise p. 9). Les expertes ont également souligné la méconnaissance de l'expert V._____ de l'atteinte cognitive de la recourante ce qui l'avait amené à interpréter faussement la difficulté de la recourante à s'inscrire dans un traitement psychiatrique pourtant bien conduit ou les ressources dont elle disposait pour affronter le quotidien au-delà de son périmètre de vie très restreint. Elles ont par ailleurs expliqué pour quels motifs le test des matrices de Raven réalisé par l'expert V._____ n'était pas suffisant pour mettre en évidence l'atteinte des fonctions cognitives que présentait la recourante.

cc) En définitive, les expertes J._____ et P._____, sur la base de l'examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels, parviennent à la conclusion que la recourante présente une dépendance de longue date à l'alcool et une atteinte neurocognitive significative, dont le tableau touchant les fonctions exécutives, attentionnelles et de la mémoire, renvoie prioritairement à une probable étiologie toxique alcoolique. Les répercussions fonctionnelles de cette dépendance à l'alcool sont qualifiées de graves, entraînant une altération significative des compétences cognitives de la recourante et une majoration du trouble anxieux dans les périodes de consommations abusives. Cette atteinte cognitive altère les ressources psychiques de la recourante pour élaborer ses troubles et développer des stratégies pour limiter l'atteinte à la santé, y compris sur le plan addictologique. S'il n'est pas contesté que la recourante recherche de l'aide, elle ne « parvient pas à exploiter cette aide au-delà de quelques comportements simples qu'elle peut mettre en œuvre pour limiter ses angoisses (marcher rapidement, faire des mandalas, rentrer à son

domicile) et, à ses dires, une meilleure limitation quantitative de ses abus d'alcool ». Ces éléments sont suffisamment graves au point de générer une invalidité. En définitive, elles estiment que la capacité de travail de l'intéressée est nulle à tout le moins depuis le mois de mai 2018 en se fondant sur la description clinique faite par les intervenants de l'équipe mobile de psychiatrie et de la Fondation S._____ et depuis le 16 août 2018 selon les arrêts de travail rédigés par le Dr C._____. Cette évaluation de la capacité totale de travail retenue par les expertes judiciaires, reposant sur des investigations complètes et minutieuses, apparaît au demeurant cohérente avec l'anamnèse personnelle, médicale et professionnelle de la recourante. C'est d'autant plus vrai qu'il apparaît, au vu de l'analyse globale du dossier, qu'il existe une réelle interdépendance dans les diagnostics posés, la consommation d'alcool étant à la fois la cause et la conséquence de ses troubles anxieux, consommation que la recourante est incapable de reconnaître comme néfaste compte tenu de ses troubles cognitifs, dont l'étiologie est vraisemblablement dû, en tout en cas en partie, à la consommation d'alcool et aux troubles anxieux. Il convient dès lors d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise du 26 juin 2023 des Dres J._____ et P._____ et au rapport de la neuropsychologue N._____ du 12 mai 2023, ainsi qu'à leur complément respectif.

dd) Pour le reste, l'avis SMR du 6 février 2024 ne permet pas de remettre en cause les conclusions des expertes. Tout d'abord, les diagnostics retenus et leur évaluation de la capacité de travail ont été motivés de manière convaincante, relevant en particulier les interactions entre les troubles cognitifs établis par la neuropsychologue et les diagnostics du registre psychiatrique qu'elles ont retenus. Il convient ensuite de relever que des difficultés d'attention, de mémorisation et de concentration ont déjà été constatées par la Dre L._____ et E._____, dans leur rapport du 10 juin 2021, ce qui rend d'autant plus crédible les résultats de l'évaluation neuropsychologique. De plus, non seulement il est erroné d'affirmer que le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique n'a jamais été mentionné dans le dossier auparavant (cf. rapport du 13 novembre 2019 du Dr C._____ et du 23 mars 2020 et 10 juin 2021

de la Dre L. _____ et E. _____), mais un tel argument n'est de surcroît pas pertinent, la désignation d'un expert ayant précisément pour but de renseigner celui qui le mandate sur des questions exigeant des compétences spéciales, ce qui inclut *de facto* la faculté de s'écarter des avis émis par d'autres spécialistes. En outre, il n'est pas contesté par les expertes, ni d'ailleurs par la recourante, que cette dernière pouvait effectuer ses tâches quotidiennes de manière autonome. Cela étant, en tant que le quotidien de la recourante est empreint d'habitudes routinières particulièrement marquées afin d'éviter des angoisses, il ne saurait être représentatif de sa capacité d'exercer une activité lucrative sur le marché primaire de l'emploi, lequel est exigeant et nécessite indubitablement des déplacements, des contacts sociaux et des facultés d'adaptation, ce dont la recourante ne dispose plus. Ainsi, l'exercice d'une activité, même impliquant peu de rapports sociaux comme le propose l'intimé, n'apparaît pas exigible. Quant aux critiques du SMR relatives au déroulement de l'examen neuropsychologique, il convient de relever que la psychologue a noté l'absence de signe d'imprégnation alcoolique lors des séances d'évaluation neuropsychologique (cf. compléments neuropsychologiques, réponse au point 6). Quoi qu'il en soit, la question de l'alcoolisation est une problématique centrale dans la symptomatologie de la recourante, si bien qu'elle a dûment été prise en compte par les expertes et la neuropsychologue. Enfin, bien que la Dre Q. _____ a discuté du dossier avec un collègue psychiatre, il n'en demeure pas moins que l'avis de ce dernier ne saurait se substituer à une expertise complète répondant aux réquisits jurisprudentiels.

Par conséquent, il y a lieu de se référer à l'évaluation de la capacité de travail opérée par les expertes J. _____ et P. _____ et de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail nulle dans toute activité à tout le moins dès le mois de mai 2018.

8. a) En définitive, vu la demande qu'elle a déposée le 11 septembre 2019, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2020, compte tenu d'un délai de carence de six mois à compter du dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI).

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

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'500 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 la mettre à la charge de la partie intimée. Cette indemnité couvre au moins ce qui aurait dû être versée au titre de l'assistance judiciaire, étant rappelé à la recourante que par courrier du 30 janvier 2023, [...], l'ancien mandataire de l'intéressée, avait également produit un résumé chiffré de l'activité déployée dans cette affaire, dans l'éventualité où des dépens seraient accordés.

9. Reste à déterminer s'il se justifie de mettre les frais de l'expertise judiciaire à la charge de l'office intimé.

a) Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (cf. TF 9C_13/2012 du 20 août 2012 consid. 3, in SVR 2013 IV n° 1 p. 1 ; TF 8C_984/2012 du 6 juin 2013 consid. 3). Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Dans un arrêt ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque le tribunal cantonal des assurances constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même une expertise en œuvre (consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative

n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3 ; TF 8C_251/2016 du 10 avril 2017 consid. 7).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (TF 8C_251/2016 du 10 avril 2017 consid. 7).

b) En l'occurrence, la Cour de céans s'est vu contrainte de mettre en œuvre une expertise judiciaire auprès des Dres J._____ et P._____ en raison des nombreuses lacunes de l'expertise réalisée par le Dr V._____ (cf. *supra* consid. 7b). Dans ces conditions, il se justifie de mettre à la charge de l'intimé la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en œuvre de l'expertise judiciaire, y compris l'évaluation neuropsychologique et leur complément respectif, soit un total de 13'888 fr. 65 (9'480 fr. + 1'615 fr. 10 + 2'250 fr. + 543 fr. 55) conformément aux notes d'honoraires produites par les Dres J._____ et P._____ ainsi que par N._____.

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

I. Le recours est admis.

- II.** La décision du 30 mars 2022 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que D._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2020.
- III.** Les frais judiciaires, 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.** Les frais de l'expertise judiciaire, de l'évaluation neuropsychologique et de leur complément respectif, par 13'888 fr. 65 (treize mille huit cent huitante-huit francs et soixante-cinq centimes) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D._____ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour D._____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :