

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 août 2022

Composition : M. NEU, président
Mme Dormond Béguelin et M. Küng, assesseurs
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 28 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 23 octobre 2017, C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a émargé à l'assurance-chômage (cf. décision du 24 octobre 2017 de la Caisse cantonale de chômage). En parallèle, elle a fondé une entreprise individuelle dans le domaine du secrétariat et de la comptabilité, X._____, laquelle a été enregistrée en date du 7 décembre 2016 au Registre du commerce et radiée le 5 octobre 2017 pour cause de cessation d'activité. Par la suite, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative et a été mise au bénéfice du revenu d'insertion (cf. décision du 10 octobre 2017 du Centre social régional).

Le 6 septembre 2018, l'assurée a déposé une demande tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant être en incapacité de travail complète depuis le mois de septembre 2017, ainsi qu'une dépression, des angoisses, des tocs, des fuites dans le sommeil et une envie de mourir, « en bref un burn-out après des années de batailles ».

Par rapport du 19 juillet 2019, la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que sa patiente était en totale incapacité de travail dans toute activité, à tout le moins, depuis le 1^{er} septembre 2018, précisant que cette incapacité était plus ancienne. Cette psychiatre a posé les diagnostics, ayant un impact sur la capacité de travail, d'anxiété généralisée (CIM-10 [Classification internationale des maladies] F41.1 ; depuis juillet 2013) et de personnalité émotionnellement labile (CIM-10 F 60.3 ; depuis l'adolescence), ainsi que, sans impact sur la capacité de travail, de dépendance à l'héroïne (CIM-10 F 11.22 ; depuis que l'assurée était une jeune adulte). Elle a fait état de diverses limitations fonctionnelles, dont notamment une très importante anxiété avec décompensation sur un mode anxieux, des difficultés relationnelles majeures, une hypersensibilité au stress et aux émotions, une intolérance à la critique et aux jugements du monde extérieur, une impulsivité et une

instabilité de l'humeur. Selon cette psychiatre, l'assurée restait seule chez elle et arrivait « juste » à gérer ses activités quotidiennes ainsi qu'à voir des amis sur un court laps de temps ; tout lieu public lui provoquait un stress important ; elle était angoissée dans les transports en commun et, si elle arrivait à accomplir ses tâches ménagères, cela lui prenait beaucoup de temps et d'énergie. S'agissant des troubles de la dépendance, la Dre J._____ a exposé que, depuis l'adolescence, sa patiente consommait des substances psychoactives et que, depuis le mois de mars 2019, elle prenait un traitement de substitution à base de Sevrelong (300 mg / jour).

Répondant aux questions soumises par le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), la Dre J._____ a, dans un rapport complémentaire du 22 juillet 2020, confirmé intégralement son appréciation du 19 juillet 2019 et mentionné que, depuis lors, l'état de santé de l'assurée n'avait pas changé. Toute sortie était anxiogène et l'assurée évitait tout contact social, à l'exception des rencontres avec son père, de très rares sorties avec des amis et des promenades avec son chien, lesquelles rythmaient ses journées ; le fait de sortir de chez elle et d'entrer en relation était beaucoup trop activant sur le plan du stress. Elle avait également besoin d'avoir un appartement propre et rangé et n'avait pas de retard dans ses affaires administratives, cela lui demandant toutefois un effort et du temps. La Dre J._____ a finalement précisé que le traitement correspondait toujours à la prise du Sevrelong, qu'il n'y avait pas eu d'hospitalisation et que les consultations avaient lieu tous les quinze jours.

L'OAI a confié une expertise psychiatrique à la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a examiné l'assurée en date des 27 novembre et 4 décembre 2020.

Dans un courrier non daté, mais réceptionné le 9 décembre 2020 par l'OAI, auquel était annexée sa « biographie », l'assurée a exposé que les entretiens avec l'experte avaient été « catastrophiques ». Elle a en particulier expliqué prendre, depuis quatre ans, des méthamphétamines

quotidiennement (en lieu et place d'antidépresseurs), s'étonnant à cet égard de l'absence de leurs traces dans les résultats d'analyses d'urine effectuées à l'occasion de l'expertise.

Dans son rapport d'expertise du 30 décembre 2020, la Dre B._____, assistée d'Z._____, psychologue, n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Elle a, en revanche, diagnostiqué, sans incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent (avec syndrome somatique) moyen et, depuis le mois de septembre 2016, léger (CIM-10 F 33.11 / F 33.0), un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante (CIM-10 F 61) - ce trouble n'étant pas décompensé, compte tenu d'un suivi psychiatrique bimensuel, de l'absence d'hospitalisation ou de prise de psychotropes / d'antidépresseurs, du fait que ledit trouble n'empêchait pas l'assurée de gérer son quotidien et du fait que cette dernière avait pu travailler sans limitations dans le passé -, une phobie sociale légère (CIM F 40.1) - l'assurée arrivant à avoir quelques liens sociaux et sortant de chez elle sans difficultés -, des troubles paniques hebdomadaires (CIM-10 F 41.0) - sans impact sur le quotidien - et une dépendance à plusieurs substances éthyliques, aux amphétamines et à la cocaïne (actuellement abstinente) ainsi qu'aux opiacés avec utilisations épisodiques d'héroïne à hauteur de 1 g par jour une fois toutes les deux semaines (CIM-10 F 19.26). L'experte n'a pas retenu d'anxiété généralisée, l'assurée n'étant « pas tout le temps sur la brèche », ni de troubles obsessionnels compulsifs. En conclusion, l'experte a estimé que la capacité de travail était complète dans toute activité, sans diminution de rendement, depuis le mois de septembre 2016, et que les troubles de l'assurée n'avaient pas induit de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives ; par ailleurs, l'expertisée présentait une motivation nulle pour une reprise professionnelle. Enfin, elle a mentionné que l'analyse d'urine réalisée ne présentait pas de toxique (une absence d'amphétamine et de cocaïne ayant été relevée), en dehors des opiacés avec des taux sanguins efficaces de Sevredol.

Par avis SMR du 1^{er} février 2021, la Dre N._____, spécialiste en chirurgie, a requis des précisions de l'experte.

Par complément d'expertise du 1^{er} avril 2021, la Dre B._____ a répondu que la description et les précisions anamnestiques apportées par l'assurée ensuite de l'expertise ne permettaient pas de remettre en question les diagnostics, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail retenus le 30 décembre 2020, mais démontraient plutôt certaines ressources chez l'intéressée.

Dans un avis SMR du 20 avril 2021, la Dre N._____ s'est ralliée aux conclusions de l'experte.

Par projet de décision du 23 avril 2021, l'OAI a informé l'assurée entendre lui refuser tout droit à une rente d'invalidité, sa capacité de travail étant entière dans toute activité.

Le 27 avril 2021, l'assurée a formulé des objections à l'encontre dudit projet de décision.

Par décision du 2 juin 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 avril précédent.

B. Par acte du 30 juin 2021, C._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 2 juin 2021, concluant implicitement à son annulation et à un réexamen de son dossier. Elle a en substance fait valoir des inexactitudes dans l'expertise de la Dre B._____.

Le 16 juillet 2021, la recourante a requis l'assistance judiciaire.

Le 12 août 2021, en complément à son recours, la recourante a produit un bilan psychologique du 11 août 2021 établi par le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin estimait que l'expertise de la Dre B._____ ne reflétait pas, ou plus, l'état

psychique réel de la recourante, celui-ci ayant été largement sous-estimé par les questionnaires utilisés et par les interprétations faites sur la base de l'anamnèse par l'experte. Selon lui, il était illusoire d'envisager une reprise d'activités, compte tenu des résultats obtenus aux tests psychologiques lors de ce bilan, singulièrement du score au SCL-90 (Symptom-Checklist-90) qui démontrait une souffrance psychique correspondant à une population souffrant de troubles mentaux hospitalisés. Ce psychiatre considérait notamment ce qui suit (sic) :

« CONCLUSIONS

[...] Au niveau émotionnel, vous présentez une estime de vous effondrée dans les domaines de la famille et du travail, ainsi qu'une estime de vous-même basse dans les relations sociales. Vous présentez une estime de vous-même générale qui est également basse. Au niveau de la symptomatologie dépressive, le BDI-II [Inventaire de dépression de Beck] fait ressortir chez vous une dépression sévère. [...]

Pour ce qui concerne l'anxiété, vous semblez présenter un niveau pathologique d'anxiété (score au STAI Y-B [State Trait Anxiety Inventory] = 75). D'autres questionnaires portant sur l'anxiété ont pu faire ressortir une très grande probabilité d'anxiété sociale et agoraphobie chez vous. En effet, vous craignez les interactions avec les autres, notamment par crainte que vous n'allez pas être dans le lien de manière socialement adéquate. De ce fait, vous évitez beaucoup de lieux sociaux comme relevé dans l'inventaire de mobilité pour agoraphobie. Finalement, pour l'instant il vous semble psychologiquement impossible d'utiliser les transports publics, pour raison de crainte massive du jugement et du regard de l'autre. Lors de questionnement autour de cela, vous ajoutez également que le fait de voir des personnes malheureuses vous déstabilise et amène davantage d'anxiété. En tenant compte de vos réponses à ces divers questionnaires, nous tenons à préciser que le constat suivant de la Dre B. _____ et Mme Z. _____ ne peut pas être retenu : « l'assurée se plaint également d'une phobie sociale modérée, car elle arrive à avoir quelques liens sociaux et elle sort de chez elle sans difficultés » (p. 10/47 de l'expertisé datée du 05.01.2021) et « l'entretien d'expertise n'a pas révélé la présence de phobie simple en dehors d'une phobie sociale légère » (p. 32/47, ces deux citations relevant déjà une incohérence quant à la gravité de la phobie sociale mesurée lors de l'expertise).

Nous répétons également que le fait de venir au cabinet pour faire passer le bilan était extrêmement compliqué pour vous, et que le besoin de consommer est plus important pour vous dans ces moments d'angoisse. Cela ne semble pas correspondre à quelqu'un qui peut sortir de chez elle « sans difficultés ».

Pour ce qui concerne la présence de trouble obsessionnel ou compulsif, vous semblez présenter une compulsions pathologique de propreté, vous menant à faire le ménage tous les jours. Bien que cette

compulsion est considérée comme légère par le questionnaire Y BOCS [The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale], nous ajouterons le fait que l'angoisse de ne pas faire le ménage vous pousse à consommer, ce qui démontre que vous vous reposez sur l'aide d'une substance pour y faire face. Cela ne semble pas avoir été pris en compte lors de l'expertise de la Dre B. _____ et Mme Z. _____, où elles constatent : « il n'y a pas de comportement compulsif » (p. 32/47) et suggèrent que « dans certains domaines courants de la vie, l'assurée n'a pas beaucoup de limitations (elle tient bien son ménage (...)) » (p. 7/47).

De plus, le SCL-R-90 constate un score de détresse psychologique sévère de 2,6 pour le domaine des obsessions-compulsions suggérant la présence de comportement compulsifs et de limitations importantes, les deux sous-estimées lors de l'expertise.

Finalement, lors de la passation du TAT [Thematic Apperception Test] et du Rorschach, nous percevons de bonnes capacités introspectives. Ces deux tests projectifs font ressortir chez vous une lutte contre votre dépression ainsi que de l'anxiété, ce qui renforce la fiabilité des divers questionnaires affectifs et quantitatifs.

Nous faisons l'hypothèse que votre état dépressif et d'anxiété, ainsi que votre basse estime de vous, soient exacerbés par la consommation de substances. En effet, la littérature semblerait indiquer qu'une consommation régulière de méthamphétamines produit un effet neurotoxique, résultant dans la diminution de production des neurones sérotoninergiques, ce qui peut créer, ou exacerber, une symptomatologie dépressive et anxieuse préexistante. Il nous semble que la reprise d'un travail, même à mi-temps, augmenterait votre état d'anxiété et de dépression, et pourrait vous rendre davantage dépendante de substances illicites comme stratégie dysfonctionnelle pour gérer ces émotions chez vous.

De plus, il est extrêmement important de se rappeler que votre détresse psychologique est sévère, et correspond à une population souffrant de troubles mentaux hospitalisés. Il est important de préciser que les patients hospitalisés ne sont pas considérés comme aptes à travailler ; pour cela, les conclusions de l'expertise ne peuvent pas être retenues : « il n'y a pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique, aucun médicament n'est prescrit (mis à part le Sevre-Long) : cela fait penser à un problème de santé qui n'est pas aussi grave que (Mme J. _____) suggère » (p. 8/47).

La passation du SCL-R-90 montre clairement en quoi ce constat est faux. [...]

Il nous semble essentiel à ce propos, que vous puissiez continuer un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré à une fréquence hebdomadaire, ainsi que le suivi d'infirmier à une fréquence qui sera évaluée par votre psychiatre traitant. [...] »

Par ordonnance du 17 août 2021, le juge instructeur a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire complète dans le sens de

l'exonération d'avances, des frais judiciaires et du paiement d'une franchise mensuelle, et a nommé Me Corinne Monnard Séchaud en qualité de conseil d'office, le tout avec effet au 30 juin 2021.

Dans sa réponse du 8 septembre 2021, complétée le 12 octobre suivant, l'intimé a conclu au rejet du recours et produit l'avis SMR du 5 octobre 2021 de la Dre N._____, à laquelle avait été soumis le bilan psychologique du 11 août 2021. Selon cette médecin, on ne pouvait exclure que la recourante, d'une part, ait repris une consommation quotidienne de méthamphétamines ensuite de l'expertise, la recherche dans ses urines effectuée à l'occasion de l'expertise étant revenue négative, et, d'autre part, se soit montrée plus collaborante dans le cadre du bilan psychologique effectué pour étayer son incapacité à reprendre une activité lucrative que lors de l'expertise, la question d'un éventuel manque d'effort / de collaboration ne pouvant toutefois être définitivement tranchée que par des tests de validation. La Dre N._____ reconnaissait également que le Dr P._____ avait effectué de nombreux tests psychologiques avec une évaluation plus approfondie que celle de la Dre B._____. En définitive, la Dre N._____ confirmait les conclusions de l'expertise, tout en précisant ne pas pouvoir se prononcer sur l'évolution de l'état de santé après la décision litigieuse et qu'une aggravation postérieure à l'expertise ne pouvait être exclue.

Dans sa réplique du 6 décembre 2021, la recourante, désormais sous la plume de son conseil, a précisé ses conclusions du 30 juin 2021, requérant, principalement, la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée à compter du 1^{er} mai 2017, avec des intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} mai 2019, et, subsidiairement, l'annulation de ladite décision, avec renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. De surcroît, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et l'audition du Dr P._____. Elle s'est en substance prévalu de l'absence de force probante de l'expertise de la Dre B._____, dont les lacunes étaient démontrées par le bilan

psychologique du 11 août 2021 du Dr P._____. A cet égard, elle a également porté au dossier les pièces suivantes :

- un rapport du 24 novembre 2021 du Dr P._____, lequel concluait à la nécessité d'une seconde expertise ;

- un rapport du 29 novembre 2021 du Dr P._____, par lequel il communiquait les résultats des différents tests suggérés par la Dre N._____, précisant que la raison et le but de ces examens n'avaient pas été communiqués à la recourante pour garantir la fidélité des résultats. En conclusion, les résultats aux tests de performance - 50 au TOMM (Test of Memory Malingering), dans la norme, voire supérieure, pour le TMT (Trail Making Test) et 15/15 au Rey 15-Item Test - démontraient des scores congruents avec l'hypothèse que sa patiente ne simulait et n'exagérait pas son état psychique et / ou cognitif. Quant aux résultats du questionnaires de validation MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form), il en ressortait également qu'il était très peu probable que la recourante simule ou exagère sa symptomatologie ou sa souffrance psychique.

Dans sa duplique du 11 janvier 2022, l'intimé a admis que les nouveaux documents produits par la recourante apportaient des éléments médicaux objectifs susceptibles de modifier l'appréciation de la capacité de travail jusqu'à la décision litigieuse. Il a ainsi proposé que soit mise en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, cette suggestion étant appuyée par la Dre N._____ dans un avis SMR du 6 janvier 2022.

Le 17 février 2022, la recourante a réitéré sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et proposé la désignation du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychologie, en qualité d'expert.

Le 23 février 2022, l'intimé a indiqué ne pas avoir d'objection à formuler à l'encontre de l'expert proposé.

Le 17 mars 2022, la recourante a produit la liste des opérations de son conseil.

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. Est en l'espèce litigieux le droit à une rente d'invalidité de la recourante.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

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

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

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

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

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

6. a) En l'occurrence, la décision litigieuse est fondée sur le rapport d'expertise du 30 décembre 2020 et son complément du 1^{er} avril 2021 de la Dre B. _____.

Celle-ci a considéré que la recourante ne présentait pas de diagnostic psychiatrique invalidant, faisant cependant état d'un trouble dépressif récurrent léger depuis le mois de septembre 2016, d'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile non décompensé, d'une phobie sociale légère, d'une dépendance à plusieurs substances éthyliques, aux amphétamines et à la cocaïne, actuellement abstinente, et aux opiacés avec utilisations épisodiques d'héroïne et de troubles paniques hebdomadaires. Elle n'a pas retenu d'anxiété généralisée, ni de troubles obsessionnels compulsifs. Selon elle, étaient uniquement objectivées une tristesse subjective fluctuante ou légère sans répercussion sur le quotidien, une impulsivité modérée, une phobie sociale légère – sans isolement social total, mais partiel tout au plus –, des difficultés de concentration subjectives et une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur ni aboulie, avec des attaques de panique hebdomadaires. De même, la recourante avait gardé de bonnes capacités et ressources personnelles, arrivant à gérer seule et sans difficulté son quotidien d'un point de vue psychiatrique, à faire des bricolages, à avoir quelques contacts sociaux, à faire les courses et le ménage, à lire, à gérer l'administratif, à conduire, à se promener, à avoir des bonnes relations en famille ou avec des amis et à partir en vacances. L'experte a ainsi

considéré que la capacité de travail de la recourante était complète, sans diminution de rendement, dans toute activité depuis le mois de septembre 2016 et qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives.

b) Cela étant, les constatations médicales, les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail de la Dre B._____ s'opposent radicalement à ceux du Dr P._____, celui-ci étant arrivé à la conclusion, dans le bilan psychologique du 11 août 2021, que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité, et ayant relevé diverses limitations fonctionnelles. Or, l'appréciation du Dr P._____ est basée sur les résultats objectifs de nombreux tests psychologiques et est, en définitive, plus approfondie que celle de l'experte, tel que l'a souligné la Dre N._____ (cf. avis SMR du 5 octobre 2021).

En effet, selon le Dr P._____, la recourante présentait une estime effondrée dans les domaines de la famille et du travail, respectivement basse dans les relations sociales et dans l'estime de soi en général. Elle souffrait d'une dépression sévère (selon le BDI-II) et d'un niveau pathologique d'anxiété (d'après son score au STAI Y-B), lesquels étaient exacerbés par sa consommation de substances psychoactives. De même, il existait une très grande probabilité d'anxiété sociale et d'agoraphobie, conformément aux résultats de plusieurs autres questionnaires, lesquels avaient fait ressortir une crainte des interactions avec les autres, l'évitement de beaucoup de lieux sociaux et l'impossibilité psychique d'utiliser les transports publics en raison de la crainte massive du jugement et du regard de l'autre. La recourante semblait également présenter une compulsions pathologique légère de propreté (selon le questionnaire Y BOCS) avec une tendance à consommer des substances psychoactives dans les cas où elle ne pouvait pas faire le ménage. De même, les résultats au SCL-R-90 démontraient une détresse psychologique sévère pour le domaine des obsessions-compulsions suggérant la présence de comportements compulsifs et de limitations importantes.

Les résultats communiqués par le Dr P. _____ rejoignent les constatations et les limitations fonctionnelles retenues par la Dre J. _____, dans ses rapports des 19 juillet 2019 et 22 juillet 2020, ce qui confirme leur crédibilité. Selon cette psychiatre, toute sortie était anxiogène, les lieux publics provoquaient un stress important, la recourante évitait tout contact social (à l'exception de quelques rencontres avec ses proches et les promenades avec son chien) et elle était angoissée dans les transports en commun. Par ailleurs, si elle arrivait à accomplir ses tâches ménagères – celle-ci ayant « besoin » d'avoir un appartement propre et rangé – et n'avait pas de retard dans ses affaires administratives, cela lui demandait beaucoup de temps et d'efforts.

De surcroît, tel que suggéré par la Dre N. _____ dans son avis SMR du 5 octobre 2021, le Dr P. _____ a mis en œuvre des tests de validation, afin d'évaluer l'authenticité de la recourante (cf. rapports des 24 et 29 novembre 2021). Ceux-ci confirmaient l'hypothèse selon laquelle la recourante ne simulait et n'exagérait pas son état psychique et / ou cognitif ainsi que sa souffrance psychique.

c) Il découle de ce qui précède que les médecins traitants de la recourante ont apporté des éléments médicaux objectifs susceptibles de modifier l'appréciation de la capacité de travail effectuée par l'experte, ce sur quoi les parties s'accordent.

En l'absence d'une expertise probante sur le plan psychiatrique, un complément d'instruction s'impose, tel que cela a d'ailleurs été recommandé par le Dr P. _____, dans son rapport du 24 novembre 2021. Au demeurant, certains éléments du dossier nécessitent d'être éclaircis, en particulier le fait que la recourante n'a jamais été hospitalisée, ne prend pas d'antidépresseurs et a un suivi limité à deux séances de psychothérapie mensuelles, alors que le Dr P. _____ a insisté, dans le bilan psychologique du 11 août 2021, sur le fait que la souffrance de la recourante correspondait à celle d'une personne souffrant de troubles mentaux hospitalisés et qu'elle devait continuer un traitement psychiatrique à une fréquence hebdomadaire et bénéficier d'un suivi

d'infirmier à une fréquence restant à être évaluée. De même, il y a lieu de revenir sur sa dépendance aux psychotropes, la recourante faisant état d'une consommation quotidienne, alors que l'analyse effectuée à l'occasion de l'expertise indiquait une absence d'héroïne et de méthamphétamines dans les urines.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), afin qu'elle mette en œuvre une expertise sur le plan psychiatrique, de préférence avec un spécialiste en addictions, étant relevé que les parties semblent déjà s'être entendues pour la désignation du Dr T._____.

c) Il découle également de ce qui précède que les mesures d'instruction requises par la recourante auprès de la Cour de céans, tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et à l'audition du Dr P._____, sont rejetées.

8. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 17 mars 2022 par Me Corinne Monnard Séchaud, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 4'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois 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 2 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause étant

renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ un montant de 4'000 fr. (quatre mille francs), à titre d'indemnité de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour C._____),
- 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 :