

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représenté par Me Florence Bourqui, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 14 mars 2013.

Dans un rapport médical du 3 mai 2013, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assurée souffrait d'une gonarthrose bilatérale et d'une importante dysplasie fémoro-patellaire plus marquée à droite qu'à gauche, ainsi que d'importants troubles de la personnalité. Elle présentait en outre un syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement substitué par Méthadone. Elle avait bénéficié de la pose d'une prothèse totale de genou le 29 [recte : 26] avril 2013 et était en réadaptation. La problématique des genoux limitait fortement tout déplacement et justifiait une totale incapacité de travailler depuis le 26 mars 2012. Si l'évolution mécanique était favorable, ce problème pourrait être réglé dans l'année à venir. Le Dr J._____ estimait que l'incapacité de travail était totale depuis de nombreuses années du point de vue psychiatrique et renvoyait à l'avis des psychiatres traitants.

Dans un rapport du 19 juin 2013, le Dr H._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, a précisé que l'assurée nécessiterait à terme l'implantation d'une prothèse de genou du côté gauche.

L'assurée a indiqué à l'OAI en date du 11 juillet 2013 que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 30 % dans une activité de bureautique, par nécessité financière et pour son épanouissement personnel.

Dans un rapport médical du 21 août 2013 émanant de D._____, le Dr G._____ et la Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu comme diagnostic un trouble de

la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) qu'ils motivaient comme suit :

Concernant son fonctionnement de personnalité, nous notons différents éléments en faveur d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, avec une tendance à agir avec impulsivité sans pouvoir prendre en considération les conséquences possibles de ses actes, associés à une instabilité de l'humeur et des difficultés dans la gestion de son agressivité. Nous notons une intolérance à la critique. De plus, l'assurée décrit une instabilité de son image d'elle-même, des sentiments de vide et une tendance à s'engager dans les relations intenses et instables avec des efforts importants pour éviter l'abandon, associé à des menaces suicidaires. En plus de ces éléments en faveur du diagnostic de trouble de la personnalité borderline, nous notons des éléments sémiologiques liés à son diagnostic structural de fonctionnement psychotique, associant une désorganisation de la pensée, une interprétativité et une méfiance, une perte de la conscience interprétative, un glissement à certains moments durant l'entretien vers des éléments délirants de type paranoïde et une perte de l'épreuve de réalité. L'assurée présente durant plusieurs entretiens, des idées auto-agressives mais ne présente pas d'idées hétéro-agressives.

Le 7 octobre 2013, l'OAI a réceptionné le rapport médical établi le 3 août 2011 par les Drs Z._____ et C._____, du [...], à l'issue de l'hospitalisation de l'assurée, du 20 au 30 mai 2011, effectuée à sa demande en vue d'une mise à l'abri d'une consommation excessive de médicaments dans le cadre d'une situation familiale difficile. Ces médecins ont retenu les diagnostics de trouble spécifique de la personnalité, sans précision (F60.9), de dépendance à de multiples substances, substitution à la Méthadone (F19.22), et de difficultés avec le conjoint (Z63.0).

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé, dans un avis médical du 17 décembre 2013, que l'assurée présentait une toxicomanie primaire, qu'elle ne souffrait pas de trouble de la personnalité décompensé et était parvenue à accomplir un apprentissage. Le diagnostic de trouble de la personnalité borderline ne constituait pas une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité, raison pour laquelle le SMR estimait que la capacité de travail de l'assurée n'était pas diminuée.

Dans un nouvel avis du 25 avril 2014, le SMR a précisé que sur le plan somatique, il existait des limitations fonctionnelles, que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son dernier travail de barmaid et dans la profession d'assistante dentaire pour laquelle elle avait une formation non diplômée. Elle bénéficiait en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 26 juillet 2013, soit à trois mois de l'opération. Ses limitations fonctionnelles étaient l'inaptitude à exercer une activité uniquement debout, accroupie ou à genoux, ou nécessitant des déplacements en terrain irrégulier, de travailler en hauteur ou de porter des charges.

L'enquête économique sur le ménage réalisée le 29 octobre 2014 a déterminé que l'assurée travaillerait à plein temps sans atteinte à la santé, pour des raisons financières.

Par projet de décision du 17 novembre 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser de la mettre au bénéfice d'un reclassement ou d'une rente d'invalidité, dans la mesure où son taux d'invalidité n'était que de 10 %.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision en date du 16 janvier 2015, faisant valoir qu'elle avait cessé toute consommation de substances toxiques les dernières années, mais continuait à souffrir dans son équilibre psychique. Elle a produit un rapport médical établi le 16 janvier 2015 par les Dresses S._____ et X._____, de D._____, qui mentionnaient que l'assurée ne consommait plus aucune substance psychoactive et avait également cessé le traitement de substitution de Méthadone en septembre 2014. Elles ont retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) et de dépendance à de multiples substances, actuellement abstinente (F19.20) :

[...] Elle présente une importante labilité émotionnelle avec une difficulté à gérer les différentes émotions et plus particulièrement l'agressivité. La patiente se montre très méfiante envers les différents intervenants qui l'entourent et elle présente également

une difficulté majeure à gérer les relations interpersonnelles, avec un fonctionnement systématiquement conflictuel et désorganisé. Elle a tendance à agir avec impulsivité sans pouvoir prendre en considération les conséquences possibles de ses actes. Elle présente une désorganisation de sa pensée et une importante méfiance à l'égard d'autrui et elle peut montrer des glissements vers des éléments délirants de registre paranoïde ainsi qu'une perte de l'épreuve de la réalité.

Le trouble dépressif récurrent dont souffre Mme B._____ se caractérise par la répétition d'épisodes dépressifs caractérisés par un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie ainsi qu'une diminution de l'activité. La patiente présente également de la difficulté à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt ainsi qu'une diminution de la capacité de concentration et d'attention. Nous pouvons aussi constater une instabilité de son image d'elle-même et un sentiment de vide intérieur. Mme B._____ se plaint de difficultés d'endormissement et d'un sommeil difficile. Elle présente de façon chronique une instabilité affective avec une péjoration, à certains moments, de sa symptomatologie et une désorganisation psycho-comportementale plus accentuée. Les rapports les plus anciens en notre possession datent de 2009; le trouble dépressif récurrent y apparaît, faisant penser qu'il a pu débuter bien auparavant et qu'il a aussi pu, par le passé, être masqué par une consommation active de substances.

Par ailleurs, cette instabilité affective marquée interroge sur la présence d'une éventuelle bipolarité, question soulevée par les anciens thérapeutes de Mme B._____. Depuis le début du suivi de la patiente à D._____, nous n'avons pas identifié de décompensations maniaques. Les éventuelles périodes d'hypomanie sont très difficiles à objectiver, vu que la labilité émotionnelle est importante et que l'instabilité clinique est étroitement liée à la sévérité du trouble de la personnalité. L'hypothèse d'un trouble affectif bipolaire est en conséquence un possible diagnostic différentiel, nécessitant pour clarification, des éléments hétéroanamnestiques plus détaillés ainsi qu'une surveillance/investigation clinique dans la durée et dans les meilleures conditions chez cette patiente, qui amène régulièrement, de nouveaux éléments de crise à gérer.

Dans une attestation du 11 janvier 2015, le Dr A._____ a indiqué avoir suivi l'assurée de mai 2003 à novembre 2012 pour une dépendance aux opiacés ainsi qu'un trouble bipolaire de type I.

Dans un certificat médical du 12 janvier 2015, le Dr J._____ a confirmé le sevrage de Méthadone depuis septembre 2014. Il était convaincu que les troubles de la personnalité de la patiente étaient préexistants à ses problèmes de toxicomanie. Il a estimé que l'assurée était, pour des raisons psychiatriques, dans l'incapacité complète d'effectuer une activité professionnelle.

A l'initiative du SMR (avis du 27 janvier 2015), une expertise psychiatrique a été réalisée. Dans son rapport du 7 novembre 2016, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail des probables troubles affectifs bipolaires (et comme diagnostic différentiel une cyclothymie), actuellement en rémission partielle (F31.7). Il a en outre retenu, comme diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, avec une abstinence actuelle (F19.20) et une accentuation de certains traits de personnalité, ici sous forme d'immaturation, de dépendance et d'instabilité (Z73.1). Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 70 % depuis 2014 dans des activités auxiliaires telles qu'exercées par le passé (emploi en centrale téléphonique, vendeuse, barmaid). L'assurée avait besoin d'un cadre de travail clair, de tâches bien définies, d'une absence de conflictualité à la place de travail ainsi que d'un certain encouragement, ceci en faisant abstraction de la période de réentraînement. L'appréciation du Dr F._____ comportait les passages suivants :

[...] L'assurée a commencé ses premières expériences à 14 ans avec des joints de cannabis, ensuite consommation d'ecstasy, tout ceci dans le cadre de connaissances, amis, copines, sorties, désirs de « voir autre chose », bref, dans un contexte purement convivial, festif, donc primaire. Il n'existe aucune véritable notion d'une maladie psychiatrique préalable, les particularités dans la relation avec sa mère et des éventuelles insuffisances structurelles (elle a parlé de failles) n'ont pas valeur de maladie et ne peuvent pas être mobilisées pour inverser les choses (cf. rapport du Dr J._____).

[...]

Elle était collaborante, assez spontanée, elle a développé un côté prolixe une fois la confiance établie. Bien que son discours fût souvent un peu large, bien que le focus des questions fût souvent élargi, nous n'avons pas constaté de véritables troubles formels de la pensée, en particulier pas de pensées désorganisées ou autres. Il n'y avait pas de troubles majeurs de la concentration, de l'attention et de mémoire. Elle était euthymique, voire plutôt de bonne humeur. Ceci correspondait à son auto appréciation, mais tout en nous disant à quel point elle pouvait être autrement mal le matin. Elle était par ailleurs assez excessive dans ses descriptions, parlant d'un état quasi semi-végétatif à domicile, ce qui nous paraissait difficile à visualiser et ce qui ne correspond pas aux constats effectués lors de l'enquête ménagère.

La recherche avec la grille AMDP a montré un grand éventail de symptômes subjectivement énoncés, mais une très faible concordance avec les observations.

L'application de l'échelle de dépression a montré des valeurs non significatives, de même aucun ralentissement important.

Il est difficile de se prononcer sur la question d'un trouble de personnalité. Visiblement, au stade actuel, l'hypothèse d'un trouble bipolaire a été favorisée et la patiente traitée en conséquence. Visiblement aussi, ceci a eu une bonne influence. Même élargi aux informations anamnestiques, on n'arrive[...] pas à faire une lecture de dysfonctionnement majeur à ce niveau-là.

[...]

Même si, à la limite, on peut admettre ce que l'assurée appelle des « failles de personnalité », qu'importe s'il s'agit de traits accentués ou d'un véritable problème de structuration, l'impact clinique est mineur.

Ce qui nous paraît aussi important de souligner est l'impact de plus de vingt ans de vie dans et avec la toxicomanie, vingt ans de déconditionnement, vingt ans de vie décalée, etc. Il est vrai que toute sa trajectoire l'a éloignée d'une construction de personnalité véritable, d'une assise en tant que femme, épouse, travailleuse, etc., et de ce fait, elle parle aussi elle-même de « reconstruction ». Comme beaucoup de personnes avec un destin et un parcours comparables, il y a des lacunes par rapport à la normalité, des insuffisances, des immaturités, etc., et ceci n'est pas identique à ce que l'on entend par le terme d'un trouble clinique de personnalité.

Ainsi, même si on peut de manière empathique bien comprendre la situation difficile de cette assurée, elle n'est majoritairement pas dans un registre de maladie, voire critères d'invalidité reconnus.

Dans son avis médical du 23 novembre 2016, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise.

Par courrier du 11 mai 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il annulait le projet de décision du 17 novembre 2014.

Le 19 mai 2017, la recourante s'est rendue à un entretien en vue de la mise en place d'une mesure d'endurance au Centre [...] à [...]. La collaboratrice de l'OAI en charge de la réinsertion professionnelle de l'assurée a relaté ce qui suit :

- La mise en place d'une MR [mesure de réinsertion] semble compromise, compte tenu de la faible résistance psychique de l'assurée. Une complication (le fait de ne pas trouver le lieu et devoir marcher sous la pluie) a eu pour elle des conséquences psychiques disproportionnées (pleurs, colère, agressivité).

- Le projet de récupération de la garde de sa fille, s'il peut se réaliser, va à mon sens mobiliser toutes les forces de l'assurée qui ne sera pas en mesure d'intégrer un processus de réadaptation. [...]

Dans le rapport final de réadaptation du 12 juin 2017, elle a précisé que l'assurée présentait un potentiel d'adaptation particulièrement restreint.

Le 31 août 2017, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet d'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2014, au motif qu'elle avait retrouvé une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès janvier 2014.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision le 26 octobre 2017, faisant valoir que ses troubles psychiques l'empêchaient de s'adapter aux exigences du monde du travail et qu'elle avait déjà échoué à intégrer des mesures de réinsertion. Elle a produit à cet égard une attestation de la responsable de la mesure [...] du 25 septembre 2017, qui indiquait que l'assurée s'était beaucoup investie tant au niveau des entretiens de conseil que dans l'activité bénévole, mais que malgré sa motivation, d'importantes difficultés avaient été mises en évidence, telles qu'une grande fatigue, une faible résistance psychique, ainsi qu'une importante difficulté de concentration. Elle a conclu que la fragilité psychique de l'assurée ne lui permettait pas, à l'heure actuelle, d'effectuer à un très faible pourcentage (une après-midi par semaine) une activité bénévole où les exigences étaient peu importantes.

L'assurée a également produit un avis médical établi le 25 octobre 2017 par le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse M._____, de D._____. Ils ont fait part de leur désaccord avec les conclusions diagnostiques du Dr F._____, qui ne retenait pas le diagnostic de trouble de la personnalité, et ont motivé leur point de vue comme suit :

En effet, il y a une déviation extrême des perceptions, pensées ou conduites autant pour :

- Le contrôle des impulsions et la satisfaction des besoins : la patiente a eu non seulement des problèmes avec des consommations de substances, mais aussi par rapport à son comportement global, où son impulsivité l'a amenée à des achats impulsifs non planifiés et à la consommation parfois excessive de nourriture. Son impulsivité débouche régulièrement sur des colères qui ont souvent des conséquences indésirables pour elle.
- L'interaction avec les autres est hautement perturbée en raison de sa personnalité. La patiente n'a aucun entourage, mis à part sa fille. Elle a coupé le contact autant avec sa mère qu'avec sa sœur du fait de sa rancune, de son impulsivité et de sa colère. L'impulsivité et les accès de colère qui surviennent occasionnellement lors des consultations ambulatoires ont fait que quelques séances ont pris fin prématurément.
- L'affectivité. Elle n'a pas eu que des problèmes avec son mari car il aurait été adultère, mais avec la plupart des relations affectives dans sa vie à tel point qu'elle n'est pas arrivée à garder une relation sentimentale. Le rapport du lien avec l'autre passe souvent par des phases d'idéalisation et de déception, conséquence de l'image clivée des objets avec lesquels elle entre en relation.

En effet, la déviation est profondément enracinée et se manifeste souvent par une conduite rigide, inadaptée et dysfonctionnelle lors des situations personnelles et sociales. La patiente, par ailleurs, est partiellement consciente de son fonctionnement et souffre énormément de ses difficultés relationnelles. Cette déviation des perceptions était présente bien avant la consommation de toxiques. C'est très probablement cette déviation à la base qui est à l'origine de la dépendance à l'héroïne et qui a entraîné une dégradation du fonctionnement professionnel et social. De même, la patiente présente une identité perturbée d'elle-même, avec un manque de confiance et d'estime en elle et beaucoup de culpabilité concernant son parcours de vie.

Il est évident pour nous que la patiente présente des mécanismes de fonctionnement du type clivage, projection et passage à l'acte, bien enracinés, qui perturbent autant sa vie personnelle que sociale. De même, elle présente une labilité émotionnelle importante, passant par des phases plus euphoriques et d'autres plus dépressives, selon les événements de vie qui restent persistants malgré le traitement de base par du Valproate 1500 mg/j. Cette labilité émotionnelle est indépendante du trouble bipolaire dont souffre la patiente, qui est actuellement stabilisé. Finalement, malgré qu'elle soit abstinente aux toxiques et aux produits de substitution depuis 2014, il persiste une dégradation du fonctionnement professionnel et social en lien avec son trouble de la personnalité.

Nous retenons donc, le diagnostic : F 60.31 Trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline.

La patiente n'a pas les ressources suffisantes pour adhérer à une activité professionnelle, malgré qu'elle ait essayé une mesure d'insertion sociale [...] du 14 novembre au 12 juin 2017.

Dans un avis médical du 20 novembre 2017, le SMR s'est prononcé comme suit :

[...]

3/ une contestation fait suite encore après le projet de décision du 31.08.17 : nous recevons la prise de position de D._____ du 26.10.17 signée par un médecin assistant, contresignée par un médecin « associé », ce qui d'emblée par rapport à l'expérience du Dr F._____, fixe les choses. Vous demandez de prendre position dans le cadre de l'audition.

Le D._____ explique sa position sur la présence d'un trouble de la personnalité qui serait émotionnellement labile de type borderline et que l'addiction serait secondaire, et ceci à l'inverse du Dr F._____ (cf. ci-dessus). Il se base en outre sur un déplacement en transport public, différentes considérations dont une autre classification des troubles de personnalité, et les problèmes du SPJ avec la garde de l'enfant. Finalement, cette courte lettre, 1 an après, tout de même, remet en cause la pleine valeur probante de l'expertise : ce en quoi, nous ne sommes pas d'accord. En effet, les points litigieux important[s] ont fait l'objet d'une étude fouillée, basée sur les critères de la CIM-10, l'expert se fonde sur des examens complets (voir ci-dessus), prenant en considération les plaintes exprimées. Notre expert établit ses conclusions après avoir pris une pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical est claire et les conclusions sont bien motivées. On ne peut que s'étonner 1 an après d'une contestation alors qu'elle aurait dû intervenir [au] plus à 1-2 mois max.

Au total, pour toutes ces raisons, nous suivons toujours les conclusions du Dr F._____, telles que formulées ci-dessus. Nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée.

Par courrier du 28 mars 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il maintenait sa position, au vu de l'avis du SMR.

Par décision du 5 juillet 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2014.

B. Par acte de sa mandataire du 4 septembre 2018, B._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée au-delà du 31 mars 2014, subsidiairement à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Elle a reproché au Dr F._____ de s'écarter de l'avis de tous les médecins et psychiatres traitants sans explication et aux médecins du SMR - qui n'étaient pas psychiatres - d'avoir refusé de tenir compte des rapports médicaux produits. Selon elle, le Dr F._____ ne pouvait conclure qu'elle ne présentait pas de dysfonctionnement majeur dans son interaction avec

les autres, puisque des réactions et des attitudes totalement inadéquates émaillaient tout son dossier, et il ne pouvait pas mettre la problématique sur le compte de la polytoxicomanie alors qu'elle était abstinente depuis des années. Elle a en outre précisé qu'il n'y avait rien d'étonnant à ce que le rapport médical de la Dresse M._____ ne soit intervenu qu'après réception du projet de décision, étant donné que ce n'était qu'à ce moment qu'une copie du rapport d'expertise lui avait été transmise.

Dans sa réponse du 1^{er} novembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que les rapports produits par la recourante comportaient des incohérences selon le SMR et que la priorité de la recourante d'avoir du temps et de l'énergie pour récupérer la garde de sa fille était un motif étranger à l'invalidité, étant rappelé qu'elle avait le devoir de diminuer le dommage.

Par réplique du 26 novembre 2018, la recourante a fait valoir que c'était son état psychiatrique qui faisait obstacle à la reprise d'un emploi et non ses difficultés sociales ou les démarches entreprises pour retrouver la garde de sa fille.

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 auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV

173.36] et art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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 d'invalidité au-delà du 31 mars 2014.

3. a) 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). 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.

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité sont applicables par analogie lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 2.2).

c) 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).

4. a) En l'occurrence, l'OAI a fondé sa décision sur la base des conclusions de l'expertise du Dr F._____, considérée comme ayant pleine valeur probante par le SMR. L'expert a considéré que si l'assurée avait été en totale incapacité de travail en raison de ses problèmes psychiques, elle avait néanmoins retrouvé une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à partir de janvier 2014.

A la lecture du rapport d'expertise du 7 novembre 2016, il y a lieu de constater que le Dr F._____, après avoir établi l'anamnèse complète de la recourante, a certes relevé les plaintes émises par l'assurée, mais n'en a tenu compte que dans une mesure très restreinte. Il s'est en effet uniquement rattaché aux symptômes décrits par la recourante au moment de l'expertise, lesquels correspondaient à la présentation clinique, mais sans se prononcer sur le tableau beaucoup

plus noir qu'elle avait évoqué pour des périodes en dehors de la consultation. L'expert a en outre relevé que ses observations cliniques étaient en net décalage par rapport aux documents médicaux du dossier, mais s'est contenté de conclure qu'il était difficile de trancher (rapport d'expertise ch. E1). Au vu de cette incertitude, il paraît étonnant que le Dr F._____ n'ait pas agendé un autre rendez-vous avec la recourante, à distance de cette première consultation, permettant de procéder à une nouvelle observation clinique.

L'expertise n'est pas non plus convaincante en ce qui concerne les diagnostics retenus, respectivement exclus. Certes, le Dr F._____ explique de manière cohérente qu'il ne retrouve pas de valeurs significatives pour la dépression, ni de ralentissement important, en se référant à des évaluations sous forme d'échelles (rapport d'expertise p. 21). Pour le reste, il reconnaît lui-même qu'il existe quelques incertitudes dans les diagnostics (rapport d'expertise ch. C3). Il pose celui de probables troubles affectifs bipolaires, en rémission partielle, proposant également un diagnostic différentiel de cyclothymie. On peine cependant à trouver dans sa discussion des éléments relatifs à ces diagnostics, mise à part l'évocation d'un trouble bipolaire par les autres médecins (rapport d'expertise p. 20). Par ailleurs, le Dr F._____ explique avoir trouvé quelques particularités de personnalité, mais réfute le diagnostic de trouble de la personnalité, pourtant retenu par l'ensemble des psychiatres traitants. Aussi est-il étonnant que l'expert, alors qu'il jugeait difficile de se prononcer sur la question des diagnostics, n'ait pas pris contact avec les médecins traitants de la recourante afin d'échanger à ce sujet.

Il faut ainsi constater que le rapport d'expertise du Dr F._____ comporte des incertitudes et incohérences que l'expert n'a pas cherché à éliminer avant de poser ses conclusions. Il n'est dès lors pas possible de reconnaître une pleine valeur probante à cette expertise.

b) Comme le fait valoir la recourante, tant les Drs G._____ et S._____ en août 2013 que la Dresse X._____ en janvier 2015 et les Drs M._____ et N._____ en octobre 2017 ont expliqué de manière détaillée

pourquoi ils retenaient le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline. Ce diagnostic repose non pas uniquement sur les plaintes exprimées par la recourante, mais sur leurs propres constatations. Ils ont ainsi observé chez la recourante une difficulté à gérer ses émotions et plus particulièrement l'agressivité, une tendance à agir avec impulsivité, une instabilité de l'humeur et une difficulté majeure à gérer les relations interpersonnelles, avec un fonctionnement systématiquement conflictuel et désorganisé. Les Drs M._____ et N._____ précisent que son impulsivité et les accès de colère qui surviennent occasionnellement lors des consultations ambulatoires ont fait que quelques séances ont pris fin prématurément. Ces symptômes rejoignent précisément ceux constatés par la spécialiste en réinsertion de l'OAI. Cette dernière fait état, dans sa note d'entretien du 19 mai 2017, de la réaction disproportionnée de la recourante face à une complication vécue, celle-ci se montrant à bout de nerfs, en colère, agressive verbalement et se retrouvant en pleurs.

A l'exception du Dr F._____, l'ensemble des médecins arrive à la conclusion que la recourante n'est pas en mesure d'exercer une quelconque activité de type professionnel. C'est également à cette conclusion que sont parvenus les responsables des mesures de réinsertion. La recourante n'a en effet, malgré sa motivation, pas été en mesure d'effectuer une activité bénévole peu exigeante à un très faible pourcentage en raison de sa fragilité psychique, dans le cadre de la mesure [...]. De même, la spécialiste en réinsertion de l'OAI a témoigné de la faible résistance psychique de l'assurée et des conséquences psychiques disproportionnées entraînées par le seul fait de devoir chercher son chemin sous la pluie pour arriver à son rendez-vous. Dans son rapport final du 12 juin 2017, elle conclut que la recourante possède un potentiel d'adaptation particulièrement restreint.

Il n'y a pas lieu de prêter une attention particulière aux avis rendus par le SMR au cours de la procédure. Dans son avis médical du 20 novembre 2017, le SMR estime que le rapport médical des Drs M._____ et N._____ du 26 octobre 2017 n'est pas convaincant en raison de la

qualification de ses auteurs et du fait qu'il est intervenu une année après le rapport d'expertise du Dr F. _____. Ces arguments sont toutefois sans pertinence. D'une part, il faut constater que le Dr N. _____ est spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à l'instar du Dr F. _____. D'autre part, il est tout à fait cohérent que ce rapport soit intervenu en octobre 2017, puisque le rapport d'expertise du 7 novembre 2016 n'a été transmis à ces médecins ainsi qu'à l'assistant social de la recourante qu'en date du 29 septembre 2017, ce dont le SMR aurait pu aisément se rendre compte en consultant les pièces du dossier. Par ailleurs, les avis du SMR des 23 novembre 2016 et 20 novembre 2017 reposent exclusivement sur des critères formels, alors que l'on est en droit d'attendre d'un service médical qu'il procède à une analyse matérielle, objective et circonstanciée du point de vue développé par les médecins traitants de la recourante.

On peut au demeurant encore préciser qu'il n'y a pas lieu d'examiner le caractère primaire ou secondaire de la toxicomanie de la recourante étant donné son abstinence, attestée par les médecins dès 2011 (cf. à ce sujet ATF 124 V 265 consid. 3c et les références citées).

En définitive, il faut constater que les rapports des 21 août 2013, 16 janvier 2015 et 25 octobre 2017 exposent de manière probante que la recourante souffre d'un trouble de la personnalité qui ne lui permet pas actuellement d'exercer une activité lucrative sur le marché du travail.

c) Compte tenu de cette atteinte invalidante, c'est à tort que l'OAI a estimé que la recourante avait retrouvé une capacité de travail en janvier 2014 et qu'il a mis un terme à la rente entière qui lui avait été allouée. En l'absence de toute capacité de travail, la recourante continue à présenter un taux d'invalidité de 100 % et il n'y a actuellement pas de motif de réviser son droit à la rente.

5. a) Le recours doit par conséquent être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} septembre 2013.

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. 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.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'une mandataire qualifiée, 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. (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.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 5 juillet 2018 est réformée en ce sens que B. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2013.
- 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 une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à la recourante, à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :