

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 août 2015

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

K._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Raphaël Tatti,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 LPGA ; 28 et 28a LAI ; 27 RAI et 88a RAI

E n f a i t :

A. K._____, née en [...], est veuve et mère de trois enfants, dont les cadets, qu'elle a élevés, sont nés respectivement en [...] et [...]. Elle vit en Suisse depuis [...] et est titulaire d'un permis d'établissement (C). Elle a travaillé comme aide-soignante au service des urgences du X._____. (ci-après : le X._____) depuis le mois de mars 2000.

À partir du mois de février 2007, elle a présenté des périodes d'incapacité de travail de 30 à 100 % de son taux d'activité habituel, attestées par son médecin généraliste traitant, le docteur G._____, spécialiste en médecine interne générale. Le 9 avril 2009, elle a été hospitalisée à l'Hôpital de T._____ pour mise à l'abri d'idées suicidaires. Le maintien de l'hospitalisation en mode non volontaire a été décidé après une automutilation avec un verre cassé le 12 avril 2009. L'assurée a pu retourner à son domicile le 8 mai 2009. Dans leur rapport de sortie du 22 octobre 2009, les Drs N._____, V._____ et F._____, respectivement chef de clinique adjoint, médecin assistante et cheffe de clinique adjointe à l'Hôpital de T._____, ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline et d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, dans un contexte de difficultés liées à l'emploi et aux conditions économiques, ainsi que de décès d'un membre de la famille. Ils ont prescrit la poursuite d'une consultation psychiatrique ambulatoire et d'un traitement médicamenteux antidépresseur (cipralex).

Dans les dix jours qui ont suivi, le psychiatre traitant de K._____, le docteur Q._____, ainsi que le docteur G._____, lui ont conseillé une nouvelle hospitalisation en raison d'une péjoration de la symptomatologie dépressive avec apparition d'idées suicidaires scénarisées difficilement contrôlables. Le 16 mai 2009, elle a été à nouveau admise à l'Hôpital de T._____ ensuite d'un tentamen médicamenteux. Le séjour a pris fin le 26 mai 2009, une amélioration

nettement favorable ayant été constatée (rapport de sortie du 18 décembre 2009 des docteurs F. _____ et V. _____).

Le 17 mai 2010, suite à une détection précoce, K. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 7 juin 2010, le Service de médecine du personnel du X. _____ a exposé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale dès le 5 février 2009, qui avait par la suite varié de 50 % à 100 % de son taux d'activité contractuel. Après sa dernière hospitalisation à T. _____, elle avait bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique associée à un traitement antidépresseur, par les docteurs G. _____ et Q. _____, ce dernier la recevant une fois par semaine à sa consultation. L'assurée avait toutefois interrompu ce suivi par le docteur Q. _____. Depuis le dernier entretien avec le Service de médecine du personnel, l'évolution de l'état de santé de cette dernière avait été très fluctuant, avec des périodes d'aggravation avec tristesse et idées suicidaires, notamment en relation avec sa situation financière, sentimentale et professionnelle. Elle avait en outre présenté une consommation d'alcool excessive, à raison d'une demi-bouteille de whisky le soir. Elle était, enfin, traitée pour hypertension artérielle sévère, contrôlée sous quadrithérapie. Compte tenu de ces diverses circonstances, le Service de médecine du personnel du X. _____ estimait qu'une reprise de son activité d'aide-soignante à 70 % au service des urgences était difficilement possible pour l'assurée, en particulier en raison du stress à ce poste.

Dans un rapport du 5 juillet 2010 adressé à l'OAI, le docteur G. _____ a constaté que le suivi psychiatrique de l'assurée était irrégulier et qu'une prise en charge plus régulière était indispensable. En l'état, l'activité d'aide-soignante aux urgences du X. _____ ne pouvait plus être exercée. Dans un rapport du 27 juillet 2009 au docteur D. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecine du travail, chef de clinique adjoint au service de médecine du personnel du X. _____, le docteur G. _____ a par ailleurs estimé qu'un changement de poste était nécessaire, ainsi qu'une baisse du taux d'occupation à 50 % environ.

L'assurée a été à nouveau hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique de T._____ pour mise à l'abri d'idées suicidaires, du 9 au 29 juillet 2010. Dans le rapport de sortie établi le 21 octobre 2010, les docteurs S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Y._____, médecin assistante, ont noté, en anamnèse, que la patiente relatait une consommation alcoolique augmentant régulièrement depuis 2 à 3 mois, avec des consommations pouvant atteindre une bouteille de whisky par jour. L'assurée était en outre confrontée à des dettes importantes. Il n'a pas été possible pour les médecins de cet hôpital d'élaborer un projet thérapeutique construit avec l'assurée, cette dernière ayant progressivement refusé l'ensemble des propositions qui lui ont été faites.

De nouvelles hospitalisations ont eu lieu à T._____, du 23 au 31 août 2010, puis du 13 au 19 octobre 2010 et du 11 au 18 novembre 2010, toujours pour mise à l'abri d'idées suicidaires dans un contexte de multiples facteurs de stress (problèmes relationnels avec l'entourage proche et problèmes financiers notamment). Pendant ces séjours hospitaliers, l'hospitalisation a parfois été ordonnée sur un mode non volontaire pendant quelques jours. Selon les renseignements recueillis auprès du docteur Q._____ par les médecins de l'Hôpital de T._____, celui-ci suivait l'assurée à raison d'une consultation par semaine ; la compliance était toutefois mauvaise et le suivi irrégulier de la part de la patiente.

Le 19 juillet 2010, l'OAI a renoncé à proposer des mesures d'ordre professionnel, l'état de santé de l'assurée n'étant pas suffisamment stabilisé.

Le 4 septembre 2010, le docteur Q._____ a précisé à l'OAI qu'il ne voyait l'assurée que de façon « tout à fait épisodique » depuis le printemps 2006. Une anamnèse précise et une évaluation fondée de sa capacité de travail étaient difficiles dans un contexte à chaque fois

hectique, instable et tourmenté, au point qu'il devenait pratiquement impossible de se faire une idée claire de ce qui se passait au quotidien.

Le 20 décembre 2010, le docteur G._____ a pour sa part exposé que l'assurée présentait des limitations fonctionnelles imposant de renoncer à des efforts physiques, en raison de l'hypertension artérielle qu'elle présentait. Les autres limitations étaient liées aux atteintes à sa santé psychique. Le docteur G._____ constatait que l'assurée travaillait à 50 % comme aide-soignante aux urgences du X._____, mais qu'il était « bien probablement possible qu'elle arrive à un taux plus élevé avec un poste adapté dans son domaine, comme aide-soignante », dans un service plus calme.

Dans un rapport du 17 février 2011 à l'OAI, la doctoresse Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, cheffe de clinique à l'Hôpital de T._____, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, de personnalité émotionnellement labile de type borderline, dans un contexte de difficultés liées à l'emploi et aux conditions économiques, avec des passages à l'acte à répétitions avec lésions auto-infligées par sédatif et alcool. La doctoresse Z._____ constatait également des traits de personnalité histrionique et une allergie à la pénicilline, sans répercussion sur la capacité de travail. Selon elle, le comportement de l'assurée, évalué en cadre hospitalier, était apragmatique, impulsif, désordonné, associé à une importante asthénie, une labilité émotionnelle avec des fluctuations de l'humeur qui rendaient, à ce stade, toute activité professionnelle impossible.

Dès le 1^{er} avril 2011, l'assurée a baissé à 50 % son taux d'activité contractuel.

Le 13 juillet 2011, le Service de médecine du personnel du X._____ a exposé à l'OAI que l'assurée présentait un état anxio-dépressif chronique, des épisodes dépressifs sévères avec symptômes

psychotiques qui avaient nécessité une hospitalisation à T._____ au printemps 2009, qu'elle avait effectué des tentatives de suicide pour lesquelles elle avait été hospitalisée à T._____ en juillet, août et novembre 2010, qu'elle souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, d'une hypertension artérielle sévère mal contrôlée sous quadrithérapie, et qu'elle présentait un éthylysme chronique. Sur les deux dernières années, la capacité de travail de l'assurée à son poste d'aide-soignante aux urgences était estimée à 40 % au maximum.

Le 29 août 2011, le docteur C._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a pris position sur le dossier et observé que l'assurée présentait une pratique alcoolique excessive et à risque. Les troubles psychiques (« dépression, anxiété, etc. ») s'étaient développés sur un fond d'éthylysme chronique de longue date. La pratique alcoolique primaire, avec des troubles psychiques secondaires, avait une influence significative sur la capacité de travail de l'assurée depuis 2009. Le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline était constitué depuis l'enfance et n'avait entravé ni la scolarité de l'assurée, ni son insertion durable dans le monde de l'économie. L'assurée pouvait contrôler sa consommation d'alcool par un effort de volonté. L'alcoolisme devant être qualifié de primaire, il n'ouvrait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Les troubles de l'humeur qui s'étaient développés dans le sillage de la pratique alcoolique excessive n'ouvraient pas davantage droit à des prestations.

Le 21 décembre 2011, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de refus de prestations. K._____ a contesté ce projet de décision en soulignant que l'éthylysme chronique avait débuté en 2009, soit largement après l'état anxio-dépressif, dont il était une conséquence. Elle a requis une expertise médicale en vue d'établir son incapacité de travail.

Par décision du 30 juillet 2012, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité.

B. Le 14 septembre 2012, K._____ a interjeté recours à l'encontre de cette décision, dont elle demande, en substance, la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée, sous suite de frais et dépens.

L'intimé s'est déterminé et a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens, le 15 octobre 2012.

Le 30 avril 2014, le juge en charge de l'instruction de la cause a confié au docteur B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise. Celui-ci a notamment requis les rapports de sortie établis par les hôpitaux psychiatriques de T._____ et de P._____. Il en ressort que la recourante a été hospitalisée à T._____ du 11 mars au 3 avril 2014 ainsi qu'à P._____, en juin 2014 (sans autre précision) et du 17 septembre au 29 octobre 2014, pour mise à l'abri d'un risque auto- et hétéroagressif. Dans un rapport du 3 juin 2014, les docteurs J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et chef de clinique, et R._____, médecin assistante, tous deux à l'Hôpital de T._____, ont posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte, et de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline. Pour leur part, les docteurs L._____ et W._____, cheffe de clinique adjointe respectivement médecin assistante à l'Hôpital de P._____, ont posé le diagnostic de trouble schizo-affectif de type mixte, dans un rapport de sortie du 23 décembre 2014.

Le docteur B._____ a établi son rapport d'expertise le 5 février 2015. Il a posé les diagnostics suivants :

1. Trouble spécifique de la personnalité, forme mixte avec
-personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31)
-personnalité abandonnique - dépendante (F60.7),
2. Probable trouble schizo-affectif, type mixte (F25.2),
3. Etat anxieux (flottant), d'intensité variable entre léger et moyen (F41.1)

4. Troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation continue (F12.25).

Le docteur B. _____ a notamment observé :

«En ce qui concerne la problématique d'alcool, elle a joué pendant un certain temps un rôle assez important dans la discussion entre médecins et intervenants AI. Selon l'anamnèse, l'assurée a consommé de l'alcool depuis longtemps d'une manière irrégulière, souvent dans un cadre habituel, parfois accentué, mais parfois aussi avec des interruptions. Dans les différentes lettres de sortie d'hospitalisation, cette problématique n'a jamais été mentionnée explicitement comme diagnostic. Elle apparaît dans les évocations de la patiente comme parfois excessive, mais souvent en lien avec son mal-être, ses anxiétés et ses états perturbés. Les médecins de l'Assurance Invalidité ont fait la demande d'étudier les lettres de sortie mentionnées, ils se sont heurtés à un refus et ils ne pouvaient de ce fait pas saisir avec exactitude l'impact de ce problème.

Après pondération de tous les éléments obtenus à ce sujet, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il s'agit ici clairement d'un aspect secondaire. A tout instant, les problèmes psychiques (trouble de personnalité, problèmes affectifs, etc.) étaient dominants et ont parfois conditionné les consommations plus importantes. D'autres documents n'en parle[nt] pas du tout. Nous avons fait un test hépatique qui a montré l'absence d'une suspicion à ce niveau-là actuellement.

Madame K. _____ nous a évoqué une consommation de cannabis pratiquement tous les jours. Là aussi l'aspect «calmant» est tout à fait secondaire.

Ce qui n'a jamais été clarifié est la question si la consommation de cette substance ou sa réduction momentanée a eu un lien avec les symptômes psychotiques décrits. Les deux sont théoriquement possibles. Rétroactivement, il est impossible de se déterminer là-dessus. Il est cependant évident que la consommation de cannabis ne peut pas être acceptée comme une «médication». Il est préférable que Mme K. _____ suive les prescriptions de ses médecins. Notons ici entre parenthèse que la consommation journalière de cannabis nécessite une connexion à un réseau de distribution, des sorties, des liens, etc., éléments qui contredisent un peu la vision amenée par l'assurée d'un grand isolement.»

Le docteur B. _____ a également évalué comme suit le trouble de personnalité et le trouble schizo-affectif diagnostiqués, ainsi que leur influence sur la capacité de travail :

«Le trouble de personnalité, avec l'évolution dans la vie, la diminution des ressources adaptatives, des décompensations décrites a peu de probabilité d'amélioration. Il s'agit d'un problème structurel, existant de très longue date et persistant. Son expression

clinique peut varier. Le deuxième diagnostic [probable trouble schizo-affectif, type mixte] nécessite un traitement en conséquence. Nous avons vu à travers les documents cités que l'assurée était non observante à plusieurs reprises. Or, preuve a été donnée qu'avec un traitement appliqué, son état s'est nettement amélioré. Rappelons dans ce contexte aussi le fait qu'il existe passablement de patients schizo-affectifs qui peuvent mener une vie proche de la normalité. Dans le cas de Mme K. _____, il existe une très forte chance de stabilisation au moins moyenne et son propre parcours en témoigne. Rappelons dans ce contexte qu'il y a eu encore dernièrement presque trois ans (2011, 2012 et 2013) sans décompensation. Elle a eu souvent des propositions thérapeutiques mais qu'elle a refusées. Cette partie ne peut pas simplement être attribuée au problème de sa personnalité ; l'assurée a bien aussi la capacité de distinction, elle est en partie quand même adulte et son adhérence aux propositions thérapeutiques peut à tout moment être exigée.

Tenant compte de tous ces éléments et après pondération de l'ensemble des parties fonctionnelles et dysfonctionnelles, nous sommes arrivé aux conclusions suivantes :

1. L'assurée présente au stade actuel une incapacité de travail de 60 % en tant qu'aide soignante.
2. Cette incapacité de travail est susceptible d'être diminuée à 50 % (voir plus) après une stabilisation psycho émotionnelle dans la durée. Ici toutes les mesures médicales discutées et proposées sont exigibles et devraient, avec la non observance constatée, être strictement contrôlées et ce aussi dans la durée.
3. La capacité de travail (40, ensuite 50 %) est exigible uniquement dans un contexte professionnel avec faible ou moyen stress. Une insertion dans un service d'urgence d'hôpital n'est pas indiquée. Cet aspect a été déjà évoqué à plusieurs reprises par différents intervenants, mais sans en tenir compte.
4. Des mesures de réinsertion s'annoncent plutôt problématiques vu l'absence de motivation, la forte fixation sur sa propre invalidité et l'accentuation de symptômes.

Pour ce qui concerne le passé, il est très difficile de se prononcer avec précision. Néanmoins, on trouve déjà en 2011 des appréciations très proches des nôtres. A l'époque, son médecin traitant avait stipulé une capacité de 40 %, au même moment son psychiatre traitant de 50 %. La réalité était proche de cette appréciation par la suite : Mme K. _____ a assumé pendant assez longtemps un 70 % de son 70 % d'engagement, ce qui équivaut à 49 %, à savoir 50 %.

Il est évident que pendant les périodes d'hospitalisation (voire une petite période au-delà chaque fois), l'incapacité de travail était totale.

Pour ce qui concerne l'année 2014, on trouve une incapacité de travail totale certifiée à partir de janvier, deux périodes d'hospitalisation et une absence de descriptions cliniques dans l'intervalle. Nous ne pouvons donc formellement pas nous prononcer sur cette partie.

Nous proposons dès lors d'appliquer les taux évoqués dès maintenant. »

A la question de savoir depuis quand la recourante avait présenté une incapacité de travail et quelle avait été l'évolution de cette incapacité, l'expert a répondu :

«Son médecin traitant a évoqué des périodes d'incapacité de travail entre 2006 et 2009 mais sans donner de précisions. Par la suite, il y a eu une période d'incapacité de travail majeur et prolongée entre 2009 et 2010. Par la suite, toujours selon le dossier, l'assurée a travaillé autour d'un 49 %. Elle est à nouveau en incapacité de travail totale depuis janvier 2014.»

L'expertise a été communiquée aux parties pour détermination. La recourante y a renoncé, alors que l'intimé a produit un rapport établi par le docteur C._____, pour le SMR, le 3 mars 2015. Le docteur C._____ a estimé n'avoir pas de motif de s'écarter de l'appréciation de l'expert relative à une capacité résiduelle de travail de 40 % sans baisse de rendement, pouvant évoluer vers une capacité de travail de 50 % une fois les mesures médicales exigibles mises en place. L'intimé a pour sa part observé que le docteur B._____ ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail de la recourante dans une activité dans un environnement avec faible ou moyen stress, s'étant focalisé sur l'exercice d'une activité dans le milieu hospitalier. Par ailleurs, des facteurs tels que l'absence de motivation ou encore la fixation de la recourante sur son statut d'invalidé ne devraient pas jouer de rôle dans l'appréciation de son invalidité. La recourante n'était pas compliant pour le traitement médicamenteux, ce qui ne devait pas être supporté par l'assurance-invalidité, cette mauvaise compliance n'étant pas liée aux problèmes de personnalité de la recourante. Enfin, l'expert s'était essentiellement fondé sur la situation professionnelle concrète de la recourante ainsi que sur les avis des médecins consultés ayant attesté des périodes d'arrêt de travail. Il aurait dû apporter sa propre évaluation de la capacité de travail ou, du moins, expliciter les raisons qui l'avaient incité à aller dans le sens de ces constatations.

L'intimé a maintenu ses conclusions, sous réserve d'un complément d'instruction sur les points soulevés dans sa détermination.

Le 18 mars 2015, la recourante a produit une attestation établie le 10 mars 2015 par le docteur H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue M._____, pour le Centre de psychothérapie de jour E._____, à [...]. Ces derniers indiquent que la recourante est suivie au Centre de psychothérapie de jour depuis le 22 août 2014, avec des périodes d'interruption dues à des décompensations psychotiques qui ont nécessité des hospitalisations en milieu psychiatrique. La santé psychique de la recourante en ce qui concerne son trouble schizo-affectif est très fragile, raison pour laquelle le traitement anti-psychotique a été adapté, actuellement en augmentation progressive. La recourante est suivie au centre de manière régulière et elle ne pouvait pas exercer d'activité professionnelle, le fait de venir pour participer aux groupes demandant déjà un effort majeur de sa part.

Le 11 mai 2015, le tribunal a communiqué à la recourante la détermination de l'intimé et son annexe. Il a également communiqué à l'intimé l'attestation établie par le docteur H._____ la psychologue M._____. Il a informé les parties du fait que les compléments d'instructions requis étaient rejetés et que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait notifié prochainement.

Le 10 juin 2015, la recourante a produit un rapport médical du Centre des E._____ signé par le Dr H._____. Ce médecin s'est dit étonné par le diagnostic principal retenu par le Dr B._____ et a notamment précisé que selon lui, la pathologie prépondérante de sa patiente était un trouble schizo-affectif qui nécessitait régulièrement des adaptations du traitement. Il indiquait que l'évolution de ce trouble était très instable et qu'en aucune cas dans son état actuel l'assurée ne pourrait exercer une activité professionnelle. Ce rapport a été transmis à l'intimé pour information en date du 7 juillet 2015. L'OAI ne s'est pas déterminé sur ce document.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA et, en assurance-invalidité, par l'art. 69 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS. 831.20). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. Compte tenu de la date de dépôt de la demande (17 mai 2010), le droit à la rente n'entre en considération qu'à partir du 1^{er} novembre 2010, soit le premier jour du sixième mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Par ailleurs, le tribunal doit prendre en considération le droit aux prestations compte tenu de l'évolution des circonstances jusqu'au moment de la décision litigieuse, soit jusqu'au 30 juillet 2012 (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b).

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- 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 ;

- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

b) aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité (art. 8 al. 3 LPGA, 28a al. 2 LAI, 27 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS. 831.201]).

cc) L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré

est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI).

dd) Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (cf. ATF 133 V 504 consid. 3.3, 125 V 146 consid. 2c, 117 V 194).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). En assurance-invalidité, cette disposition est complétée par l'art. 88a al. 1 RAI, qui prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

3. En l'espèce, la recourante exerçait son activité lucrative à 70 % avant le début de l'incapacité de travail sur laquelle elle fonde sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a exposé à l'intimé, lors d'un entretien du 23 mars 2010, que sans atteinte à la santé, elle souhaiterait poursuivre son activité professionnelle à 70 %. Il convient par conséquent d'appliquer la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, en tenant compte d'une répartition de 70 % du temps consacré à l'exercice d'une activité lucrative et 30 % du temps consacré à l'exercice des activités ménagères usuelles.

4. a) L'intimé a considéré que la recourante ne présentait aucune incapacité de travail en raison d'une atteinte à la santé à prendre en considération par l'assurance-invalidité. Il s'est référé à l'avis émis par son Service médical régional le 29 août 2011, d'après lequel la recourante avait une consommation alcoolique excessive, primaire, qui ne constituait pas une atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. La recourante conteste ce point de vue et soutient que sa consommation alcoolique est la conséquence des atteintes à la santé psychique.

b) aa) 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 p. 268). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités ; voir

également TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2, 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

bb) 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 cité, consid. 5.3 et 9C_395/2007 cité, consid. 2.3).

cc) L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes

atteintes à la santé (arrêts 9C_618/2014 cité, consid. 5.4 et 9C_395/2007 cité, consid. 2.4).

c) L'expert B._____ a posé les diagnostics de trouble spécifique de la personnalité, forme mixte avec personnalité émotionnellement labile type borderline et personnalité abandonnique et dépendante, de probable trouble schizo-affectif, type mixte, d'état anxieux (flottant), d'intensité variable entre léger et moyen, ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation continue, ce dernier diagnostic étant toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. L'expertise répond aux critères posés par la jurisprudence en la matière et doit être qualifiée de probante. En ce qui concerne la question de la consommation d'alcool de la recourante, l'expert a exposé, de manière convaincante, qu'elle était secondaire aux troubles psychiques de la recourante, qui étaient dominants et avaient parfois conditionné les consommations plus importantes d'alcool. Dans ce contexte, le docteur B._____ a estimé très vraisemblable qu'une stabilisation des atteintes à la santé psychique de la recourante entraînerait une réduction de la consommation d'alcool. L'intimé a considéré à tort que la consommation alcoolique était primaire et a nié à tort l'existence d'atteinte à la santé psychique au sens de l'assurance-invalidité.

5. a) Le docteur B._____ a évalué à 40 % la capacité résiduelle de travail de l'assurée dans une activité d'aide-soignante, pour autant qu'elle soit accomplie dans un service ne l'exposant pas au stress, le service des urgences du X._____ étant inadapté de ce point de vue. L'expert a toutefois exposé qu'un traitement médical raisonnablement exigible devrait conduire à une stabilisation du trouble schizo-affectif. Contrairement à ce que soutient l'intimé, l'expert a procédé à sa propre appréciation de la capacité de travail de l'assurée et s'est bien prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, non soumise au stress. Pour forger cette appréciation, il ne pouvait toutefois pas ignorer l'anamnèse sociale, médicale et professionnelle de la recourante. Par ailleurs, l'expert a surtout souligné que son appréciation de la capacité

résiduelle de travail rejoignait celle qui avait été posée à l'époque par les médecins traitant de la recourante. Cette capacité de travail dépend des fluctuations importantes de son état de santé, avec une période de décompensation importante en 2009 et 2010, et une période de stabilisation entre 2011 et 2013, avec apparemment un relativement bon fonctionnement. On peut déduire de l'expertise du docteur B. _____ qu'un traitement médical adéquat et régulier - exigible de la recourante - permettrait, conjointement avec un reclassement dans une activité sans stress, de maintenir un état de santé stabilisé, avec une capacité résiduelle de travail de 50 %. L'appréciation du docteur B. _____ rejoint également celle du Service de médecine du personnel du X. _____, qui a exposé le 13 juillet 2011 que la capacité résiduelle de travail de l'assurée avait été de 40 % au maximum sur les deux dernières années ; la recourante avait repris son taux d'activité à 50 % depuis le 1^{er} avril 2011, mais présentait de nombreuses périodes d'incapacité de travail de courte durée. Depuis lors, les docteurs G. _____ et Q. _____ attestent une incapacité de travail de 50 % (rapports du docteur G. _____ du 14 juillet 2011 et du docteur Q. _____ du 23 juillet 2011). Dans ce contexte, il convient de constater que la recourante a présenté une capacité de travail de 40 % - par rapport à un taux d'activité de 100 % - pendant toute la période du 1^{er} novembre 2009 au 31 mars 2011, puis qu'elle a recouvré une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} avril 2011 et jusqu'à la date de la décision litigieuse du 30 juillet 2012 au moins. Elle a ensuite subi une nouvelle décompensation psychique, nécessitant notamment deux hospitalisations en 2014 et entraînant une limitation plus importante de sa capacité de travail. Dans ce contexte, le docteur B. _____ a évoqué, en réponse aux questions 2.2 du questionnaire de l'intimé, et 6 du questionnaire de la recourante, une incapacité de travail de 60 % au moment de l'expertise, avant de mentionner en réponse à la question 7 de la recourante, une incapacité de travail totale. Il est probable que cette dernière réponse résulte d'une inadvertance. Il n'est toutefois pas nécessaire de clarifier ce point à ce stade, dès lors qu'il porte sur une période largement postérieure à la décision litigieuse.

b) Compte tenu de la nature des atteintes à la santé présentées par la recourante, largement dépendantes du stress professionnel, il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité à exercer les tâches ménagères ordinaire pendant la période litigieuse. Rien n'indique, en effet, que le trouble spécifique de la personnalité et le trouble schyzo-affectif, ainsi que l'état anxieux de la recourante auraient eu, sur une durée prolongée, une influence notable sur sa capacité à effectuer ces tâches sur 30 % de son temps pendant la période litigieuse.

c) aa) En prenant en considération, pour la période du 1^{er} novembre 2009 au 31 mars 2011, une incapacité de travail de 60 % dans l'activité d'aide-soignante – que l'on assimile au taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assurée à une activité lucrative –, et en ne retenant aucun empêchement pour l'exercice des tâches ménagères habituelles, le taux d'invalidité global de la recourante, selon la méthode mixte, est de 42 % ($60 * 70\%$) et lui ouvre droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité, dès le 1^{er} novembre 2010.

Contrairement à ce que soutient l'intimé, il n'y a pas lieu de prendre en considération un taux d'invalidité inférieur au motif que la recourante aurait dû spontanément suivre un traitement médical ou rechercher une activité professionnelle moins stressante. En juillet 2010, l'intimé avait renoncé provisoirement à toute mesure d'ordre professionnel, en l'absence de stabilisation de l'état de santé de la recourante. Il n'a jamais enjoint la recourante à suivre un traitement médical ni à se reclasser professionnellement, au besoin par une mise en demeure écrite, conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA.

bb) Dès le mois d'avril 2011, l'état de santé de la recourante s'est provisoirement stabilisé et lui a permis de recouvrer une capacité de travail de 50 %. Le taux d'invalidité global de la recourante a ainsi été réduit à 35 % ($50 * 70\%$), toujours en prenant en considération une pleine capacité de la recourante dans l'exercice de ses activités non lucratives habituelles. Il en résulte que le droit à la rente a pris fin trois mois après l'amélioration constatée, soit dès le 1^{er} juillet 2011.

cc) A la suite de la nouvelle décompensation de l'état de santé de la recourante, il est probable qu'un nouvel examen du droit à la rente doive être effectué, pour la période postérieure à la décision litigieuse. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de compléter l'instruction au regard notamment des rapports des 10 mars 2015 et 8 juin 2015 du Centre de psychiatrie et psychothérapie des E._____ et, probablement, de mettre la recourante en demeure de suivre un traitement régulier et de se reclasser professionnellement, conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA. Mais les documents produits par la recourante, qui portent sur des faits largement postérieurs à la décision litigieuse, ne justifient pas de compléter l'instruction dans la présente procédure de recours contre la décision du 30 juillet 2012.

6. a) Vu ce qui précède, la recourante a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2010 au 30 juin 2011 et voit ses conclusions partiellement admises. Les frais de procédure, fixés à 400 fr., sont mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI) qui versera également une indemnité de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Cette indemnité couvre intégralement le montant qui pourrait être alloué à Me Tatti pour son mandat d'office.

b) L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit par ailleurs que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui les a ordonnés et qu'à défaut, celui-ci rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas. Le Tribunal fédéral admet que cette disposition fonde l'obligation des offices de l'assurance-invalidité de prendre en charge les frais d'une expertise judiciaire, lorsque celle-ci a été ordonnée pour compléter une instruction insuffisante en procédure administrative, compte tenu du dossier dont disposait l'intimé au moment de statuer (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 ; ATF 139 V 496 consid. 4.4).

c) En l'espèce, l'intimé ne pouvait pas statuer en l'état du dossier dont il disposait, sans ordonner d'expertise. En particulier, il ne pouvait pas, après s'être heurté à un refus du Département de psychiatrie

du X._____ de produire les lettres de sortie concernant la recourante, renoncer à renouveler sa demande en la justifiant plus précisément, pour se limiter à une analyse de quelques lignes, établie sur dossier par son Service médical régional, les 4 juillet 2011 et 29 août 2011. Cette analyse constate que l'éthylisme chronique est primaire et que la capacité de travail de la recourante n'avait pas été entravée, dans un premier temps, par le trouble de la personnalité émotionnellement labile constitué depuis l'adolescence. On voit toutefois mal pourquoi une incapacité de travail ensuite d'une décompensation de ce trouble ne pourrait pas être retenue par la suite. Par ailleurs, l'affirmation relative au caractère primaire de l'éthylisme chronique n'est guère motivée et ne repose pas sur une connaissance suffisante de l'anamnèse médicale, ni sur aucun entretien avec la recourante. Enfin, un avis psychiatrique sur le caractère primaire ou secondaire de l'alcoolisme était manifestement nécessaire compte tenu des diagnostics psychiatriques posés. Dans ces circonstances, les frais d'expertise judiciaire établie par le docteur B._____, d'un montant de 6'618 fr., seront mis à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 30 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que K._____ a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2010 au 30 juin 2011.
- III. Les frais judiciaire, fixés à 7'018 fr. (sept mille dix huit francs) au total, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cent francs) à K._____.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Raphaël Tatti, avocat (pour K._____),
- Office AI pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :