

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 novembre 2020

Composition : M. NEU, président
M. Gutmann et Mme Silva, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante, représentée par Me Guy Longchamp, avocat à Assens,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 2 et 29 al. 1 - 3 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] et originaire du [...], est établie en Suisse depuis le mois de [...]. Elle est divorcée depuis [...] et mère de trois enfants (nés en [...], [...] et [...]). Au bénéfice d'une formation de coiffeuse dans son pays, elle a travaillé en Suisse comme serveuse dans un night-club à [...], de [...] à [...]. L'assurée est bénéficiaire du Revenu d'Insertion (RI).

Après avoir présenté des arrêts de travail du 21 mai 2012 au 17 juin 2012 et depuis le 28 janvier 2013 pour six semaines, l'assurée a été annoncée, le 19 mai 2014, à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce, en raison de « troubles psy / estomac / jambes ». Selon un rapport initial rédigé le 13 juin 2014 par une spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI, lors d'une entrevue téléphonique du 6 juin 2014, l'assurée était décrite comme confuse ; elle n'avait pu donner le nom de ses médecins, ni décrire ses problèmes de santé et sa situation, hormis le fait qu'elle avait des « douleurs à la tête, des problèmes d'estomac, des douleurs aux pieds à la marche, des problèmes d'alcool et de foie », et qu'elle était « angoissée pas tout le temps bien moralement ». Une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes (à savoir, des mesures professionnelles et/ou une rente) a été déposée le 18 août 2014.

A la fin du mois de septembre 2014, l'assurée a été hospitalisée dans le Service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) du CHUV où elle a subi une ethmoïdectomie avec méatotomie moyenne gauche et résection de l'ostéome du récessus fronto-éthmoïdal gauche et plastie du crâne antérieur.

Dans un rapport du 3 octobre 2014 à l'OAI, le Dr Q._____, médecin généraliste consulté depuis le 3 janvier 2014, a posé les diagnostics incapacitants de syndrome cervico-brachial bilatéral (depuis

deux ans) et de troubles anxio-dépressifs (depuis trois ans). Sans répercussion sur la capacité de travail, sont diagnostiqués un status post-traumatisme poignet-main bilatéral (depuis deux ans), un asthme (depuis deux ans), une gastrite (depuis quelques mois), un fibrome (depuis six ans), des allergies aux yeux ainsi que des troubles de la vue. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, ce médecin a qualifié le pronostic de mauvais face à une patiente centrée sur ses « douleurs sans base objective claire » ; elle était par ailleurs sans perspective sociale et professionnelle. Le traitement anxiolytique prescrit était à base de benzodiazépines (Anxiolit® et Xanax®).

Aux termes d'un rapport médical du 4 novembre 2014, la Dre T._____, médecin traitant de 2010 à 2014, a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome de dépendance à l'alcool (F10.25 ; depuis 1995), une dysthymie (F34.1) ainsi qu'un trouble de la personnalité type borderline (F60.1). Sans effet sur la capacité de travail, cette médecin a évoqué une BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) sur tabagisme, une sinusite chronique, un status post ablation d'un ostéome du sinus maxillaire gauche (opéré en septembre 2014), et une hystérectomie. Dans son anamnèse, la Dre T._____ a relevé que l'assurée consommait de l'alcool depuis environ vingt ans, régulièrement, souvent seule et en quantité augmentée si l'assurée était déprimée ou lorsqu'elle présentait des problèmes de sommeil. Elle se plaignait constamment d'épigastalgies avec parfois des nausées et vomissements, des céphalées, des vertiges, des myalgies diffuses, des paresthésies au membre inférieur gauche, ainsi qu'un manque de force dans le bras gauche. Sur le plan psychologique, l'intéressée se plaignait d'une asthénie, d'une thymie abaissée, d'une baisse de l'élan vital, de troubles du sommeil, ainsi que de symptômes anxieux avec oppression dans le thorax, vertiges et boule à l'estomac. Le pronostic était qualifié de peu favorable au vu de la personnalité de l'intéressée et de sa dépendance à l'alcool de longue date. Le traitement psychotrope comprenait du Xanax® 0,5 à 1 mg par jour. Pour la Dre T._____, la capacité de travail de l'assurée était de 50 %, avec un rendement diminué en raison d'un « ralentissement psychique en rapport

avec un état psychologique », dans l'activité de coiffeuse. Les limitations fonctionnelles étaient « surtout psychiques » en raison d'asthénie, d'anhédonie et d'adynamie aggravées par la consommation d'alcool. Ces restrictions étaient susceptibles d'être réduites par un sevrage alcoolique. En annexe à son rapport, la Dre T. _____ a notamment remis :

- un rapport du 23 octobre 2002 consécutif à des consultations des 6, 14, 21 et 28 août 2002 auprès du [...] ([...]), à [...], aux termes duquel l'assurée était décrite comme se plaignant de symptômes dépressifs persistants (à savoir une fatigue, une anhédonie, une tristesse, des troubles du sommeil avec réveils itératifs, une irritabilité, des troubles de la concentration et une humeur variable). Elle mentionnait aussi des symptômes anxieux (boule à l'estomac, serrement de gorge, oppression thoracique, bouffées de chaleur, frissons, peur de mourir, vertiges et sensation de syncope imminente), ainsi qu'une impulsivité marquée par des bris d'objets et par une consommation alcoolique excessive. Une tentative de suicide médicamenteuse était signalée. Au status, l'assurée était décrite comme ayant une thymie « très clairement abaissée » avec un ralentissement psychomoteur. Son langage était monocorde. Il n'y avait pas de troubles du cours de la pensée, ni délires ni hallucinations. Les diagnostics retenus étaient une dysthymie (F34.1) et un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25). Un diagnostic différentiel était évoqué au regard des difficultés de l'assurée à contrôler ses impulsions, à se percevoir et à fonctionner dans ses relations affectives, sous la forme d'un trouble de la personnalité borderline. De l'avis des médecins consultés, il importait de régler le problème de la consommation abusive d'alcool ;

- un rapport du 29 janvier 2003 relatif à un sevrage en ambulatoire du 6 au 8 novembre 2002 puis une hospitalisation, du 11 au 29 novembre 2002, de l'assurée auprès de l'Unité hospitalière [...], Site de [...]. Il a été évoqué un « alcoolisme d'entraînement » de l'intéressée avec son compagnon qui dirigeait une discothèque. Elle était décrite comme soignée, vigile, orientée, sans trouble de la mémoire. Le discours était cohérent mais laconique, l'intéressée se montrant passive. Il n'y avait pas

de trouble formel de la pensée, pas de notion d'hallucination, ni d'idée délirante. Il a été noté la présence de troubles de l'humeur avec asthénie, anhédonie, diminution du dynamisme et des ruminations avec sentiments de dévalorisation et d'échec. Il n'existait pas d'idée suicidaire. L'assurée avait démontré une évolution favorable, participé aux activités proposées de manière régulière, et voulait reprendre son suivi psychologique. Aux tests sanguins, une anémie ferriprive en rapport avec une thalassémie avait pu être relevée.

Par communication du 15 janvier 2015, l'OAI a informé l'assurée que, selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement.

Le 3 février 2015, requis par l'OAI de donner son point de vue sur les éléments recueillis au dossier, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a estimé qu'il convenait, dans un premier temps, de s'informer auprès des médecins traitants afin d'obtenir des renseignements sur le suivi rhumatologique / orthopédique, psychiatrique et neurologique de l'assurée.

Par rapport du 13 avril 2015, le Dr H._____, médecin-assistant au Service ORL du CHUV, a posé le diagnostic incapacitant d'ostéome du récessus fronto-éthmoïdal gauche depuis septembre 2014, opéré du 30 septembre au 6 octobre 2014. Le traitement étant terminé et au vu de l'absence de pronostic de récurrence, ce spécialiste a estimé que la capacité de travail de l'assurée était à nouveau entière dans toute activité depuis le 1^{er} janvier 2015.

Dans un rapport du 21 avril 2015 à l'OAI, le Professeur A._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, médecin-chef du Département de l'appareil locomoteur (DAL) au CHUV, a posé les diagnostics suivants :

"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail :

- Syndrome d'hypermobilité probablement depuis la naissance.

- Talalgies mécaniques depuis 6 ans.
- Probable fibromyalgie secondaire.
- Probable tunnel carpien à G [gauche].
- Suspicion de maladie microcristalline.

Diagnostiques sans effet sur la capacité de travail :

- Ethmoïdectomie avec métotomie moyenne G et résection de l'ostéome du récessus fronto-éthmoïdal G et plastie du crâne antérieur en septembre 2014.
- Etat dépressif depuis 2000.
- Asthme connu depuis 2012.
- Alcoolisme et tabagisme arrêtés en novembre 2014.”

Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée compte tenu de l'absence d'activité exercée par celle-ci depuis plusieurs années, le Professeur A. _____ a toutefois précisé que les polyarthralgies étaient incompatibles avec le métier de coiffeuse. Le pronostic dépendait de la réponse aux traitements proposés, à savoir de la physiothérapie proprioceptive pour le syndrome d'hypermobilité, des ondes de choc au niveau des talons, ainsi que de la phytothérapie (Millepertuis® 250 mg deux fois par jour).

Par rapport du 7 septembre 2015, enregistré au dossier le 1^{er} octobre 2015 par l'OAI, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, a écrit qu'il pensait que des facteurs non somatiques jouaient un rôle prépondérant, si ce n'était unique, dans les plaintes de l'assurée, et que par conséquent une intervention chirurgicale était contre-indiquée.

Le 5 octobre 2015, l'OAI a reçu un descriptif du lourd traitement médicamenteux prescrit à l'assurée tel que listé par le médecin traitant (Dr Q. _____).

Entretemps et après avoir obtenu la prise de position du SMR sur les derniers renseignements recueillis à son dossier (avis du 8 mai 2015), l'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique. Les 7, 14 septembre et 30 novembre 2015, les Drs G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et I. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont examiné l'assurée dans les locaux du SMR, à Vevey. Sur la base de leurs

constatations cliniques et l'étude du dossier médical à disposition, ces spécialistes ont établi leur rapport le 4 février 2016. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics de fibromyalgie (M79.0), de syndrome d'hypermobilité articulaire bénin (M25.2), de syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (M75.1), de status après possible entorse du poignet droit (subluxation du cubitus distal et augmentation de l'interligne scapho-lunaire [S63.5]), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool actuellement abstinent (F10.20), ainsi que de dysthymie d'intensité légère (F34.1). Au moment d'apprécier la situation, les Drs G. _____ et I. _____ ont notamment émis les considérations suivantes (rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 4 février 2016 p. 12 s.) :

"[...] Un syndrome d'hypermobilité articulaire bénin est présent dès la naissance. Il n'a pas empêché l'assurée de travailler dans un restaurant-bar ni d'aider sa sœur dans un salon de coiffure. Le syndrome d'hypermobilité justifie toutefois des limitations pour les activités à fortes contraintes sur les articulations.

Les douleurs diffuses de l'assurée relèvent plutôt de la fibromyalgie. Le comportement douloureux et les autolimitations rendent difficile l'identification clinique d'atteinte ostéo-articulaire. En se basant sur les éléments objectivables à disposition, le dossier radiologique montre une tendinopathie du muscle sous-scapulaire et du long chef du biceps. Ces anomalies justifient des limitations pour le port de charges, les mouvements fréquents contre résistance en rotation interne de l'épaule G [gauche]. Le CT-Scan du poignet D [droit] montre une subluxation du cubitus distal et un élargissement de l'interligne scapho[-]lunaire. Ces éléments peuvent correspondre soit aux séquelles d'une entorse du poignet, soit aux manifestations du syndrome d'hypermobilité articulaire. Dans les 2 cas, il y a lieu de limiter les contraintes mécaniques exercées sur le poignet D en évitant les travaux de force ou les mouvements répétitifs.

Les activités exercées par l'assurée au restaurant-bar le [...] dans la cuisine, le service et comme surveillante et les activités de coiffure se limitant à la réalisation de tresses africaines n'exposent pas les articulations à des contraintes mécaniques excessives. Dans ces activités, il n'y a pas d'incapacité de travail. Comme femme au foyer, il n'y a pas non plus de limitation dans les différentes activités ménagères.

Les variations concernant la description des douleurs, les changements concernant le tableau clinique ne correspondent pas à une atteinte organique. Dans le rapport du 07.09.2015, le Dr B. _____ évoque également des facteurs non somatiques qui jouent un rôle prépondérant dans les plaintes de l'assurée. Le comportement douloureux ne s'expliquant que très partiellement

par les atteintes ostéo-articulaires représente un obstacle à la remise au travail.

Malgré l'importance des douleurs et du handicap allégué par l'assurée, sa vie sociale n'est pas changée. Elle maintient des contacts réguliers avec sa famille, ses amis. Ceci indique que l'assurée dispose de bonnes ressources et que le non-retour sur le marché du travail ne s'explique pas par une atteinte somatique.

Sur le plan psychiatrique, notre assurée souffre d'un alcoolisme chronique de longue date, qui a été diagnostiqué pour la première fois en 2001, en l'absence de toute autre pathologie psychiatrique. Il s'agit d'un alcoolisme primaire, qui n'est pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité, et qui n'est pas non plus à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif. Cependant, des tests neuropsychologiques devraient être mis en place.

A ce jour, l'alcoolisme chronique est en rémission et, anamnestiquement, l'assurée est abstinente depuis une année. Un rapport médical AI devrait être demandé au Dr [...] du Centre de psychiatrie et psychothérapie [...] à [...].

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu également le diagnostic de dysthymie d'intensité légère, qui est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent, léger ou moyen.

L'assurée présente une amplification verbale de toutes ses plaintes, une divergence considérable entre les douleurs et son comportement, la caractéristique des douleurs intenses alléguées reste vague, les plaintes présentées de manière démonstrative semblent peu crédibles, les limitations importantes dans le quotidien sont alléguées, toutefois l'entourage psychosocial reste intact. Selon la CIM-10 [Classification internationale des maladies dans sa 10^e révision], les critères cliniques en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ou de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne sont pas réunis.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assurée ne souffre d'aucune pathologie aiguë ou chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité.

Lors de l'examen du 30.11.2015, l'assurée signale l'apparition, depuis 7 à 8 ans, de douleurs à la tête, au bras G de l'épaule jusqu'au coude, comme de l'électricité et aux poignets, puis quelques temps après, des douleurs aux genoux, au dos des pieds. L'intensité des douleurs fluctue. L'assurée ajoute qu'il y a des douleurs dans toutes les articulations. Actuellement, elle est surtout gênée par des douleurs au coude G, à la main G.

Limitations fonctionnelles

Syndrome d'hypermobilité articulaire : travaux de force exposant les articulations à de fortes contraintes mécaniques, port de charges au-delà de 10 kg.

Epaule G : mouvements répétitifs contre résistance en rotation interne, port de charges au-delà de 5 kg.

Poignet D : travaux de force ou mouvements répétitifs du poignet, port de charges au-delà de 5 kg.

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. [...]"

En guise de conclusions, les Drs G. _____ et I. _____ ont estimé que sur le plan ostéo-articulaire, il n'existait aucune incapacité de travail durable dans l'activité exercée au bar-restaurant le [...], ni comme aide-coiffeuse ni comme femme au foyer. Il n'y avait également pas d'incapacité de travail au plan psychiatrique.

Aux termes d'un avis du 9 février 2016, le Dr O. _____, du SMR, a fait siennes les constatations et conclusions de l'examen médical bidisciplinaire précité ; en l'absence de diagnostic incapacitant, il a confirmé la capacité de travail totale de l'assurée dans toute activité.

Par projet puis par décision du 8 avril 2016, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité en faveur de l'assurée, au motif de l'absence d'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité, en retenant donc une capacité de travail entière de l'intéressée dans toute activité.

B. Par recours déposé le 3 mai 2016 (timbre postal) devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, complété le 7 octobre 2016, E. _____, représentée par Me Guy Longchamp, a conclu à la réforme de la décision précitée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2015. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants. Elle a reproché à l'office intimé d'avoir instruit son cas sur la base d'un dossier médical incomplet ; s'estimant « clairement atteinte dans sa

santé, sous l'angle psychique et somatique, en particulier un syndrome d'hypermobilité et une fibromyalgie » sur la base des rapports des médecins consultés, elle a fait valoir que l'OAI avait sous-estimé les répercussions des maux sur son état de santé à l'aune des critères de la nouvelle 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. La recourante a requis, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une « véritable expertise pluridisciplinaire, conforme à la jurisprudence et à son droit d'être entendue » par le tribunal. Elle a requis en outre l'octroi de l'assistance judiciaire, selon le formulaire idoïne transmis par pli séparé.

Par décision du 11 octobre 2016, E._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 mai précédant. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Guy Longchamp lui a été désigné.

Dans sa réponse du 7 novembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant du rapport d'examen du SMR du 4 février 2016.

Le 20 octobre 2017, en réplique, confirmant ses précédentes conclusions, la recourante a produit un rapport du 11 octobre 2017 adressé à son conseil par la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du Centre de psychiatrie et psychothérapie J._____, à [...]. Selon cette psychiatre la recourante présente une schizophrénie paranoïde (F20.0) et une schizophrénie paranoïde épisodique avec des déficits progressifs qui s'est révélée au fil du temps. Sont associés à ces diagnostics : des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10), l'intéressée étant actuellement abstinente, ainsi qu'un retard mental léger (F70.9). En annexe, ce rapport rend compte des résultats de tests neuropsychologiques, qui avaient été proposés par la Dre I._____, et dont on extrait ce qui suit :

"Interprétation et recommandations

Cette évaluation neuropsychologique réalisée chez cette patiente de 51 ans, orientée aux trois modes testés, à la collaboration délicate (cf. rubrique « observations et comportement »), ralentie sur le plan psychomoteur et fatigable, met en évidence :

- un déficit sévère en mémoire épisodique verbale et visuelle, associé à de faibles performances en mémoire à court terme,
- une dysfonction exécutive modérée à sévère (BREF à 8/18 ; défaut d'incitation, flexibilité mentale, inhibition, programmation),
- des difficultés attentionnelles (ralentissement de la vitesse de traitement, déficit de l'attention soutenue).

Signalons par ailleurs des difficultés à l'écriture et à la résolution de calculs simples à l'oral (rappelons néanmoins le faible niveau d'éducation) ainsi que de possibles troubles gnosiques visuels et sémantiques qui n'ont toutefois pas pu être investigués plus spécifiquement, l'étendue de l'examen ayant été limité chez cette patiente ralentie et fatigable.

Ce tableau met en évidence une atteinte mnésique, exécutive et attentionnelle sévère associée à de possibles déficits instrumentaux. L'étiologie des difficultés reste néanmoins à préciser. Rappelons les antécédents de consommation abusive d'alcool sur plusieurs années, la prise d'un traitement médicamenteux lourd quoiqu'il soit difficile de savoir quels sont les médicaments pris actuellement, sans oublier les aspects psychiques (cf. rapports tests projectifs effectués par Mme [...] le 8 mars 2017). Dans ce contexte, la réalisation d'une imagerie cérébrale et d'un bilan sanguin complet sont vivement recommandés."

Dans sa duplique du 13 novembre 2017, produisant un avis du 2 novembre précédant du Dr D._____, du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

Au terme d'échanges d'écritures des 30 mai, 10 août et 3 décembre 2019 ainsi que du 17 mai 2019, les parties, rapports médicaux divergents à l'appui, ont maintenu leurs positions respectives. De son côté, la recourante a précisé requérir la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique par le tribunal.

C. Le 24 juillet 2019, le magistrat instructeur a confié à la Dre R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de E._____. Se fondant sur ses

propres examens cliniques et contacts téléphoniques avec les médecins consultés ainsi que sur l'analyse du dossier médical constitué, l'experte a rendu son rapport le 28 juillet 2020. Celui-ci résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, procède d'une anamnèse, relate l'évolution des troubles somatiques et psychopathologiques de l'assurée, décrit sa vie quotidienne et sociale, rapporte ses plaintes et rend compte du status clinique. L'experte a retenu, sur la base de son analyse, les diagnostics suivants :

"Diagnostics psychiatriques (CIM-10)

- En l'état actuel de l'investigation, je peux retenir un diagnostic différentiel entre :
 - ▶ Schizophrénie paranoïde, épisodique avec déficit progressif (F20.01) et
 - ▶ Trouble délirant organique d'allure schizophrénique (F06.2) dans le cadre d'une suspicion de porphyrie aiguë intermittente (E80)
- A quoi s'ajoutent :
 - ▶ Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente (F10.20)
 - ▶ Déficit cognitif persistant d'origine probablement alcoolique et psychotique (F10.74 et F03)
 - ▶ Probable dysthymie (F34.1)"

Au titre de ses conclusions, l'experte a notamment retenu les éléments suivants :

"Ce qui me paraît le plus vraisemblable est qu'en août 2014, soit à la date du dépôt de la demande AI, Mme E. _____ n'était plus capable de travailler. En raison d'un alcoolisme certes difficilement quantifiable, mais de gravité et de durée suffisamment sévères pour avoir probablement engendré une atteinte organique avec un déficit des fonctions mnésiques et exécutives sévère. De plus, Mme E. _____ a présenté, en tout cas dès avril 2015, une atteinte anxieuse invalidante nécessitant une lourde médication, et finalement, à ce tableau clinique s'est surajoutée une pathologie qui nécessite d'être investiguée plus avant, mais qui induit cliniquement des décompensations psychotiques d'allure schizophrénique majeures, en tout cas depuis 2016, (mais probablement depuis plus longtemps si on se fie aux observations du fils de l'expertisée), telles que décrites par la Dre F. _____ et telles qu'observées dans le cadre de cette expertise."

Dans ses déterminations du 25 août 2020, l'office intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en contestant la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 28 juillet 2020 qu'il estimait devoir être complété. Il a produit un avis SMR du 17 août 2020 du Dr K._____, auquel il se ralliait, et qui se termine comme suit :

"L'experte évoque le diagnostic différentiel de schizophrénie paranoïde versus crises de porphyrie aiguë intermittente ce qui est compatible avec le tableau clinique mettant en évidence des signes d'appel multisystémiques et psychiques présentés de façon progressive depuis longue date.

La lecture attentive de l'examen SMR de septembre 2015 met en évidence l'absence de signes psychiatriques préoccupants (page 9) en particulier psychotiques, en cohérence avec les observations du Dr Q._____, médecin traitant.

La journée type est décrite à la page 9 ainsi que les activités exercées par l'assurée : service dans le restaurant-bar et coiffure.

Au-delà des considérations étiologiques et diagnostiques, ces éléments factuels sont déterminants pour l'appréciation de l'exigibilité et ne sont pas pris en considération dans l'argumentation de l'expertise de la Dre R._____.

La suggestion de mise en place de tests neuropsychologiques (page 12 de l'examen SMR) est certainement souhaitable dans un contexte d'abus d'alcool mais non indispensable pour l'évaluation de l'exigibilité au moment de l'examen sinon, la Dre I._____ l'aurait demandée pour en disposer lors du deuxième volet de l'examen ; ceci en raison des éléments cliniques à disposition jugés suffisants dans un contexte de gestion du quotidien et des activités non inquiétant.

L'évolution récente met en évidence l'aggravation de l'état de santé qui est indiscutable à partir de mai 2017 avec la description d'une symptomatologie psychotique floride et l'objectivation de trouble[s] neuropsychologiques sévères (RM [rapport médical] 11.10.2017, selon le RM de la Dre F._____, psychiatre aux J._____). Ces éléments psychotiques ont encore évolué pendant la période de confinement Covid.

Les éléments qui fondent le début de la longue maladie en 2014 retenue par l'experte, sont essentiellement appuyé par l'évolution et non par les éléments connus à l'époque (2015, date de l'examen SMR ; RM du Dr Q._____) et par les dires du frère de l'assurée, certainement faibles mais peu contributifs pour l'estimation de l'exigibilité.

Pour ces raisons nous ne pouvons ainsi pas adhérer aux conclusions de la Dre R._____ qui fait remonter le caractère incapacitant de la maladie à 2014, date du dépôt de la demande, en effet, à ce

moment, le tableau clinique était fort différent rien ne faisait suspecter ce que seulement l'évolution a éclairci."

Le 27 août 2020, la recourante a fait siennes les conclusions de l'experte R._____. Elle a par conséquent maintenu ses conclusions tendant à la réforme de la décision querellée dans le sens de la reconnaissance de son droit à une rente entière dès le 1^{er} février 2015, sous suite de dépens. En annexe, Me Longchamp a produit la liste de ses opérations.

Aux termes d'ultimes déterminations du 11 septembre 2020, maintenant sa position, l'OAI a requis un complément d'expertise « en demandant à la Dre R._____ d'expliquer quels sont les éléments médicaux qui lui permettent de s'écarter du tableau clinique décrit par le médecin traitant ainsi que par le rapport d'examen clinique du Service Médical Régional ».

E n d r o i t :

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

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

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

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

b) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes 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 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

e) 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

g) 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).

4. a) En l'espèce, il convient d'examiner si, par sa décision du 8 avril 2016, l'OAI était fondé à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que la recourante bénéficie d'une capacité de travail entière dans toute activité.

La recourante conteste, pour sa part, être en mesure de travailler compte tenu de son état de santé déficient. Elle s'en remet à cet effet au rapport d'expertise psychiatrique judiciaire du 28 juillet 2020 de la Dre R._____ retenant un trouble totalement incapacitant vraisemblablement depuis le dépôt de la demande de prestations d'août 2014.

De son côté, l'intimé conteste le caractère probant du rapport d'expertise judiciaire, en lui opposant un avis SMR du 17 août 2020 du Dr K._____, plaidant l'absence de diagnostic incapacitant chez la recourante remontant à la date du dépôt de la demande.

b) Après avoir recueilli un rapport du 21 avril 2015 du Professeur A._____ mettant en évidence un syndrome d'hypermobilité ainsi qu'une fibromyalgie, et dans le contexte des atteintes décrites, à savoir un alcoolisme apparemment de type primaire, un état anxio-dépressif / dysthymie et une fibromyalgie, l'OAI a confié un examen clinique rhumatologique et psychiatrique aux Drs G._____ et I._____ qui ont établi leur rapport le 4 février 2016. Posant les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie (M79.0), de syndrome d'hypermobilité articulaire bénin (M25.2), de syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (M75.1), de status après possible entorse du poignet droit (subluxation du cubitus distal et augmentation de l'interligne scapho-lunaire [S63.5]), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool actuellement abstinent (F10.20) et de dysthymie d'intensité légère (F34.1), ces spécialistes ont retenu une capacité de travail entière de l'assurée dans l'activité exercée au bar-restaurant [...], comme aide-coiffeuse et comme femme au foyer depuis « l'âge légal pour l'exercice d'une activité professionnelle ». Le SMR, suivi par l'OAI dans sa décision, a repris ces conclusions médicales (rapport du 9 février 2016 du Dr O._____).

Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, la recourante a été examinée à deux reprises, la deuxième fois en présence de son fils aîné, par la Dre R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,

qui a posé le diagnostic différentiel avec influence sur la capacité de travail de schizophrénie paranoïde, épisodique avec déficit progressif (F20.01) *versus* trouble délirant organique d'allure schizophrénique (F06.2) dans le cadre d'une suspicion de porphyrie aiguë intermittente (E80), à quoi s'ajoutent un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente (F10.20), un déficit cognitif persistant d'origine probablement alcoolique et psychotique (F10.74 et F03) et une probable dysthymie (F34.1). Dans son appréciation globale de la situation, l'experte judiciaire a notamment émis les considérations suivantes (rapport d'expertise psychiatrique du 28 juillet 2020 p. 11 s.) :

"En l'état actuel de mon investigation, je ne peux définir le diagnostic principal expliquant le tableau clinique que présente l'expertisée avec certitude. Cliniquement Mme E._____ présente actuellement une décompensation psychotique majeure d'allure schizophrénique, marquée au premier plan par un délire de persécution constant, des hallucinations auditives et visuelles, une interprétation délirante de la réalité, une profonde désorganisation de la pensée avec un discours totalement incohérent, des affects inappropriés, et des moments de perte d'identité proches de dissociations. Cette symptomatologie pourrait relever d'une schizophrénie paranoïde, mais elle pourrait aussi être celle d'un trouble délirant organique d'allure schizophrénique.

S'il est difficile de caractériser le diagnostic, c'est parce que ce tableau psychotique particulièrement floride aujourd'hui contraste fortement avec les descriptions médicales de l'expertisée tout au long de son parcours de vie. En effet, depuis 2002, elle est décrite comme anxio-dépressive, avec un diagnostic différentiel de trouble de la personnalité borderline, ou encore comme dysthymique ; elle a présenté par ailleurs une problématique alcoolique durant une longue période, à quoi s'ajoutent des douleurs multiples, diagnostiquées comme fibromyalgiques, avec une hypermobilité articulaire, mais jusqu'en 2016, il n'est jamais décrit de tableau psychotique tel qu'aussi évident qu'aujourd'hui.

Ce n'est en effet que depuis 2016 que la psychiatre traitante de Mme E._____, la Dre F._____, décrit cette symptomatologie psychotique telle que je l'ai observée en entretien d'expertise. Elle évoque toutefois que ces symptômes ne sont pas florides en continu, ce qui est confirmé par le Dr Q._____, généraliste de Mme E._____ qui ne l'a jamais vue à ce point décompensée, et ce qui est aussi décrit par le fils de l'expertisée. La Dre F._____ retient comme diagnostic une schizophrénie paranoïde, un trouble délirant persistant et un retard mental léger. Elle formule l'hypothèse que ces pathologies sont présentes depuis longtemps, mais que l'expertisée est parvenue à cacher ses symptômes derrière ses silences et absences, symptômes qui auraient aussi été masqués par la consommation d'alcool, mais qu'au fil du temps, les

symptômes sont devenus si bruyants qu'elle ne peut plus les contenir.

L'hypothèse que Mme E. _____ soit atteinte d'une schizophrénie est à mon sens plausible. Selon la classification Internationale de Maladies mentales (CIM-10), la schizophrénie regroupe les troubles caractérisés par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, entraînant une altération des fonctions fondamentales permettant d'être conscient de son identité, de son unicité et de son autonomie. Les symptômes les plus courants sont les phénomènes de devinement de la pensée, idées délirantes, les hallucinations, les troubles du cours de la pensée, des symptômes dits négatifs (apathie, émoussement des affects, retrait social, etc.). Il est fréquent de voir apparaître des déficits cognitifs au cours de l'évolution. Le diagnostic repose sur la présence manifeste d'au moins un symptôme parmi les plus importants. De ce fait, les arguments du Dr [...] sont infondés : contrairement à ce qu'il affirme, le syndrome d'influence et encore moins les éléments dissociatifs ne sont pas indispensables pour retenir un diagnostic de schizophrénie. Si un symptôme parmi le devinement de la pensée, les idées délirantes ou les hallucinations sont présents de manière manifeste durant au moins 1 mois, le diagnostic peut être posé.

La schizophrénie paranoïde est la forme la plus fréquente de ce type de psychoses et est caractérisée essentiellement par des idées délirantes de persécution, de référence ; des hallucinations auditives, olfactives, visuelles ; des troubles du cours de la pensée ; des perturbations de l'humeur (irritabilité, accès de colère, plaintes multiples ou méfiance). Elle peut également amener à un tableau déficitaire avec perte et des compétences cognitives et des habilités sociales, ce qui a été mis en évidence chez cette expertisée. Mme E. _____ présente actuellement un tableau clinique totalement compatible avec le diagnostic de schizophrénie paranoïde. Ce diagnostic rend aussi compte de l'évolution par phases de décompensations florides, telles que celle vécue actuellement, alternant avec des phases moins bruyantes durant lesquelles les symptômes négatifs sont au premier plan.

Si habituellement, les premières décompensations d'une telle maladie surgissent au début de l'âge adulte, il existe un deuxième pic d'apparition vers la cinquantaine, plus particulièrement chez les femmes, en lien avec la baisse des œstrogènes qui protégeaient le cerveau jusque-là. Il est donc possible que la schizophrénie de Mme E. _____ ne se déclare clairement qu'à présent. Il est aussi possible qu'au début de l'apparition de sa schizophrénie, Mme E. _____ ait pu contenir ses interprétations erronées de la réalité et ses idées délirantes, jusqu'à ce que la maladie soit devenue suffisamment sévère pour qu'elle n'ait plus été en mesure de cacher son délire et ses hallucinations, tellement ses symptômes sont devenus envahissants. On ne peut pas non plus exclure formellement qu'il existe un lien entre les manifestations psychotiques d'aspect schizophrénique observé[e]s déjà en 2016 et la consommation abusive d'alcool que Mme E. _____ a eue durant des années. Cette consommation aurait pu tant escamoter une symptomatologie psychotique alors moins floride qu'actuellement, que contribuer à l'émergence d'une psychose chronique tardive de type

schizophrénique, même après avoir arrêté toute consommation d'alcool.

Si une schizophrénie paranoïde d'apparition tardive est plausible, il n'en demeure pas moins que l'histoire médicale de Mme E. _____ peut aussi évoquer une étiologie organique expliquant ses décompensations psychotiques. En effet, son dossier médical relève qu'elle souffre d'une thalassémie et d'une anémie, et que depuis des années, elle se plaint de douleurs aux membres, de douleurs gastro-intestinales mal comprises, qu'elle a eu présenté des nausées, des vomissements et des céphalées fréquentes ; à quoi s'ajoutent ces décompensations psychotiques florides, par crises. Pris ensemble, ces symptômes sont évocateurs d'une porphyrie aiguë et ce diagnostic différentiel devrait être exploré. Cette pathologie génétique est due à un trouble métabolique de la biosynthèse de l'hème, caractérisé par l'accumulation et l'excrétion accrue de porphyrines (composantes de l'hémoglobine) et de leurs précurseurs. Il existe plusieurs types de porphyrie, notamment hépatique et érythropoïétique, cette dernière étant associée à des lésions de peau et à une anémie hémolytique. Cliniquement, la maladie se déclare le plus souvent chez la femme, dans la trentaine, et les symptômes consistent en douleurs abdominales aiguës, douleurs aux jambes ou au dos, souvent associées avec des nausées, vomissements, céphalées, constipation. On note que de tels symptômes ont été décrits à plusieurs reprises chez l'expertisée. Dans 25 à 75% des cas, des symptômes psychiatriques s'expriment, parfois même dominant le tableau. Les sujets sont émotionnellement perturbés, parfois fortement déprimés, parfois agités et violents. Une labilité émotionnelle est fréquente, avec des comportements histrioniques et démonstratifs. Ces aspects ont tous été décrits chez Mme E. _____, y compris une impulsivité qui a fait penser en 2002 à un trouble de la personnalité borderline. Le tableau clinique peut aller jusqu'à une altération de la conscience, avec un délire, des hallucinations et un comportement très perturbé, tableau évoquant une schizophrénie paranoïde. Les crises peuvent être précipitées par une infection aiguë, l'alcool et certains médicaments (notamment les barbituriques, certaines benzodiazépines comme le diazépam et de nombreux autres médicaments). Il n'y a pas de traitement spécifique pour cette maladie, mais les crises peuvent être diminuées par l'évitement des médicaments précipitants, une abstinence à l'alcool et une attention particulière au traitement rapide de toute infection. Même si les symptômes de la porphyrie ne sont pas pathognomoniques chez l'expertisée, il est frappant de voir les similitudes entre ce qui est décrit dans la littérature et des différents symptômes que Mme E. _____ a présentés au cours de sa vie d'adulte. Dans ce sens, il me paraît nécessaire de poursuivre les investigations afin de déterminer si elle souffre effectivement de cette maladie ou non. Si cela devait être le cas, la décompensation actuelle pourrait avoir été précipitée par son infection au COVID-19.

Que Mme E. _____ souffre d'une schizophrénie paranoïde de survenue tardive ou précoce, ou d'une psychose induite ou majorée par une porphyrie, le pronostic paraît mauvais dans les deux cas. Il est néanmoins nécessaire de clarifier le diagnostic afin de pouvoir apaiser les symptômes et prédire l'évolution de la pathologie et son impact sur le fonctionnement de l'expertisée. S'il s'agit d'une

schizophrénie paranoïde, la prise en charge thérapeutique visera avant tout à lui faire accepter un traitement neuroleptique, probablement au gré d'une hospitalisation en milieu psychiatrique. S'il s'agit d'une décompensation psychotique sur crise de porphyrie, bien qu'il n'existe pas de traitement spécifique pour cette atteinte, on connaît tout de même les éléments favorisant les crises, soit certains médicaments qui seront à proscrire, l'abstinence à l'alcool qu'il faudra absolument maintenir, et une attention toute particulière aux éventuelles infections qu'elle pourrait contracter. Dans un cas comme dans l'autre, le pronostic restera défavorable en raison de l'altération majeure du fonctionnement psychique et neuropsychologique de Mme E. _____.

Depuis en tout cas 2002, Mme E. _____ est décrite comme ayant une humeur abaissée, ce qui a été diagnostiqué comme une dysthymie. Au vu des descriptions passées, ce diagnostic est probable, mais il pourrait aussi, au vu de l'évolution psychotique actuelle, avoir été les manifestations négatives d'un trouble schizophrénique, ce pourquoi je ne le retiendrai que comme probable.

Mme E. _____ présente également un déficit neuropsychologique majeur proche de la démence, qui est plus probablement d'origine plurifactoriel, alcoolique et psychotique.

Comme l'attestent les tests neuropsychologiques effectués en 2017, ce tableau déficitaire est sévère sur le plan mnésique, et touche aussi les fonctions exécutives de manière modérée à sévère.

L'absence d'évaluation de l'intelligence de Mme E. _____ avant les dégradations neuropsychologiques majeures qu'elle présente aujourd'hui, ne permet pas de retenir un diagnostic caractérisé de retard mental léger. Il est de plus, très difficile au vu des éléments anamnestiques en ma possession, de se faire une représentation des capacités intellectuelles de l'expertisée par le passé.

Concernant la capacité de travail de Mme E. _____, à l'heure actuelle, au vu des symptômes psychotiques tellement bruyants, il est clair qu'elle présente une complète incapacité de travail.

La question qui se pose alors et à laquelle il est, là encore, difficile de répondre avec certitude, est de savoir à partir de quand Mme E. _____ a été entravée dans sa capacité de travail en raison de ses pathologies. Ont été reconnues depuis 2002 des atteintes sous forme d'un état anxio-dépressif, une dysthymie, une dépendance à l'alcool et une fibromyalgie. Ces atteintes sont en soi susceptibles d'entraver la capacité de travail, en fonction de leur gravité.

L'atteinte neuropsychologique, sous forme de troubles de la mémoire sévères et de troubles de fonctions exécutives est un facteur déterminant pour juger de sa capacité de travail, et là encore, nous ne savons pas avec certitude à partir de quand cette atteinte est manifeste. Les troubles de la mémoire limitent la capacité à travailler dans la mesure où la personne atteinte aura des difficultés à retenir les consignes, se souvenir des processus, de ce qu'elle a fait ou non dans les tâches à accomplir. Une atteinte exécutive est tout autant limitante, les fonctions exécutives étant

les processus cognitifs nécessaires à l'exécution de comportements dirigés vers un but, soit l'élaboration de stratégies, la planification des tâches jusqu'à la réalisation du plan, la flexibilité mentale (adaptation aux imprévus, correction des erreurs, passage d'une tâche à l'autre), et le contrôle de l'inhibition (capacités à résister aux informations non pertinentes, et aux comportements inadaptés ou automatiques). De telles atteintes ont été mis[es] en évidence en tout cas en 2017 grâce aux tests neuropsychologiques réalisés aux J. _____ qui révélaient « un déficit sévère en mémoire épisodique verbale et visuelle, associé à de faibles performances en mémoire à court terme ; une dysfonction exécutive modérée à sévère ; des difficultés attentionnelles ». La Dre I. _____ a examiné l'expertisée entre septembre et novembre 2015, et relevait une dysthymie n'ayant, selon elle, pas de répercussion sur la capacité de travail. La psychiatre attestait de l'alcoolisme de Mme E. _____, dépendance qu'elle a jugée comme n'étant pas à l'origine d'une altération cérébrale organique ou neurologique, sans avoir néanmoins la preuve de cette affirmation, ce qu'elle a souligné elle-même, en disant que des tests psychologiques devraient être mis en place. Son investigation reste donc incomplète et ses conclusions partielles, puisque précisément, des tests neuropsychologiques auraient été nécessaires pour affirmer si Mme E. _____ avait ou non déjà, à l'époque, une altération cérébrale organique, susceptible d'entraver sa capacité de travail. Si on formule l'hypothèse d'une origine principalement alcoolique aux altérations neuropsychologiques attestées en 2017, alors que celles-ci devaient être déjà présentes en 2015, puisque tous les soignants de Mme E. _____ s'accordent à dire qu'elle était abstinente depuis 2014. Ne consommant plus d'alcool depuis lors, elle n'a donc ni déclaré, ni aggravé son atteinte entre l'examen de la Dre I. _____ de 2015 et les tests de 2017. Tout au plus aurions-nous pu même observer une amélioration de ses fonctions cognitives en lien avec une récupération partielle grâce à l'abstinence de l'alcool entre 2014 et 2017. Si l'origine de l'atteinte cognitive est principalement secondaire à la psychose, il faut alors que celle-ci soit suffisamment intense ou prolongée pour entraîner de tels déficits, et on peut imaginer que les médecins traitants habituels de Mme E. _____ auraient déjà observé une telle symptomatologie psychotique. Si les troubles cognitifs venaient à s'aggraver dans les prochaines années on ne pourrait exclure une origine organique autre comme une démence débutante.

Si la Dre I. _____ a vu Mme E. _____ dans une période où elle n'était pas floridement décompensée sur un mode psychotique, elle ne pouvait mettre en évidence de tels symptômes positifs, et a pu interpréter les symptômes psychotiques négatifs (retrait, émoussement affectif, apragmatisme, etc.) comme des manifestations dépressives qu'elle a mises sur le compte d'une dysthymie.

Concernant ses autres atteintes, notamment anxio-dépressives, telles que décrites depuis 2002, on note que les différentes observations médicales les retenaient tantôt comme suffisamment invalidantes pour interférer avec sa capacité de travail, tantôt comme n'ayant pas de conséquences sur sa capacité de travail, comme l'affirmait la Dre I. _____. Il est difficile au vu de l'impossibilité actuelle d'interroger Mme E. _____ à ce sujet, de se

faire une idée plus précise sur les limitations fonctionnelles en lien avec cet état anxio-dépressif. On note néanmoins que quelques mois avant l'évaluation de l'expertisée par la Dre I._____, le Dr [...] des J._____, avait introduit un traitement neuroleptique de Risperdal® 1 mg. Les notes du dossier, étudiées par la Dre F._____, ne permettent pas de comprendre précisément ce qui a motivé l'introduction d'un neuroleptique. Deux hypothèses s'offrent à nous. Peut-être que le Dr [...] a observé une symptomatologie psychotique qu'il a tenté de juguler avec un neuroleptique. Cette hypothèse est possible, mais la dose relativement faible prescrite parle contre un tableau fortement décompensé, qui aurait requis des doses de Risperdal® autour de 4 mg. L'autre hypothèse est que le Dr [...] a observé chez sa patiente, des angoisses suffisamment fortes pour tenter de les pallier par un traitement neuroleptique, faisant office, à petites doses, d'anxiolytiques pour des anxiétés sévères.

Ce qui me paraît le plus vraisemblable est qu'en août 2014, soit à la date du dépôt de la demande AI, Mme E._____ n'était plus capable de travailler. En raison d'un alcoolisme certes difficilement quantifiable, mais de gravité et de durée suffisamment sévères pour avoir probablement engendré une atteinte organique avec un déficit des fonctions mnésiques et exécutives sévères. De plus, Mme E._____ a présenté, en tout cas dès avril 2015, une atteinte anxieuse invalidante nécessitant une lourde médication, et finalement, à ce tableau clinique s'est surajoutée une pathologie qui nécessite d'être investiguée plus avant, mais qui induit cliniquement des décompensations psychotiques d'allure schizophrénique majeures, en tout cas depuis 2016, (mais probablement depuis plus longtemps si on se fie aux observations du fils de l'expertisée), telles que décrites par la Dre F._____ et telles qu'observées dans le cadre de cette expertise."

c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de l'experte R._____, dont le rapport d'expertise judiciaire du 28 juillet 2020 remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3f supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse particulièrement approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations cliniques complètes et minutieuses, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par l'experte R._____ sur la capacité de travail de la recourante emportent la conviction, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. consid. 3d supra). Ce rapport procède d'une appréciation claire de la situation et il répond en outre à l'avis divergent de la Dre I._____. Ces conclusions seront donc suivies.

d) Au demeurant, l'intimé ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique de mai- juillet 2020, ni ne produit de rapports médicaux suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé. Il oppose en effet uniquement l'avis du 17 août 2020 de son médecin-conseil, le Dr K._____, du SMR. Or ce médecin se borne à opposer un examen clinique SMR de l'automne 2015. Sur la base des constats effectués lors de son examen psychiatrique, la Dre I._____ a écrit que « des tests neuropsychologiques devraient être mis en place ». Or de tels examens complémentaires, pourtant expressément évoqués, n'ont pas été mis en œuvre par l'intimé ; ces tests ont finalement été conduits par la psychiatre traitante (Dre F._____) et ils ont mis en évidence un déficit des fonctions mnésiques et exécutive sévère chez l'assurée. Déjà pour ce motif, l'appréciation du cas par la Dre I._____ est sujette à caution. On constatera que d'autre part, l'appréciation de l'examinatrice du SMR divergeait de celle des médecins du CHUV, lesquels étaient d'avis qu'il convenait d'attendre la réponse aux traitements proposés avant de se prononcer en connaissance de cause sur la capacité de travail (cf. rapport du 21 avril 2015 du Professeur A._____). Cette réserve se comprend également à la lecture du rapport du 7 septembre 2015 du Dr B._____ qui disait que des facteurs non somatiques jouaient un rôle prépondérant, si ce n'était unique, dans les plaintes de l'assurée, et que par conséquent une intervention chirurgicale était contre-indiquée. De son côté, l'experte R._____ fait la synthèse de ces avis, les confronte et pose des conclusions parfaitement claires, exemptes de contradictions. L'experte explique en particulier que « si la Dre I._____ a vu Mme E._____ dans une période où elle n'était pas floridement décompensée sur un mode psychotique, elle ne pouvait mettre en évidence de tels symptômes positifs, et a pu interpréter les symptômes psychotiques négatifs (retrait, émoussement affectif, apragmatisme, etc.) comme des manifestations dépressives qu'elle a mises sur le compte d'une dysthymie » (expertise psychiatrique du 28 juillet 2020 p. 16). L'incapacité de travail est retenue au degré de la vraisemblance, mais s'avère parfaitement convaincante au regard des diagnostics posés et de la discussion circonstanciée du cas, par une spécialiste confirmée. Par sa

qualité, cet avis expertal exclut toute spéculation sur les tenants du cas d'une assurée gravement affectée de longue date au plan psychique, sans qu'il se justifie d'ordonner le complément d'expertise requis par l'intimé dans sa dernière écriture du 11 septembre 2020.

e) Des conclusions du rapport d'expertise judiciaire de la Dre R._____, il ressort donc qu'en raison d'un schizophrénie paranoïde, épisodique avec déficit progressif (F20.01) *versus* un trouble délirant organique d'allure schizophrénique (F06.2) dans le cadre d'une suspicion de porphyrie aiguë intermittente (E80), à quoi s'ajoutent un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente (F10.20), un déficit cognitif persistant d'origine probablement alcoolique et psychotique (F10.74 et F03) et une probable dysthymie (F34.1), l'assurée présente, depuis août 2014, soit à la date du dépôt de sa demande, une capacité de travail nulle dans toute activité. Le début du droit à la rente est fixé à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, et la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI), avec un degré d'invalidité à fonder sur une incapacité de travail de 100 % au long cours telle que retenue par l'experte judiciaire. Supérieur à 70 % (cf. art. 28 al. 2 LAI), le degré d'invalidité de la recourante ouvrait en conséquence le droit à une rente entière dès le 1^{er} février 2015, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI au terme de la décision dont est recours.

5. a) En définitive bien fondé, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que E._____ a droit à une rente entière à partir du 1^{er} février 2015.

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 des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

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

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

c) Par décision du juge instructeur du 11 octobre 2016, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 mai 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Guy Longchamp. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 27 août 2020. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Longchamp est arrêtée à 5'087 fr. 20, débours et TVA compris.

L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 2'587 fr. 20 (5'087 fr. 20 - 2'500 fr.), sera provisoirement supporté par le canton. La recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 8 avril 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que E._____ a le droit à une rente entière à compter du 1^{er} février 2015.

- 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 E._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- V. L'indemnité d'office de Me Guy Longchamp, conseil de E._____ est fixée, après déduction des dépens précités, à 2'587 fr. 20 (deux mille cinq cent huitante-sept francs et vingt centimes), débours et TVA compris.

- VI. La bénéficiaire de l'assistante judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Guy Longchamp (pour E. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :