

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 février 2020

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Métral, juge et Mme Gabellon, assesseure  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, agissant par **R.**\_\_\_\_\_, curateur, et représentée par Me Marc Zürcher, avocat auprès de Procap Suisse, Service juridique, à Bienne.

et

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

---

**Art. 6 à 8, 17, 43 et 44 LPGA ; art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** U.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en [...], a travaillé en qualité d'assistante de direction pour la J.\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2001. A l'initiative de l'assureur perte de gain en cas de maladie, une demande de détection précoce a été introduite le 27 février 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Selon les indications figurant dans le formulaire, l'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 14 juin 2011 en raison d'un burnout et d'une dépression. Elle a été prise en charge par la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. attestations des 16 décembre 2011 et 17 janvier 2012), par la Clinique D.\_\_\_\_\_ jusqu'au 14 novembre 2011 (cf. attestation du 14 novembre 2011) et par son médecin traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Ce dernier a exposé que sa patiente était atteinte de troubles du sommeil, puis d'angoisses et de symptômes dépressifs depuis le mois de septembre 2010 dans le cadre d'un état anxio-dépressif récidivant (rapports des 4 août et 3 novembre 2011).

C.\_\_\_\_\_, assurance perte de gain en cas de maladie de la J.\_\_\_\_\_, a pris en charge le cas et versé des indemnités journalières (cf. dossier perte de gain versé au dossier AI le 8 mars 2012, pp. 7 ss).

L'intéressée a été hospitalisée du 9 au 11 avril 2012 au Département de psychiatrie du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_) à l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_ en raison d'une décompensation psychiatrique et d'un état d'alcoolisation.

Il ressort du formulaire de détermination du statut du 12 avril 2012 que l'assurée était active à 75 % et ménagère à 25 %.

Dans un rapport du 24 avril 2012, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a posé les diagnostics, non datés, avec

répercussion sur la capacité de travail d'alcoolisme, de dépendance à l'alcool épisodique et, sans répercussion sur la capacité de travail, d'épisodes d'alcoolisation, estimant que sa patiente était « absolument capable de travailler » à 100 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2012 et préconisant un traitement psychiatrique et une hospitalisation prolongée pour le sevrage. Il a en outre relevé que l'assurée était peu compliant.

C. \_\_\_\_\_ a soumis l'assurée à expertise. Dans un rapport du 11 juin 2012, la Clinique M. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25 selon la CIM-10), actuellement en phase de rémission et de troubles de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, actuellement en phase de *status post* (F43.22), ne retenant aucune limitation de la capacité de travail, mais recommandant une reprise progressive dans un contexte de « fragilité » de la personnalité en raison d'un long déconditionnement après un arrêt de travail de plus de dix mois à l'époque. L'expert a estimé que dans l'emploi à temps partiel de 75 %, la capacité de travail était de 50 % horaire et 100 % de rendement au 2 mai 2012 et de 100 % horaire et rendement au 14 mai 2012.

Par rapport du 28 août 2012, le Dr G. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif sur problèmes professionnels et familiaux existant depuis 2010. Il a indiqué que sa patiente était en incapacité de travail à 100 % du 14 juin 2011 au 27 mai 2012, à 80 % du 28 mai 2012 au 10 juin 2012, à 50 % du 11 juin 2012 au 2 juillet 2012 et qu'elle avait repris son travail à 100 % depuis le 16 juillet 2012 vu la nette amélioration psychique.

Par rapport du 7 septembre 2012, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu un diagnostic CIM-10 « Z71.1 », soit un « sujet inquiet de son état de santé (sans diagnostic). » Ce service a en outre retenu comme diagnostics associés exclus du ressort de l'assurance-invalidité la dépendance à l'alcool, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission et un trouble de la

personnalité émotionnellement labile de type borderline. Pour le SMR, il n'y avait pas d'incapacité de travail durable.

Par décision du 18 décembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestation du 27 février 2012. Il a retenu que l'intéressée travaillait comme secrétaire à 75 %, le solde étant consacré aux activités ménagères. Il a reconnu qu'elle présentait une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle dès le 14 juin 2011, mais exclu tout empêchement dans la tenue du ménage. Retenant un degré d'invalidité de 28,12 %, l'OAI a ainsi refusé le droit à une rente. En outre, considérant que l'assurée présentait à nouveau une pleine capacité de travail dès le 16 juillet 2012, il a estimé que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires. Dite décision est entrée en force.

**b) L'assurée a été licenciée pour le 31 mai 2013.**

Elle a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI le 18 novembre 2013 en raison d'un syndrome de panique sévère (agoraphobie), d'un état dépressif et de problèmes d'alcool, déclarant être en incapacité de travail à 100 % depuis le 24 octobre 2012.

Par rapport du 6 janvier 2014, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a exposé que sa patiente souffrait depuis trois à quatre ans d'un syndrome de panique, compliqué par un état dépressif et un problème d'alcool majeur. Il a instauré un traitement antidépresseur (Cipralex 10 mg et Xanax 0,5 mg, 2 cp/jour). Il a précisé qu'il n'avait pas été possible de mettre en place un suivi psychiatrique, sa patiente étant incapable de sortir de chez elle. Il a indiqué qu'après deux mois d'abstinence, sa patiente a rechuté, refusant alors une hospitalisation à la Clinique D.\_\_\_\_\_ pour un sevrage. Celui-ci a été effectué à domicile avec l'aide de la P.\_\_\_\_\_, sa patiente rechutant à nouveau pendant les fêtes au terme d'une courte période d'abstinence. Selon ce médecin, la prise en charge actuelle était un échec. Il a toutefois indiqué que sa patiente acceptait un séjour prolongé à l'Institut Y.\_\_\_\_\_ à [...], hospitalisation qualifiée d'urgente par le Dr S.\_\_\_\_\_. A son avis,

sa patiente était incapable de se prendre en charge à domicile. Il a conclu à une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2012.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ a complété son premier rapport le 23 octobre 2014, indiquant qu'une première tentative de placement à l'Institut Y.\_\_\_\_\_ avait échoué, le traitement antidépresseur et anxiolytique se poursuivant à domicile, avec un encadrement infirmier et l'aide de la P.\_\_\_\_\_. Il a précisé que le suivi psychiatrique ambulatoire s'était révélé impossible en raison de l'agoraphobie de la patiente. Il a exposé que la situation sociale s'était fortement détériorée, la patiente étant incapable d'assumer son administration. En outre, une demande de curatelle volontaire était en cours. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un nouveau sevrage à domicile avait été effectué et qu'un nouveau séjour à l'Institut Y.\_\_\_\_\_ était prévu dans les jours à venir, seule solution à ses yeux pour sortir sa patiente de la dépendance. Enfin, il a considéré que sa patiente restait incapable de travailler, même dans un emploi adapté.

Par rapport du 23 décembre 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et chef de clinique au Service psychiatrique du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ (Hôpital Q.\_\_\_\_\_), a indiqué que l'assurée a été hospitalisée du 7 au 28 janvier 2013 dans son service. Il a alors posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance avec sevrage compliqué avec perte de connaissance d'origine indéterminée (F10.3) et de troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25). Il a relaté que l'intéressée a bénéficié d'un sevrage à l'alcool qui s'est apparemment compliqué d'une perte de connaissance, dont l'origine n'a pas pu être déterminée. Elle a nécessité une surveillance aux soins intensifs de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_. Elle est ensuite revenue à l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_. Il a précisé qu'une électroencéphalographie (EEG) et une imagerie par résonance magnétique (IRM) avaient été effectuées afin d'exclure un foyer épileptogène ou un autre processus intracrânien qui aurait pu être la cause de la syncope. A son avis, à la sortie de l'hôpital et durant son hospitalisation, l'assurée n'avait d'autres limitations que celles liées à ses consommations directes d'alcool, à savoir

une somnolence en altération et des comportements ajoutés aux consommations d'alcool.

Par rapport du 20 octobre 2015, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de dépression sévère (F32.2), de phobie sociale (F41.1), de personnalité dépendante (F60.7) et d'alcoolisme (F1x.2). Il a indiqué avoir débuté un traitement le 16 juin 2015, relatant que sa patiente avait été hospitalisée trois fois à l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_, la dernière fois du 15 juillet 2015 au 22 juillet 2015 et qu'il avait prescrit un traitement psychotrope. Il a exposé que l'incapacité de travail était de 100 % depuis environ deux ans, sa patiente ne pouvant affronter l'extérieur et la responsabilité d'un travail.

Réévaluant la situation par rapport du 12 décembre 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_ a confirmé ses précédents diagnostics et l'incapacité de travail de l'assurée. Il a proposé un suivi à raison d'un rendez-vous toutes les deux semaines, mais signalé un suivi irrégulier à raison d'environ une fois par mois en raison d'annulation de rendez-vous ou de problèmes de transport. A son avis, la consommation d'alcool était un problème secondaire. Le psychiatre traitant a décrit une problématique lourde, des hospitalisations nombreuses, un évitement et un besoin de soutien anaclitique qui lui font craindre un pronostic sombre.

Sur avis du 2 février 2017 du SMR, une expertise médicale a été confiée au Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'expert devant notamment se positionner de façon argumentée à propos des diagnostics retenus, de l'origine primaire ou secondaire de la consommation d'alcool, de l'exigibilité d'un sevrage et d'un suivi psychiatrique régulier, ainsi que sur les ressources de l'assurée en vue d'un projet de travail et de réinsertion avec un éventuel appui. En outre, l'indication à un examen neuropsychologique devait être évaluée par l'expert.

La Justice de paix du [...] a instauré une mesure de curatelle de représentation et de gestion le 4 septembre 2017, désignant en date du 6 novembre 2017, après avoir relevé un premier curateur, R. \_\_\_\_\_ en qualité de curateur d'U. \_\_\_\_\_.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a déposé son rapport d'expertise le 29 janvier 2018, précisant avoir examiné l'assurée le 22 janvier 2018. Ne pouvant objectiver de troubles cognitifs (exclusion de trouble irréversible type syndrome de Korsakoff ou encéphalopathie de Wernicke), il a renoncé à effectuer un examen neuropsychologique. L'expert n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant. Il a par contre fait état de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, vraisemblablement utilisation continue (F10.25), ainsi que de vraisemblables traits anxieux, mais sans retenir une véritable personnalité anxieuse (F60.9). Il a relevé que, mis à part les hospitalisations en milieu psychiatrique, il n'y avait aucun document au dossier qui signalait une prise en charge régulière et cohérente dans les règles de l'art, notamment concernant la consommation d'alcool qui, selon toute vraisemblance, constituait le principal problème de l'assurée. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a mis en évidence le comportement oppositionnel et non collaborant de l'assurée tant avec ses médecins traitants qu'en cours d'expertise, ainsi que son refus de procéder à un dosage plasmatique. Pour lui, un sevrage d'alcool avec une postcure était nécessaire, mais pas urgent en l'absence de troubles notamment cognitifs. Un tel sevrage n'a pas semblé exigible s'agissant d'une expertisée pas du tout motivée à arrêter sa consommation d'alcool, ce qui la rendait de l'appréciation de l'expert, inapte à suivre un traitement. D'éventuelles mesures de réadaptation n'étaient pas davantage exigibles, car vouées à l'échec. L'expert a exclu une atteinte à la santé psychique dans le ménage, les loisirs et activités sociales. S'agissant de l'agoraphobie, l'expert n'a pas pu objectiver de symptôme, précisant que l'assurée s'était montrée très contradictoire et qu'au moment de l'entretien, il n'y avait pas de signes ou symptômes d'un état anxieux, en tout cas pas décompensé. En l'absence de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique, l'expert a considéré que l'expertisée avait toujours été capable de travailler à 100 %. Le

Dr B.\_\_\_\_\_ a qualifié de l'alcoolisme de plutôt primaire et non secondaire à une maladie psychiatrique ou à un trouble de la personnalité.

Dans un avis du 22 février 2018, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise psychiatrique, considérant que la capacité de travail de l'assurée était entière.

Par décision du 7 mai 2018, confirmant projet de décision du 8 mars 2018, l'OAI a refusé à l'assurée des mesures professionnelles et une rente d'invalidité considérant que, selon les renseignements médicaux obtenus, elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante qui soit la cause ou la conséquence de l'alcoolisme et qui limitait sa capacité de travail ou lui imposait des limitations fonctionnelles.

**B.** Par acte du 28 mai 2018, complété le 17 août 2018, U.\_\_\_\_\_, agissant par son curateur R.\_\_\_\_\_ et assistée par [...], assistante sociale au Centre social régional de [...], puis par Me Marc Zürcher (Procacp Suisse), recourt contre la décision du 7 mai 2018. Elle conclut, sous suite de frais, principalement à ce que la décision soit annulée et à ce que son droit à des prestations de l'assurance-invalidité soit constaté, et subsidiairement à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire. Se fondant sur un rapport médical du Dr W.\_\_\_\_\_ du 31 mai 2018 et sur les précédents rapports émanant du même psychiatre traitant (20 octobre 2015 et 12 décembre 2016), elle fait valoir qu'elle présente les diagnostics invalidants de dépression sévère sans trouble psychotique (F32.2), d'agoraphobie (F40.01) et de phobie sociale (F40.1), de sorte qu'à son avis, elle est en incapacité totale de travailler. Elle soutient que son parcours de vie chaotique et les situations très dures vécues pendant l'enfance et la jeunesse n'ont pas été examinées de manière assez attentive par l'expert. Elle est d'avis que l'instruction doit être complétée sur ce point, ainsi que sur la dépendance à l'alcool et sur les troubles cognitifs allégués.

Par décision du 4 septembre 2018, la juge instructrice a accordé à U.\_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance judiciaire dans le sens

d'une exonération d'avance, d'une exonération des frais judiciaires et d'une exonération de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> octobre 2018, l'OAI conclut au rejet du recours. Il expose que selon le rapport d'expertise du 19 janvier 2018, l'assurée dispose d'une entière capacité de travail depuis toujours, que l'alcoolisme représente le principal problème de l'intéressée et que les troubles mentaux et comportementaux qui en résultent ne constituent toutefois pas des obstacles à l'exercice d'une activité lucrative pour une personne dont le quotidien et le parcours de vie démontrent des ressources. Il relève que, selon la même source, l'abstinence ne fait pas partie des projets de l'assurée.

Par réplique du 23 octobre 2018, l'assurée maintient ses motifs et conclusions.

**C.** Par avis des 22 mars et 26 avril 2019, la juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dont l'établissement a été attribué à la Dre E.J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 2 octobre 2019, la Dre E.J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de grave trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3), de séquelles de maltraitance sévère de l'enfance, avec notions d'abus sexuels répétés et de violence physique (Z61.4 - Z61.5 et Z61.6) et d'agoraphobie avec trouble panique, survenue à la suite d'une blessure de l'image de soi au travail (F40.01). Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu les diagnostics de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, dont l'utilisation actuelle serait épisodique et contrôlée (F10.26), ainsi qu'un déficit cognitif d'origine éthylique probable (F10.73). Au titre d'appréciation du cas, l'experte a mentionné les éléments suivants :

**« Appréciation du cas**

Il s'agit d'une expertisée âgée de 53 ans, née à [...], issue de parents [...] (détentrice d'un permis C).

Après avoir accompli une scolarité obligatoire, elle a suivi un an d'école de commerce puis 4 ans d'université en psycho-criminologie aux [...]. Elle ne détient pas de diplôme professionnel.

En 2001, l'intéressée a été engagée comme assistante de direction par Clinique D.\_\_\_\_\_. Le 14 juin 2011, elle a été mise en arrêt maladie. Alors qu'elle a repris progressivement son poste habituel, un nouvel arrêt a été signé à partir du 24 décembre 2012. Un licenciement au 31 mai 2013 clôt définitivement tout rapport de travail avec un employeur.

Après avoir déposé deux demandes à l'AI (la première le 30 décembre 2011, la seconde le 18 novembre 2013), l'examinée a essuyé deux notifications de refus de prestations.

*Sur le plan familial*, l'anamnèse psychiatrique est chargée : l'explorée énumère une mère qui aurait porté un diagnostic de trouble affectif bipolaire, un père physiquement violent et incestueux, une sœur sévèrement dépressive et des notions de consommations d'alcool, bien que festive, chez les parents. Le fils aurait souffert d'un TDAH (avec une période révolue de forte consommation éthylique).

Du point de vue *personnel*, U.\_\_\_\_\_ retrace une enfance traumatisante, durant laquelle elle aurait été victime de la violence physique et sexuelle répétée de la part de son père ; notions également d'un viol de la part d'un ami de celui-ci. Sa mère aurait montré une haine envers sa fille ainsi qu'une certaine complicité quant aux actes de son mari. Le parcours sentimental de l'assurée est décrit comme chaotique, principalement caractérisé par des relations avec des hommes violents ; de l'un d'eux est issu un fils hors mariage.

Alors que l'intéressée annonce avoir efficacement surmonté ses carences et maltraitements infantiles en s'investissant dans son parcours scolaire et professionnel dans un premier temps selon elle sans laisser de séquelles, elle s'effondre sur un mode anxieux rapidement phobique et paralysant, suite à un vraisemblable mobbing (elle dénonce un harcèlement avec dénigrement au travail, dans un contexte de pression généralisée à la démission). Son licenciement, effectif au 31 mai 2013, précipite une consommation d'alcool déjà sensible depuis la trentaine.

L'expertisée n'est pas parvenue à se remettre de cet événement : ayant passé son temps depuis lors recluse à son domicile, étendue jour et nuit sur son canapé du salon, elle n'a ni repris d'activité ni n'a vu ses symptômes phobiques s'amender, malgré la mise en place de suivis psychiatriques. Depuis son licenciement elle ne parviendrait plus à sortir seule de chez elle, en dehors d'un périmètre de marche de quelques centaines de mètres lorsqu'elle se sent le moins mal.

À l'examen de ce jour il s'agit d'une femme orientée et collaborante, munie d'excellentes compétences intellectuelles constitutionnelles. Sa bonne maîtrise de la langue française et son attitude digne donnent le change, laissant l'impression d'une personne compétente aux ressources efficaces. Malgré quelques stigmates de consommation au long cours, elle n'était pas alcoolisée lors de

l'entretien. Que sa problématique d'éthylisme ait été utilisée comme anxiolytique ou dans un but de fuite des réalités, celle-ci a une fonction secondaire, comme l'indique la persistance des symptômes malgré l'annonce de son interruption. Ce n'est donc pas son principal diagnostic.

En contrepartie, l'examen révèle une personnalité fragile, caractérisée par des contacts difficiles avec autrui, souvent conflictuels. Dans son quotidien l'explorée reste pétrée d'angoisses paralysantes, qui bloquent toute cicatrisation de la blessure infligée durant les derniers mois d'activité professionnelle. L'incapacité de se défendre contre celles-ci peut être mise en corrélation avec les antécédents de maltraitance, qui ont amoindri les ressources de l'assurée et ses moyens de surmonter ses symptômes. L'expertisée vit aujourd'hui recluse chez elle, figée et envahie par sa phobie d'être à nouveau blessée dans une relation interpersonnelle. Bien que ce mode existentiel lui apporte une illusion de sécurité, elle souffre de ne pouvoir se déplacer qu'avec la sollicitation d'un taxi.

Quant à la recherche des *signes dépressifs*, leur intensité n'a pas été prédominante, même si toute atteinte anxieuse est implicitement associée à une baisse de l'humeur. La dépression n'a donc pas été interprétée comme la problématique principale actuellement.

Par ailleurs, certains signes (bradypsychie, imprécision de la pensée, rendement mnésique médiocre, perte des acquis et confabulations éventuelles), devront être suivis de près, ceux-ci pouvant correspondre aux prémisses d'une démence alcoolique.

En ce qui concerne l'exigibilité professionnelle, le fait que U. \_\_\_\_\_ ne parvienne pas à sortir de chez elle par peur paralysante d'être confrontée à des personnes inconnues - qui pourraient lui faire du mal - ne permet pas que l'on attende d'elle qu'elle exerce une activité professionnelle. Au vu de ses modestes qualifications, l'on ne pourra pas non plus se diriger vers l'exercice d'un travail au domicile (home office). L'existence d'une maladie psychiatrique durablement incapacitante doit en conséquence être reconnue, ceci depuis le licenciement du 31 mai 2013.

En ce qui concerne les *propositions thérapeutiques*, la piètre efficacité de 6 ans de suivi psychiatrique interpelle : au vu du nombre de spécialistes consultés et de la notion récurrente de rendez-vous manqués ou en état d'ébriété avancée selon les appréciations médicales, il y a lieu de déduire que l'intéressée n'est pas parvenue à entrer dans un processus de soins efficient. Il n'est pas sûr qu'elle en ait les moyens. Dans l'idéal la thérapie préconisée serait l'élaboration, dans un milieu rassurant, des traumatismes vécus, avant une exposition au monde extérieur, de manière progressive et accompagnée. Etant donné qu'une nouvelle prise en charge vient d'être entamée (auprès de la Dre PT. \_\_\_\_\_ [ndr. : Dre PT. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie]), le bon rapport de confiance annoncé au premier rendez-vous permettra peut-être à cette femme de s'engager dans ce type de thérapie. Le pronostic d'amélioration et de surcroît de reprise professionnelle à moyen terme reste bien hypothéqué.

Face à ces observations et avec l'accord de l'expertisée, deux contacts téléphoniques ont été pris avec les psychiatres traitants : d'une part avec la Dre PT. \_\_\_\_\_ qui, dans un aimable échange, a pris note des conclusions de ce rapport en y donnant son

assentiment, tout en exprimant chaleur et motivation à s'investir dans cette nouvelle prise en charge.

D'autre part avec le Dr W.\_\_\_\_\_, qui n'a plus revu l'examinée depuis août 2017. Ce précédent psychiatre traitant avait déployé une énergie massive pour entretenir un lien thérapeutique et pour pallier aux multiples crises de sa patiente, qu'il met en corrélation avec la sévérité de son trouble de la personnalité. Le caractère systématique des annulations et des manquements non justifiés aux rendez-vous fixés a toutefois rendu la prise en soins aléatoire. A ces difficultés semblent s'être surajoutées des pertes cognitives, qui pourraient être révélatrices d'un processus démentiel. Le Dr W.\_\_\_\_\_ n'imagine pas sa patiente travailler, ceci pour des motifs d'ordre psychiatrique.

Le Dr S.\_\_\_\_\_, qui n'a pas vu U.\_\_\_\_\_ depuis plusieurs années, a appuyé dans son mail les problèmes de compliance. »

L'experte a répondu comme il suit au questionnaire de la

Cour :

**« POSITIONNEMENT FACE AUX RAPPORTS MEDICAUX ADRESSES :**

- Face au rapport d'expertise Clinique M.\_\_\_\_\_ du 11 juin 2012 : en attribuant l'agoraphobie à un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse, l'expert Clinique M.\_\_\_\_\_ n'a pas pris en considération le lourd passé de maltraitance de l'explorée, dont l'ampleur des abus subis ne peut pas laisser indemne. En effet, de par son vécu, l'assurée s'est défendue contre ses blessures en s'investissant dans son travail ; lorsque ses performances professionnelles ont été remises en question (par les critiques au poste puis par le licenciement), elle s'est effondrée et est devenue incapable de se confronter à des nouvelles personnes qui pourraient la critiquer. Depuis lors, les ressources de se réinvestir dans un nouvel emploi ont été anéanties.
- Quant aux rapports médicaux signés par le Dr S.\_\_\_\_\_, ce médecin traitant met en avant les symptômes anxieux ainsi que le trouble panique avec agoraphobie sévère de sa patiente. Etant donné que cette dernière n'est pas à même de sortir seule de chez elle à des horaires déterminés, il est en effet difficile d'imaginer comment elle pourrait se rendre à un poste professionnel.
- Quant aux rapports médicaux signés par le Dr W.\_\_\_\_\_, les éléments dépressifs annoncés comme premier diagnostic ont certainement été présents, même s'ils n'ont pas été observés avec une intensité significative à l'examen de ce jour. Trois hypothèses peuvent être évoquées : une rémission sur arrêt de la consommation d'alcool, des fluctuations de la thymie (comme on l'observe dans le cadre d'une instabilité de la personnalité) ou une rémission des symptômes suite à la prescription d'un traitement antidépresseur. Quoi qu'il en

soit, il y a consensus quant au fait que la gravité du trouble de la personnalité ainsi que l'agoraphobie ne permettent pas à l'expertisée d'assumer un mandat professionnel. Quant au rapport médical du 23 décembre 2014 signé par le Dr H.\_\_\_\_\_, celui-ci ne prend pas position quant à l'exigibilité professionnelle, n'ayant jamais vu cette patiente.

- En ce qui concerne le rapport d'expertise signé le 29 janvier 2018 par le Dr B.\_\_\_\_\_, le fait que cet expert ait mis l'accent sur la consommation d'alcool de l'intéressée, en faisant état d'une mauvaise collaboration, peut être entendu. Il est possible qu'en raison de cette collaboration insuffisante, l'expert n'ait pas obtenu les informations nécessaires à la compréhension de toutes les manifestations cliniques de l'expertisée.
- Quant au rapport médical signé le 24 avril 2012 par le Dr K.\_\_\_\_\_, qui se limite à évoquer une consommation d'alcool aucunement incapacitante, ce psychiatre n'a manifestement que peu collecté de données concernant le contexte de vie de sa patiente.

## **QUANT AUX REPONSES AUX QUESTIONS POSEES LE 9 MAI 2019 PAR LA COUR DES ASSURANCES SOCIALES :**

### **A. *Appréciation médicale***

(...)

### **5. *Appréciation diagnostique***

#### *5.1 Diagnostic(s) et code(s) selon un système de classification reconnu*

- *Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail :*

Grave trouble de la personnalité émotionnellement labile F60.3.

Séquelles de maltraitance sévère de l'enfance, avec notions d'abus sexuels répétés et de violence physique Z61.4 - Z61.5 et Z61.6.

Agoraphobie avec trouble panique, survenue à la suite d'une blessure de l'image de soi au travail F40.01.

- *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :*

Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, dont l'utilisation actuelle serait épisodique, qualifiée de contrôlée F10.26.

Déficit cognitif d'origine éthylique probable F10.73.

#### *5.2 Argumentation du (des) diagnostic(s) retenu(s)*

De par la sévérité des traumatismes vécus durant son enfance, l'expertisée s'est défendue par un fort investissement dans son travail. Lorsqu'elle s'est sentie dans l'incapacité d'apporter satisfaction à son poste, la blessure narcissique engendrée lui a anéanti les ressources pour se ressaisir. De par une personnalité fragile secondaire à son passé, elle n'a pas pu surmonter cette blessure et s'est mise à considérer toute personne inconnue comme potentiellement dangereuse. Voyant

s'installer des angoisses paralysantes, une agoraphobie et vraisemblablement des symptômes dépressifs, elle a augmenté sa consommation d'alcool, en automédication. Bien qu'elle dise avoir appris, depuis lors, à contrôler relativement sa boisson et que les symptômes dépressifs ne soient plus actuellement déterminants, son agoraphobie l'empêche toujours de sortir et d'exercer une activité lucrative.

*5.3 Diagnostic(s) différentiel(s) pour le (les) diagnostic(s) retenu(s)*

Une évolution en démence alcoolique est possible.

*5.4 Discussion des éventuels autres diagnostics résultant des pièces du dossier, s'il y a lieu :*

Cf. rapport ci-dessus, sous § Positionnement face aux rapports médicaux reçus.

**6. Cohérence**

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

Le tableau clinique est parfaitement cohérent, si l'on tient compte du vécu et des manifestations actuelles.

*6.2 Dans la mesure où l'assurée a travaillé de 2001 à 2011 (fin du contrat de travail en 2013), est-ce que le ou les diagnostic(s) retenu(s) peu(ven)t expliquer qu'elle ait été incapable de travailler depuis lors ?*

Oui, en raison d'une blessure narcissique qui a induit un épuisement des ressources dans un contexte de trouble de la personnalité.

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

Oui. Les antécédents de traumatismes laissent inévitablement des séquelles durables ; les moyens de se défendre contre les difficultés de l'existence en sont inévitablement altérés.

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

Non.

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

Bien que l'intéressée semble motivée à être traitée, elle en est freinée par ses symptômes d'agoraphobie. L'organisation des déplacements en taxi a peut-être pu conduire à une légère amélioration de la compliance aux rendez-vous médicaux.

**7. Personnalité**

7.1 *Est-ce que l'assurée présente un trouble de personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel, quel code ?*

Oui. L'assurée est gravement atteinte dans sa personnalité ; son passé de maltraitance ne lui ayant pas permis de constituer un fonctionnement relationnel stable et fonctionnel.

7.2 *Est-ce que l'assuré(e) présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?*

Oui. Un grave trouble de la personnalité émotionnellement labile, avec certainement des composantes dépendantes (addiction) et persécutoires (phobie sociale).

7.3 *Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne en cause ?*

Incapacité de surmonter les événements difficiles survenus dans son dernier poste professionnel.

7.4 *L'assurée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?*

Aucun signe d'exagération des symptômes ou de simulation n'a été identifié, chez une assurée qui s'est montrée authentique.

## **8. Ressources**

*Quelles sont les ressources résiduelles de l'individu sur les plans*

*a) Psychique*

Effondrées.

*b) Mental*

Les ressources mentales sont altérées par un déficit cognitif.

*c) social ?*

Repli social consécutif à l'agoraphobie.

(...).

## **B. Appréciation du point de vue de la médecine des assurances**

### **1. Caractère incapacitant ou non des diagnostics retenus**

(...)

1.3 *Interactions des diagnostics : analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assurée, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale du ou des expert(s).*

Sur la maltraitance sévère qui lui a été infligée durant son enfance, l'examinée s'est défendue en investissant

l'intégralité de son potentiel dans l'exercice de son activité professionnelle. Lorsque ses compétences au travail ont été remises en cause (entre les années 2011 et 2013), ses performances se sont effondrées et ses ressources épuisées. Depuis lors, U. \_\_\_\_\_ ne parvient plus à entrer en contact avec des personnes qui pourraient la juger. Une sévère agoraphobie s'est dès lors installée, qu'elle a vainement tenté d'automédiquer par une consommation d'alcool.

## **2. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les atteintes constatées**

### *2.1 Au plan psychique et mental*

Incapacité de sortir de chez elle pour se rendre régulièrement au travail, ainsi que de se confronter à des personnes inconnues qui pourraient la juger.

### *2.2 Au plan social*

Aucune limitation.

## **3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici**

### *3.1 Comment agissent ces atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici ?*

Angoisses paralysantes ne permettant pas à l'assurée de se rendre à son poste. Epuisement des ressources face à la crainte d'être jugée ou critiquée.

### *3.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail (ressources résiduelles et limitations fonctionnelles).*

L'expertisée n'étant pas capable de quitter son domicile à un rythme régulier, l'on ne peut attendre d'elle qu'elle se rende chez un employeur.

### *3.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour), diminution de rendement incluse ?*

Non.

### *3.4 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins, diminution de rendement comprise ?*

Depuis le licenciement effectif au 31 mai 2013.

### *3.5 Comment le degré d'incapacité de travail, y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis lors ?*

L'incapacité de travail est restée totale.

### *3.6 Comment agissent ces atteintes sur l'activité ménagère ?*

Alors que l'assurée est incapable de sortir de chez elle de manière régulière, elle annonce être toutefois à même, durant les périodes les moins difficiles, de s'occuper de son ménage (non vérifié).

## **4. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?**

Non

**En d'autres termes, au cas où les atteintes présentées par l'assuré(e) engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession habituelle, peut-il (elle) exercer d'autres activités professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles ?**

Non

(...)

4.4 *Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?*

Agoraphobie qui empêche l'assurée de sortir régulièrement de chez elle.

## **5. Mesures thérapeutiques**

5.1 *Description des traitements mis en œuvre, de leur déroulement et de leur résultat*

Suivi psychiatrique qui n'a de toute évidence pas pu être régulier, en raison des symptômes de l'agoraphobie. Bien que le résultat ait, semble-t-il, permis un meilleur contrôle de la consommation d'alcool, l'agoraphobie est toujours largement présente.

5.2 *Ces traitements étaient-ils adéquats au regard de la situation donnée ?*

Certainement insuffisants.

5.3 *En cas d'échec de traitements adéquats, quelle(s) en sera(en)t la ou les cause(s) ?*

Au vu de la gravité de son agoraphobie, l'assurée n'a pas pu se rendre régulièrement chez ses médecins (notions de rendez-vous manqués).

5.4 *Propositions thérapeutiques ? Sont-elles exigibles ?*

Cf. ci-dessus, sous § Propositions thérapeutiques.

Le type de prise en charge proposé sera toutefois très difficile à obtenir, pour des motifs indépendants de la volonté de l'intéressée. Il n'y a donc pas à conditionner l'octroi de prestations au suivi préconisé.

## **6. Appréciation du déroulement des mesures de réadaptation professionnelle au regard des atteintes diagnostiquées**

Dans la situation actuelle, il n'y a pas de réadaptation professionnelle à envisager.

## **7. Des mesures, notamment thérapeutiques ou de réadaptation professionnelle, sont-elles susceptibles d'améliorer la capacité de travail (ou le rendement) dans l'activité exercée jusqu'à présent ou dans l'activité adaptée, cas échéant, lesquelles ? Si non, pour quelles raisons ?**

Le tableau clinique actuel ne permet pas de mettre en place de réadaptation professionnelle. Bien que des mesures thérapeutiques pourraient être tentées si la maîtrise actuelle de la consommation d'alcool se maintient, il n'y a pas lieu de s'attendre à une capacité

de reprise professionnelle dans un proche avenir. La révision pourra se faire dans des délais habituels, annuels, voire plus lâches.

### **C. Synthèse, pronostic et conclusions**

La synthèse a été rédigée ci-dessus, sous § Appréciation du cas.

Le pronostic reste incertain, malgré la motivation et les capacités intellectuelles de l'expertisée, notamment en raison de l'apparition possible de troubles cognitifs (prémises d'une démence débutante).

En conclusion, les rapports d'expertises (Clinique M. \_\_\_\_\_ et du Dr B. \_\_\_\_\_) n'ayant pas pris en considération la gravité du trouble de la personnalité ni l'importance de l'agoraphobie de l'intéressée, ils n'ont pas pu reconnaître la comorbidité psychiatrique qui sous-tend la consommation d'alcool. »

Dans son écriture du 22 octobre 2019, la recourante conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière six mois après le dépôt de la deuxième demande de prestations au mois de novembre 2013.

L'OAI se détermine le 7 novembre 2019. Se référant à l'avis médical du SMR du 29 octobre 2019, l'intimé estime qu'il convient d'adhérer aux conclusions de la Dre E.J. \_\_\_\_\_.

### **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 ; RSV 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 aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

**3. a)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

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

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**b)** Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise

judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**6. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

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

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre

de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**d)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption que les dépendances primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndromes de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer au moyen d'une procédure structurée d'administration des preuves (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2). Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des toxicomanies doit être établi dans le cadre d'un examen global en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 145 V 215 consid. 4.1 et les références citées ; 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

L'obligation de diminuer le dommage s'applique aussi en cas de syndrome de dépendance. Il peut par exemple être exigé de la personne concernée une participation active à des traitements médicaux raisonnables. Si celle-ci ne se conforme pas à son obligation de diminuer le dommage et permet ainsi le développement de son état pathologique, un refus ou une réduction des prestations est possible conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA. Il appartient en conséquence à l'office AI de réexaminer le

droit aux prestations, par voie de révision, en temps opportun après la mise en œuvre de la thérapie (ATF 145 V 215 consid. 8.2).

**7. a)** En l'occurrence, les conclusions du rapport d'expertise du 29 janvier 2018 du Dr B.\_\_\_\_\_ entrent en contradiction avec les éléments relevés par le Dr W.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 31 mai 2018, 12 décembre 2016 et 20 octobre 2015, par le Dr S.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 6 janvier et 23 octobre 2014, ainsi que par le Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 décembre 2014, ceci sous l'angle des diagnostics retenus, de l'examen des ressources et des limitations fonctionnelles, ainsi que sous l'angle de la capacité de travail de la recourante. Le Dr B.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé, ou alors de manière trop sommaire, sur les diagnostics retenus et discutés par les autres médecins dont on retrouve les rapports au dossier. Son rapport ne présente pas l'état clinique de la recourante et l'anamnèse est trop sommaire au vu des nombreux éléments figurant dans le rapport de la Clinique M.\_\_\_\_\_ du 11 juin 2012. Il n'a en particulier pas expliqué pour quelles raisons un trouble de la personnalité devait être exclu. Il n'a pas davantage abordé les questions des antécédents psychiatriques familiaux, de l'hygiène, de la nécessité de déplacements en taxi ou de la demande de mise sous curatelle volontaire. L'analyse du Dr B.\_\_\_\_\_ quant à la collaboration de la recourante apparaît également trop restreinte compte tenu de potentiels troubles cognitifs et des difficultés rencontrées par les médecins traitants à établir, puis maintenir, le lien thérapeutique.

**b)** Dans ces circonstances, l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ ne pouvait pas emporter la conviction. L'établissement d'une expertise judiciaire psychiatrique était ainsi justifié pour permettre à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause.

**8. a)** Concernant le rapport d'expertise psychiatrique judiciaire du 2 octobre 2019 établi par la Dre EJ.\_\_\_\_\_, il n'y a pas lieu de s'écarter du contenu de cette expertise. Celle-ci remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions rendues résultent d'une analyse complète de la

situation médicale, tant objective que subjective. Elles reposent sur une anamnèse complète, contenant notamment une description précise et exhaustive du status psychiatrique de la recourante et de son quotidien. L'examen de la cohérence, de la personnalité et des ressources de la recourante est soigneusement posé. L'appréciation du cas est développée à satisfaction et se révèle convaincante. La Dre EJ.\_\_\_\_\_ motive les limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail totale de manière concluante. En outre, elle présente les motifs médicaux pour lesquels il n'y a pas lieu de conditionner l'octroi des prestations au suivi d'un traitement médical.

La Dre EJ.\_\_\_\_\_ expose en particulier de manière convaincante les raisons qui l'ont conduite à se distancier des deux autres rapports d'expertise au dossier. S'agissant de l'expertise Clinique M.\_\_\_\_\_ du 11 juin 2012, la Dre EJ.\_\_\_\_\_ relève qu'en attribuant l'agoraphobie à un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse, l'expert n'avait pas pris en considération le lourd passé de maltraitance de la recourante, dont l'ampleur des abus subis ne pouvait pas laisser indemne. De plus, le premier expert s'est prononcé avant le licenciement de la recourante le 31 mai 2013 qui a constitué l'origine de la décompensation ayant conduit à l'anéantissement des ressources permettant à l'intéressée de se réinvestir dans un nouvel emploi. S'agissant du rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2018, la Dre EJ.\_\_\_\_\_ relève que cet expert avait mis l'accent sur la consommation d'alcool en faisant état d'une mauvaise collaboration. Elle relève également qu'il n'avait pas obtenu les informations nécessaires à la compréhension de toutes les manifestations cliniques de la recourante. La Dre EJ.\_\_\_\_\_ conclut que les premiers experts n'avaient pas pris en compte la gravité du trouble de la personnalité ni l'importance de l'agoraphobie de l'intéressée et qu'en conséquence, ils n'avaient pas pu reconnaître la comorbidité psychiatrique que sous-entendait la consommation d'alcool.

**b)** Il n'est pas décisif en l'occurrence que la mise en œuvre de l'expertise soit antérieure à la modification de jurisprudence en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de

syndrome de dépendance (ATF 145 V 215), dès lors que la problématique d'éthylisme a une fonction secondaire et ne constitue pas le diagnostic incapacitant principal.

**c)** Au surplus, rien au dossier ne permet de mettre en doute les conclusions prises par la Dre EJ.\_\_\_\_\_, les parties se ralliant d'ailleurs à la position de l'experte. Aussi convient-il de retenir que la recourante présente une incapacité de travail totale dans toute activité par des motifs psychiques depuis la perte de son emploi le 31 mai 2013.

**9.** Reste à se prononcer sur à la rente d'invalidité.

**a)** Dans le cadre de sa première demande de prestations, l'intimé a arrêté le statut de la recourante à 75 % active et à 25 % ménagère (formulaire de détermination du statut du 12 avril 2012 et décision du 18 décembre 2012 ; décision du 8 novembre 2012). Ce statut n'a pas été remis en cause dans le cadre de la deuxième demande de prestations déposée le 18 novembre 2013. Certes, la recourante a travaillé en dernier lieu au taux de 60 %. Elle a toutefois exposé à la Dre EJ.\_\_\_\_\_ que ce taux lui avait été imposé par l'employeur. Aucune corrélation ne peut être établie dans ces circonstances entre le taux d'activité du dernier poste occupé et le statut de la recourante. Il n'est pas démontré - au degré de la vraisemblance prépondérante - que la répartition hypothétique des activités professionnelle et ménagère se soit notablement modifiée (cf. art. 17 al. 1 LPGA). Celle-ci est ainsi réputée constante.

La recourante se trouvant en incapacité de travail totale, son degré d'invalidité n'est en conséquence pas inférieur à 75 % quelle que soit l'atteinte ménagère ( $100 \% \times 75 \%$  ; art. 28a al. 3 LAI et 27<sup>bis</sup> al. 2 à 4 RAI). Il n'est ainsi pas nécessaire de définir le degré d'invalidité pour cette seconde part. En effet, un degré d'invalidité de 75 % donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**b)** S'agissant de la naissance du droit à la rente d'invalidité, il convient de constater que la recourante a déposé sa deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 novembre 2013.

Cela étant, sur la base des conclusions de l'expertise judiciaire, il y a lieu de retenir que la recourante a présenté une incapacité de travail durable depuis le mois de mai 2013, date marquant le début du délai d'attente d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. A l'issue de ce délai, soit au 1<sup>er</sup> mai 2014, l'exigibilité telle qu'arrêtée par la Dre EJ. \_\_\_\_\_ est nulle dans toute activité et le degré d'invalidité est d'au moins 75 %. Il s'ensuit que le droit à une rente entière d'invalidité est ouvert à partir de la date précitée, au vu du délai d'attente d'une année et de l'échéance de la période de six mois à compter de la date à laquelle la recourante a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**10. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est reconnu à la recourante à partir du 1<sup>er</sup> mai 2014.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens dont il convient d'arrêter le montant à 2'500 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; voir également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]) - cette somme couvrant au demeurant celle qui aurait été allouée au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 7 mai 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'U. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2014.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à U. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux 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 Marc Zürcher, avocat auprès de Procap Suisse, Service juridique (pour U. \_\_\_\_\_, par son curateur R. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :