

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 avril 2022

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

MM. Métral et Piguet, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 28 aLAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, divorcée et mère de trois enfants désormais adultes, sans formation professionnelle, a exercé des activités non qualifiées de courte durée (aide-infirmière en 1984 et 2003, nettoyeuse en 1989 et 1990, tenancière de buvette en 2005). Elle s'est au surplus consacrée essentiellement à l'éducation de ses enfants.

Elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle parvenue à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton _____ de _____ Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 1^{er} mars 2013, indiquant souffrir de troubles psychiques « en évolution depuis au moins 30 ans ». Était joint un certificat _____ du Dr M._____, généraliste, du 19 mars 2008, lequel précisait que sa patiente élevait seule son troisième fils, alors adolescent. Elle n'était pas en mesure de déployer une activité lucrative en raison d'une importante fatigabilité physique, ainsi que de difficultés psychiques (difficultés de concentration et grande instabilité).

Sur demande de l'OAI, l'assurée a indiqué, le 14 mars 2013, qu'elle aurait exercé une activité professionnelle à plein temps, par intérêt personnel et besoin financier, depuis l'année 2000 environ, soit dès la scolarité de ses enfants.

L'OAI a recueilli des rapports des médecins traitants de l'assurée, les Drs G._____, généraliste, et D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes de son rapport du 22 mars 2013, le Dr G._____ a fait part du diagnostic incapacitant d'état dépressif chronique depuis 2006. Un reflux gastro-œsophagien depuis 2011 était sans incidence sur la capacité de travail. Celle-ci était nulle depuis 2005 environ, au motif de fatigue physique et psychique. Un rapport établi le 17 janvier 2013 par le Dr K._____, spécialiste en pneumologie, annexé par le Dr G._____, relatait un nodule de la corde

vocale, dans le contexte d'un dysfonctionnement des cordes vocales, entraînant un spasme laryngé.

La Dre D. _____ a complété son rapport à l'OAI le 31 mai 2013. Elle a retenu les diagnostics de trouble déficitaire de l'attention (TDAH), avec ou sans hyperactivité (F90.0), depuis l'enfance et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) depuis l'adolescence. La pathologie psychique n'avait jamais été reconnue et était vraisemblablement à l'origine de l'incapacité de l'assurée à s'insérer dans une vie professionnelle. Le TDAH avait été confirmé à la suite d'une évaluation spécialisée, réalisée par la psychologue N. _____. Une évaluation ultérieure en vue d'une insertion professionnelle serait possible quelques mois après l'introduction d'un traitement pharmacologique. Le rapport de la psychologue N. _____ du 25 avril 2013, produit en annexe, faisait état des conclusions suivantes :

« [...] Les différents tests réalisés confirment l'impression clinique. Avec les résultats du questionnaire du Dr Amen et le test de Coppeland, on peut faire l'hypothèse d'un trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité. La difficulté principale de la patiente se situe au niveau de la distractibilité et ceci depuis qu'elle est enfant. De ce fait, elle n'arrive pas à mener à bien certaines tâches avec efficacité, et ceci lui fait perdre sa confiance en elle. Dans ce contexte, la consommation de haschisch peut être vu comme une stratégie, certainement inadaptée, qui l'aidait à faire les différentes tâches et à se focaliser. Mme B. _____ boit environ 10 tasses de café par jour, mais elle ne ressent pas les effets du café. Les proches (sœur, frère, un des fils) perçoivent des difficultés dans le domaine de l'inattention et de la distractibilité, de l'impulsivité, de la sous-activité et de la sous-réalisation/désorganisation et des troubles de l'apprentissage. Les résultats du BDI-13 et du STAI confirment ce que ressent la patiente, c'est-à-dire un état dépressif d'intensité sévère, ainsi qu'une anxiété moyenne à élevée. »

Par rapport subséquent du 29 octobre 2013, la Dre D. _____ a réitéré les diagnostics précédemment posés, soulignant que l'évolution était lentement favorable. A son avis, une tentative d'insertion ou une formation professionnelle pouvait être initiée, en dépit des limitations fonctionnelles (difficulté de réaliser une tâche sans se disperser et se déconcentrer).

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a préconisé la mise en œuvre de mesures de réinsertion le 13 novembre 2013.

L'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'un entraînement à l'endurance, d'un entraînement progressif et d'une orientation professionnelle, à compter du 16 juin 2014 (cf. communications des 25 juin, 17 décembre 2014, 20 mars, 8 juin et 8 septembre 2015).

Dans l'intervalle, la Dre D. _____ a indiqué, le 20 février 2015, que l'évolution de l'état de santé de sa patiente était stationnaire. Elle relevait que malgré le caractère peu exigeant des mesures, l'assurée avait connu un épisode d'épuisement majeur. De son point de vue, elle n'était pas en mesure de suivre une insertion dans une profession à but lucratif en raison de ses problèmes psychiques. L'incapacité de travail était d'au moins 80 %. L'assurée n'était capable que de poursuivre une occupation non lucrative dans un cadre protégé au taux de 20 %. La Dre D. _____ a réitéré cette appréciation par courriel du 20 octobre 2015.

Le SMR a suggéré la réalisation d'une expertise psychiatrique, le 16 novembre 2015.

Par rapport final du 12 janvier 2016, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a mis un terme à son mandat dans l'attente des conclusions de ladite expertise. Il a procédé au bilan des mesures entreprises comme suit :

« [...] Mme B. _____ s'est investie pleinement dans chaque activité proposée, allant même parfois au-delà de ses limites. Malgré sa motivation et son implication, Mme B. _____ ne peut cependant s'investir de manière régulière et continue, et respecter des horaires définis. Elle s'investit totalement dans une activité, puis a besoin de temps pour récupérer. Ainsi, une capacité de travail de 20 % dans un cadre protégé a été validée par sa psychiatre [...].
Nous avons poursuivi les mesures en cours jusqu'au 30.09.2015, afin de définir un projet occupationnel réaliste pour notre assurée, une activité dans l'économie libre n'étant pas envisageable à ce jour. Mme B. _____ est toujours en lien avec la coopérative A. _____ pour qui elle rend différents services. Elle a montré notamment de très bonnes capacités didactiques pour les enfants.

Elle le fait de manière très ponctuelle et sans rémunération. Cette activité correspond à une activité protégée. [...] »

L'OAI a délivré un mandat d'expertise au Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par communication du 31 mars 2017. L'expert précité a communiqué son rapport le 13 décembre 2017, ne retenant aucun diagnostic incapacitant du registre psychiatrique. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (F12.00), sans complications, n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail, laquelle demeurerait entière « depuis toujours ». Le Dr F._____ a détaillé son appréciation du cas en ces termes :

« [...] **F33 : trouble dépressif récurrent**

Selon les entretiens du 23 et du 30 octobre, je constate que l'assurée ne présente pas les critères selon la CIM-10 pour une dépression majeure. L'assurée se déplace de façon fluide dans mon cabinet, elle participe activement à la conversation et garde le fil rouge des discussions tout au long des entretiens qui ont duré environ 90 minutes chacun. Concernant la fatigue, elle donne des informations parfois contradictoires, mais elle n'éprouve pas de fatigue, ni physique ni mentale, au cours d'une journée habituelle. Au cours de l'entretien, je ne constate aucune baisse d'énergie, ni à l'entrée ni à la sortie. L'assurée dit que son appétit est diminué ; elle dit avoir perdu 15 kg (depuis 2010) à la première consultation. Au second entretien elle change de discours et dit avoir perdu 8 kg. Concernant les plaisirs, elle dit aimer manger, ce qui ne correspond pas avec sa plainte subjective concernant son appétit. L'assurée évoque aussi avoir du plaisir à être entourée de personnes (amis, famille). Ces éléments sont suffisants pour écarter le diagnostic d'une dépression majeure. Le diagnostic, posé par plusieurs médecins, est en rémission.

F90.0 : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, existant depuis l'enfance.

Il s'agit d'un trouble apparaissant entre 3 et 5 ans (avant l'âge de 7 ans selon la CIM-10 ; G4). Le critère G1, relatif à l'inattention, n'est retenu qu'à condition de présenter au moins 6 symptômes proposés et ces derniers doivent être présents pendant au moins 6 mois à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant.

Le critère G2, relatif à l'hyperactivité, n'a pas été retenu dans les dossiers médicaux.

Concernant le critère G3, relatif à l'impulsivité, il n'est retenu qu'à condition de présenter l'un des symptômes proposés.

L'assurée ne remplit aucune de ces conditions durant l'entretien.

Le critère G4 requiert que le trouble survienne avant l'âge de 7 ans, et le critère G5 suggère que le trouble soit envahissant. Or, l'assurée a suivi sa scolarité sans jamais redoubler.

Le critère G6 requiert que les symptômes amènent à des difficultés scolaires. Ce qui n'est pas le cas de l'assurée.

Le critère G7 requiert que la symptomatologie ne soit pas liée à un état dépressif. Or les rapports médicaux associent régulièrement un état dépressif récurrent aux diagnostics.

Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible de retenir le diagnostic F90.0.

Il est à mentionner que le test psychométrique mettant en évidence cette pathologie n'est utile que pour la thérapie de l'assurée et ne constitue pas un indicateur des capacités de travail d'une personne.

Lors de la consultation du 05 décembre 2017, l'assurée n'a pas présenté de trouble de l'attention ou de la concentration, elle ne coupait pas la parole et gardait le fil rouge de la discussion sur toute la durée de l'entretien. Par ailleurs, l'assurée indique lire beaucoup, ce qui requiert des capacités de concentration et d'attention.

F33.11 : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, existant depuis l'adolescence

Afin de correspondre à ce diagnostic, l'assurée doit correspondre aux critères généraux d'un trouble dépressif récurrent (F33). Bien qu'il ne soit pas possible de définir si la consommation de dérivés du cannabis soit en cause, ce critère peut être retenu au regard des dossiers médicaux à disposition.

Toutefois, le critère B requiert une symptomatologie correspondant à un à épisode dépressif moyen. Au regard de l'entretien et des données anamnestiques mises à disposition, ce critère ne peut pas être retenu. En effet, le sommeil, l'appétit et le plaisir de l'assurée sont conservés.

Par ailleurs, la présence d'épisodes dépressifs par le passé exclut la présence de F90.0 (cf. critère G7).

Au vu de ce qui précède, je constate que l'état dépressif de l'assurée est actuellement en rémission (F33.4).

F12.00 : troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, sans complications.

Selon les dires de l'assurée, elle a commencé à fumer du cannabis en fin d'adolescence, à but festif avec des amis. Elle dit avoir arrêté la consommation depuis janvier 2016, en même temps que le tabac. Toutefois, les résultats de la prise de sang et d'urine démontrent le contraire. Cette consommation est primaire.

Au vu de ce qui précède, je constate que sur le plan strictement psychiatrique, l'assurée présente ses pleines capacités à travailler dans le marché libre du travail, et ce depuis toujours. »

Par projet de décision du 19 décembre 2017, l'OAI a signalé à l'assurée qu'il entendait nier son droit à une rente d'invalidité, en l'absence d'incapacité de travail et de gain.

La Dre D. _____ a fait parvenir un rapport à l'OAI le 22 janvier 2018, par lequel elle a critiqué le rapport d'expertise du Dr F. _____ et

déploré que ce dernier ne l'ait pas sollicitée en vue de discuter du cas de l'assurée, ni n'ait pris en considération ses précédents rapports. Elle a par ailleurs relevé que le rapport d'expertise laissait présager d'une certaine confusion de la part de l'expert, vu que ce dernier avait mentionné deux rencontres avec l'assurée, alors que seul un entretien avait eu lieu.

L'assurée a, de son côté, contesté le projet de décision de l'OAI par pli du 1^{er} février 2018, rappelant notamment les difficultés rencontrées de longue date dans la gestion de son quotidien, singulièrement durant les mesures de réinsertion diligentées entre 2014 et 2015.

Interpellé par l'OAI, le Dr F. _____ a rectifié son rapport d'expertise le 9 mars 2018 comme suit :

« [...] Selon l'entretien du 5 décembre, je constate que l'assurée ne présente pas les critères selon la CIM-10 pour une dépression majeure. L'assurée se déplace de façon fluide dans mon cabinet, elle participe activement à la conversation et garde le fil rouge des discussions tout au long de l'entretien qui a duré environ 90 minutes. Concernant la fatigue, l'assurée dit être toujours fatiguée. Toutefois, les informations qu'elle donne dans la description d'une journée habituelle sont contradictoires à cette affirmation. L'assurée sort promener son chien plusieurs fois par jour sur de longues durées. Elle prépare ses repas elle-même et elle a de nombreux loisirs. Au cours de l'entretien, je ne constate aucune baisse d'énergie, ni à l'entrée ni à la sortie. L'assurée dit avoir un bon appétit et elle aurait même pris du poids depuis qu'elle a arrêté de fumer. Le plaisir est conservé. Ces éléments sont suffisants pour écarter le diagnostic d'une dépression majeure. Le diagnostic, posé par plusieurs médecins, est en rémission. [...] »

Il a, au surplus, maintenu les conclusions communiquées le 13 décembre 2017.

Le SMR s'est rallié à l'appréciation du Dr F. _____ dans un rapport du 16 mai 2018 et estimé que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante.

L'OAI a dès lors rendu une décision de refus de rente d'invalidité le 18 mai 2018, reprenant les termes de son projet de décision du 19 décembre 2017.

B. B._____, assistée de PROCAP, Service juridique, a déféré la décision du 18 mai 2018 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 18 juin 2018, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi de prestations financières, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a essentiellement contesté la valeur probante conférée au rapport d'expertise du Dr F._____, rappelant les diverses erreurs entachant ce document. Elle a également requis l'assistance judiciaire limitée aux frais judiciaires, vu la précarité de sa situation financière.

Par décision du 20 juin 2018, la magistrate instructrice a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire, en l'exonérant de frais et d'avance de frais.

L'OAI a répondu au recours le 10 août 2018 et conclu à son rejet. Il a souligné que l'expert avait procédé aux corrections nécessaires de son rapport initial, sans modifier son évaluation, de sorte qu'il n'y avait aucune raison de s'en écarter.

L'assurée a répliqué le 4 octobre 2018 et maintenu ses conclusions. Elle a réitéré que le rapport d'expertise du Dr F._____ laissait transparaître la superficialité de ce dernier dans l'examen de son cas. Elle a notamment contesté pouvoir assumer les activités de la vie quotidienne relatées par l'expert et mis en évidence la dichotomie manifeste entre les conclusions de celui-ci, l'appréciation de sa psychiatre et le résultat des mesures professionnelles. Etaient produites en annexe des photographies attestant de « l'état déplorable », dans lequel se trouvait son appartement.

Par écriture du 29 octobre 2018, l'assurée a fait parvenir différents courriels émanant de sa psychiatre, dans lesquels cette praticienne confirmait les diagnostics retenus et le caractère envahissant de la symptomatologie présentée par sa patiente.

Par duplique du 8 novembre 2018, réitérée le 19 novembre 2018, l'OAI a persisté dans ses conclusions, soulignant que l'assurée demeurait capable de réaliser certaines activités, alors même que le rangement de son domicile ne faisait pas partie de ses tâches régulières.

Le 29 janvier 2019, l'assurée a une nouvelle fois confirmé ses conclusions et rappelé l'issue des mesures professionnelles, destinées à définir un projet exclusivement occupationnel.

En date du 5 septembre 2019, la magistrate instructrice a informé les parties de son intention de diligenter une expertise judiciaire psychiatrique de l'assurée. Le mandat a été confié au Prof. P._____, médecin responsable du Centre d'expertises psychiatriques du Centre hospitalier H._____, le 10 février 2020. L'expertise de l'assurée a été réalisée par les Drs L._____, chef de clinique, et J._____, médecin assistant, lesquels ont communiqué leur rapport le 17 septembre 2020. Ils ont retenu les diagnostics de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance (F12.2), impactant la capacité de travail de l'assurée à hauteur de 100 % dans toutes activités de l'économie libre. Demeurait envisageable une capacité de travail de 20 % dans un poste protégé. La situation clinique était susceptible d'amélioration sous l'effet de nouveaux traitements psychotropes et de la diminution de la consommation de cannabis. Ils ont relaté leur observation clinique de la manière suivante :

« Madame B._____ est une femme de 54 ans qui fait plus que son âge biologique. La présentation est légèrement négligée et l'hygiène est sans particularité. Madame B._____ frappe par une agitation et une difficulté très importante à maintenir le focus de son attention. Ainsi, à l'arrivée dans notre bureau elle se dirige immédiatement vers des objets et se met à les observer et les commenter jusqu'à temps qu'on lui demande de bien vouloir s'asseoir. Pendant l'entretien, elle est facilement distraite par un lacet défait, une plante du bureau, un tableau. etc. A plusieurs reprises elle se lève durant l'entretien, mais se rassied à notre demande. Elle ne présente pas de trouble de la mémoire. Elle est orientée dans les quatre modes. Le cours de la pensée est perturbé chez Madame B._____ qui rapporte soutenir simultanément plusieurs cours de pensée. Elle rapporte que ses pensées défilent avec une certaine pression. Elle rapporte ainsi « *penser à plusieurs choses en même*

temps, se perdre tout le temps, être distraite et à avoir des problèmes à canaliser mon attention ». La pensée est particulièrement circonstanciée, mais reste cohérente. Nous notons également des ruminations importantes liées à son avenir. Le discours est quasi logorrhéique et elle présente une capacité de synthèse très réduite. Nous devons sans cesse ramener Madame B._____ à nos questions et il est très difficile d'entretenir une discussion avec elle.

Madame B._____ ne présente pas des troubles de perception. Elle ne présente pas de délire ou d'autre élément floride de la lignée psychotique.

Sur le plan de la thymie, elle présente une importante labilité émotionnelle passant au cours d'un même entretien du rire aux larmes à plusieurs reprises. Elle rapporte une tristesse en lien avec l'absence de projet pour le futur. Il y a une asthénie, mais il n'y a pas d'anhédonie. Elle dit souffrir d'un fort sentiment de culpabilité. Elle rapporte un sommeil peu réparateur en lien avec des douleurs aux membres supérieurs. Elle rapporte avoir moins d'appétit. Elle rapporte des idées noires. Elle dit que « *heureusement que j'ai la nature car sinon je n'ai pas le droit d'exister* ». Il n'y a pas d'idées suicidaires. Elle présente une importante angoisse.

Sur le plan des toxiques, elle dit consommer du cannabis depuis ses 17, 18 ans. Après avoir arrêté pendant plusieurs années, elle a repris une consommation depuis environ une année. Elle fume cinq à six joints par jour. Cela l'aide à être « *moins dans tous les sens* », à diminuer son angoisse et ses douleurs. Elle consomme occasionnellement de l'alcool. Elle ne consomme pas d'autres drogues. »

Les experts ont par ailleurs motivé leur appréciation du cas en ces termes :

« Justification du diagnostic

Madame B._____ présente plusieurs éléments en faveur d'une perturbation de l'activité et de l'attention. En effet, Madame B._____ rapporte avoir eu dès l'enfance d'importantes difficultés à soutenir son attention et à s'organiser. A l'âge adulte, nous notons que ces symptômes sont toujours présents. Nous observons également que Madame B._____ se laisse facilement distraire par des stimuli externes, qu'elle peine à structurer son temps et ses activités. Elle rapporte des oublis fréquents dans la vie quotidienne. Madame B._____ présente également quelques éléments d'hyperactivité et d'impulsivité. Ainsi, elle se lève à plusieurs reprises lors de nos entretiens, elle présente un discours quasi logorrhéique et a du mal à nous laisser poser nos questions sans donner déjà des éléments de réponse. Soulignons néanmoins, qu'elle dit parvenir à se concentrer trente minutes pour se cuisiner un plat et à conduire son automobile.

Nous retenons également un syndrome de dépendance au cannabis chez Madame B._____ qui consomme cinq à six cigarettes de cannabis par jour. Elle rapporte avoir du mal à diminuer ses consommations et poursuit sa consommation malgré la connaissance de son effet sur le plan psychique et social. Nous estimons qu'il s'agit là d'un diagnostic secondaire à la perturbation de l'activité et de l'attention.

Comme diagnostic différentiel, nous retenons quelques éléments en faveur d'un trouble affectif bipolaire avec un épisode mixte. Un trouble dépressif récurrent a été diagnostiqué dès 2013 et présente actuellement quelques éléments favorables à un épisode mixte (quasi-logorrhée, tristesse, distractibilité, perte d'appétit, difficultés à se concentrer, sentiment de culpabilité). Madame B. _____ présente également quelques éléments en faveur d'un trouble de la personnalité anankastique. Elle rapporte être perfectionniste lorsqu'il s'agit d'exécuter les tâches qui lui sont confiées. Elle est très scrupuleuse, effectuant de nombreuses vérifications et étant préoccupée pour des détails. Etant souvent prise par un sentiment de doute, il lui faut un temps considérable pour terminer toute activité. Elle rapporte que ses préoccupations peuvent la « *bloquer complètement* » pendant un long moment.

Mise en relation des troubles diagnostiqués avec ceux posés jusqu'à présent

Les diagnostics ayant motivé l'incapacité de travail sont « une importante fatigabilité [...] sur le plan psychique en raison des difficultés à se concentrer et d'une grande instabilité » (2008), un état dépressif chronique (2013), un trouble déficitaire de l'attention et un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique (2013).

Les éléments présents actuellement, nous permettent de retenir comme diagnostic principal une perturbation de l'activité et de l'attention. En effet, les symptômes les plus saillants chez Madame B. _____ en termes d'intensité et de chronicité sont ceux relatifs à la difficulté à se concentrer et à s'organiser. Bien que ces symptômes puissent également s'inscrire dans d'autres tableaux cliniques comme décrit ci-dessus, la constellation de ses symptômes s'inscrit au mieux dans le diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention. Nous faisons également l'hypothèse que secondairement à la perturbation de l'activité et de l'attention soient apparus des épisodes de dépressions et des consommations de cannabis.

A partir de quand et [comment] ces diagnostics ont-ils affecté la capacité de travail ?

Les troubles psychiques de nature à limiter la capacité de travail de Madame B. _____ sont présents depuis au moins mars 2008, date où le Docteur M. _____ atteste que Madame B. _____ ne peut pas exercer une activité lucrative tant sur le plan physique en raison d'une importante fatigabilité que sur le plan psychique en raison des difficultés à se concentrer et d'une grande instabilité, concluant à une incapacité de travail totale. En mai 2013, la Docteure D. _____ retient le diagnostic d'une perturbation de l'activité et de l'attention (F.90.0). Les consommations de cannabis, utilisées sur un mode anxiolytique, viennent compliquer ce tableau et sont présentes depuis ses 17 ou 18 ans.

Ses troubles psychiques engendrent des difficultés très importantes en termes de concentration et d'organisation. De ce fait, elle ne parvient pas à mener certaines tâches avec efficacité et ceci lui fait perdre sa confiance en elle comme l'atteste le rapport neuropsychologique de Madame N. _____. En raison de sa distractibilité et de son incapacité à s'organiser, elle oublie les choses élémentaires comme le fait de se faire à manger, peine à mettre des priorités et entreprend plusieurs tâches en même temps

sans parvenir à les terminer en temps donné. Cela la fatigue tant moralement que physiquement et la rend triste.

Entre juin 2014 et septembre 2015, des mesures de réinsertion, de type entraînement à l'endurance et entraînement progressif, ont été mises en place. Selon l'avis médical du SMR du 16 mai 2018, le rapport final des mesures de réinsertion de janvier 2016 mentionne pour Madame B._____ une capacité de travail à 20 %, dans un cadre protégé, évaluation validée par sa psychiatre, la Docteure D._____.

Pour toutes ces raisons, nous considérons que Madame B._____ présente une capacité d'adaptation très limitée aux conditions professionnelles de l'économie libre. Dans ce contexte, nous estimons que sa capacité de travail en tant qu'aide-soignante est nulle et ce depuis au moins mars 2008. »

S'agissant de la cohérence du comportement, de la personnalité et des ressources de l'assurée, les experts se sont exprimés comme suit :

« [...] Le tableau clinique de Madame B._____, que nous avons pu observer au cours de nos entretiens, est cohérent avec celui d'une perturbation de l'activité et de l'attention. L'évolution clinique qu'elle présente correspond avec le diagnostic retenu. Elle rapporte, de manière isolée, être capable de se concentrer trente minutes pour se cuisiner un plat et conduire son automobile. Madame B._____ s'est engagée dans un suivi depuis le 30 mars 2012, mais elle s'oppose aux traitements pharmacologiques proposés par sa psychiatre traitante depuis l'été 2015. Nous estimons que Madame B._____ s'engage dans le suivi, mais que d'autres options thérapeutiques restent à explorer. A notre avis ces traitements pourraient possiblement être efficaces.

[...]

Nous ne retenons pas de critères ni de traits évoquant un trouble de la personnalité chez Madame B._____. Elle nous paraît authentique dans ses plaintes et ne montre pas de signes d'exagération de ses symptômes ou de simulation.

[...]

Nous ne retenons pas chez Madame B._____ de limitation de ses ressources sur le plan somatique. Sur le plan psychique, elle dispose de sa capacité de discernement par rapport à sa situation clinique et est capable de demander des soins au besoin. Sur le plan mental, elle dispose de suffisamment de ressources pour se rendre compte de ses limitations fonctionnelles et cognitives. Sur le plan social, elle dispose de suffisamment de ressources pour demander de l'aide sur le plan administratif et financier. [...] »

Les parties ont eu l'opportunité de se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire du 17 décembre 2020.

Par pli du 20 octobre 2020, l'OAI s'est référé à un avis du SMR du

7 octobre 2020, lequel procédait notamment à une analyse critique du rapport du Centre hospitalier H. _____ et proposait des questions complémentaires aux experts, à savoir :

« [...] Nous relevons néanmoins les points suivants : 1) La perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) devrait engendrer une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. L'expertise du 17.9.20 relate que sur le plan des activités de la vie quotidienne, l'assurée dit être autonome pour ses courses, son ménage, se préparer à manger. Elle gère elle-même ses affaires administratives et financières, et estime ne pas avoir besoin d'aide dans cette gestion. Elle n'est pas sous curatelle et il n'y a pas de demande en ce sens. Elle détient le permis de conduire automobile et possède une voiture, qu'elle conduit. Il n'est pas fait mention d'accident de la circulation. Elle pratique régulièrement diverses activités de loisir (peinture, bricolage, promenades, radio, tv). L'ensemble de ces tâches requiert des fonctions cérébrales préservées, en particulier les processus attentionnels, la mémoire et les fonctions exécutives. Ces dernières sont précisément celles susceptibles d'être altérées dans le cadre du diagnostic retenu. A noter que l'hypothèse d'une difficulté de l'assurée dans la reconnaissance de son niveau d'autonomie réel est contredite par le fait que les experts attestent qu'elle dispose de sa capacité de discernement par rapport à sa situation clinique. 2) Un nouveau bilan neuropsychologique n'a pas été effectué. Ceux auxquels il est fait référence dans l'expertise du 17.9.20 (bilans neuropsychologiques des 25.4.13 et 17.12.14) relatent de l'état clinique d'il y a 6-7 ans, par ailleurs troublé par la présence de symptômes dépressifs et anxieux. 3) La justification du diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention (p. 16) se fonde presque essentiellement sur des éléments anamnestiques (simplement rapportés par l'assurée). Soulignons également que le simple constat de caractéristiques comportementales en situation d'entretien ne suffit pas au diagnostic.

> Les experts (Drs L. _____ et J. _____) indiquent que des mesures thérapeutiques seraient susceptibles d'améliorer la situation clinique de l'assurée et en conséquence, également sa capacité de travail (p. 26). Il serait intéressant d'obtenir leur avis concernant l'évolution de la capacité de travail après traitement. L'exigibilité de ce dernier mériterait d'être précisée. Cela pourrait se faire par le biais des questions suivantes :

1. Quelle est la proportion chiffrée de l'amélioration de la capacité de travail (par exemple : une capacité de travail de x% devrait à terme pouvoir être retrouvée) ?
2. Quel est le délai dans lequel le résultat chiffré est escompté ?
3. Quels sont les risques d'échec / les chances de réussite des mesures thérapeutiques visant à « améliorer les troubles psychiques dont souffre l'assurée et de diminuer ses consommations de cannabis » ?
4. Ces mesures thérapeutiques sont-elles exigibles d'un point de vue médical ? »

L'assurée a fait part de son accord avec les conclusions du rapport d'expertise du Centre hospitalier H._____ du 17 septembre 2020, en date du 26 novembre 2020.

Après en avoir informé les parties, la magistrate instructrice a sollicité un complément d'expertise auprès des spécialistes du Centre hospitalier H._____, par correspondance du 14 janvier 2021, reprenant pour l'essentiel les questions évoquées par le SMR.

Le Dr L._____ a procédé à ce complément et fourni les réponses suivantes le 23 février 2021 :

1. Quelles seraient les mesures thérapeutiques complémentaires nécessaires ?

REPONSE : *D'un point de vue pharmacologique, et d'après les recommandations du National Institut for Clinical Excellence (NICE), le méthylphénidate est un traitement médicamenteux de première ligne de la perturbation de l'activité et de l'attention de l'adulte, avec la lisdexamfetamine - Elvanse®. En deuxième ligne, l'utilisation d'autres molécules est également indiquée en Suisse, comme des traitements non stimulants, comme l'atomoxétine - Strattera®, la guanfacine - Intuniv® et la clonidine - Catapressan®.*

Des approches non-médicamenteuses sont également possibles. Les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementale appliquées à la perturbation de l'activité et de l'attention de l'adulte regroupent les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) d'une part, et les thérapies comportementales dialectiques et basées sur la méditation en pleine conscience d'autre part. Elles sont réalisées dans le cadre de prises en charge individuelles ou de groupe.

Les différents programmes structurés basés sur ces approches reposent sur l'optimisation des stratégies d'adaptation face aux symptômes de la perturbation de l'activité et de l'attention. Le volet comportemental a pour objectif d'améliorer les capacités organisationnelles, la planification et la gestion du temps. La composante cognitive vise quant à elle les capacités du sujet à engager un changement durable, les stratégies de résolution de problèmes et les moyens de lutte contre la procrastination. D'autres programmes incluent également des composantes issues des thérapies dialectiques et de pleine conscience, ciblant en particulier la régulation émotionnelle, la gestion de la colère et de l'impulsivité et le lâcher prise.

2. Sont-elles raisonnablement exigibles du point de vue médical, sans nuire à la santé de la recourante ?

REPONSE : *Nous considérons qu'il s'agit d'options thérapeutiques reconnues et acceptées en Suisse, pour autant qu'elles soient effectuées et suivies par un psychiatre psychothérapeute qui,*

comme pour toute autre prescription pharmacologique, doit évaluer le balance bénéfice/risque pour chaque patient.

Les options thérapeutiques précitées, à notre avis, sont exigibles d'un point de vue assécurologique.

Madame B. _____ est libre de se déterminer d'un point de vue médical. Sur le plan psychique, l'expertisée dispose de sa capacité de discernement par rapport à sa situation clinique.

3. Quelle incidence pourraient avoir ces mesures sur l'état de santé de l'assurée ?

REPONSE : *Nous considérons que les options thérapeutiques susmentionnées pourraient améliorer la symptomatologie présentée par Madame B. _____.*

Les risques et effets secondaires des traitements pharmacologiques précités dépendent de l'idiosyncrasie métabolique de chaque patient. Nous considérons qu'ils doivent, comme pour d'autres prescriptions médicamenteuses, être préalablement annoncés et ensuite monitorés par le psychiatre traitant.

[...]

4. Dans quelle proportion ces mesures seraient-elles susceptibles d'améliorer la capacité de travail de la recourante ?

REPONSE : *Nous considérons que les options thérapeutiques susmentionnées pourraient améliorer, dans une mesure importante, la capacité de travail de Madame B. _____, particulièrement en ce qui concerne sa capacité d'attention et de concentration.*

5. Dans quel délai peut-on attendre une telle amélioration ?

REPONSE : *Un délai de six mois nous paraît raisonnable.*

6. Votre pronostic en matière de chances de succès d'un tel traitement sur ses troubles psychiques et sa consommation de cannabis.

REPONSE : *Nous estimons un pronostic favorable en ce qui concerne le succès du traitement sur sa perturbation de l'activité et de l'attention.*

Nous considérons que ce traitement a peu d'influence sur sa consommation de cannabis.

A notre avis Madame B. _____ devrait également effectuer un traitement pour arrêter sa consommation de cannabis, circonstance qui permettrait également d'améliorer sa symptomatologie ainsi que sa capacité de travail. [...] »

Le 25 mars 2021, l'OAI a fait parvenir un avis du SMR du 8 mars 2021 sur le complément d'expertise du 23 février 2021, dans lequel le médecin du SMR soulignait l'exigibilité des mesures thérapeutiques préconisées par le Centre hospitalier H. _____.

Par détermination du 4 juin 2021, l'assurée a indiqué estimer qu'aucune mesure thérapeutique n'était susceptible d'améliorer sa capacité de travail. Elle fondait son avis sur un rapport de la Dre D. _____ du 10 mai 2021, après que celle-ci eut pris connaissance du complément d'expertise communiqué par le Centre hospitalier H. _____. Cette praticienne se prononçait notamment comme suit :

« [...] Concernant l'hypothèse d'une éventuelle amélioration de la capacité de travail sous médication, je ne peux que me prononcer sur l'expérience faite avec Mme B. _____ sous Concerta. Le traitement par Concerta introduit en mai 2013 et maintenu jusqu'en septembre 2014 environ, n'a pas démontré une amélioration de la capacité de travail pendant les premiers mois de réinsertion professionnelle par l'AI [...].

A mon avis une médication pourrait probablement améliorer certains aspects psychosociaux, mais je doute que la capacité de travail dans une profession à but lucratif pourrait être améliorée considérablement, c'est-à-dire au-delà de 30 %. Pendant la prise du médicament Concerta, une diminution du flux verbal a été l'unique amélioration constatée par différentes personnes [...]. On arrivait un peu mieux à suivre son discours.

Le traitement est exigible dans le sens qu'il est reconnu pour traiter les personnes souffrant de THADA.

[...]

Effectivement ces traitements psychothérapeutiques sont reconnus par les spécialistes du THADA. Compte tenu de la sévérité de la symptomatologie cristallisée, il reste douteux qu'un tel traitement puisse améliorer la capacité de travail de manière significative dans une profession à but lucratif chez Mme B. _____.

[...]

A mon avis je doute qu'un arrêt de la consommation de THC améliore considérablement la capacité de travail dans un but lucratif, au-delà de 30 %. J'ai proposé à Mme B. _____ de remplacer le THC par des gouttes de CBD qui, chez certaines personnes ont un effet apaisant favorable sur les troubles de l'endormissement, connus pour être la raison principale de ne pas arrêter une consommation de THC. Mme B. _____ serait d'accord de tenter l'expérience. La capacité de travail ne sera pour autant pas améliorée. A mon avis le THC a, chez Mme B. _____, surtout une influence sur le degré de méfiance envers autrui. Typiquement les gens consomment du THC pour baisser leurs angoisses, mais se retrouvent envahis par des idées de références et une méfiance particulièrement accentuée.

[...]

Le chef de clinique qui répond au juge m'a citée à ce sujet à plusieurs reprises, malheureusement en sortant mes propos de leur contexte. Quand il répète que Mme B. _____ refusait de prendre les traitements, il donne une connotation très négative à cette information. [...] En effet, derrière ce refus, il y a des idées reçues sur ce qu'est la médication psychotrope [...]. C'est la peur qui domine la raison. Et il faut reconnaître que Mme B. _____ avait tout de même fait l'effort de prendre le Concerta pendant 1 an et demi. »

L'OAI a pris position le 5 juillet 2021 et confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Était produit en annexe à cette écriture un avis du SMR du 29 juin 2021, lequel observait ce qui suit :

« [...] Les recommandations thérapeutiques proposées par l'expert reposent sur les connaissances scientifiques actuelles et des procédures éprouvées dans le domaine de la consultation. L'expert estime que ces mesures pourraient améliorer, dans une mesure importante, la capacité de travail de l'assurée. Les écarter sur la base d'un unique essai thérapeutique en 2013 et sur la base de « la sévérité de la symptomatologie cristallisée » semble hâtif. Concernant la consommation de dérivés du cannabis, les effets favorables sur les troubles de l'endormissement et les angoisses sont mentionnés par la Dre D._____. Cette consommation présente, a contrario, également des risques pour la santé, notamment sur les capacités cognitives (attention, concentration, etc.) qui sont décrites par l'expert comme participant aux limitations fonctionnelles à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Le rapport du 10.5.21 n'apporte pas d'éléments fondamentalement nouveaux sur le plan diagnostique. »

Quant à l'assurée, elle a souligné à nouveau, le 15 septembre 2019, que les mesures thérapeutiques envisagées n'étaient, à son avis, pas de nature à améliorer sa capacité de travail, selon la teneur du rapport du 10 mai 2021 de la Dre D._____.

Le 11 octobre 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours, se prévalant des termes de l'avis du SMR du 29 juin 2021.

Par détermination du 14 octobre 2021, l'assurée a contesté la position de l'OAI, estimant que le rapport d'expertise judiciaire réalisée par le Centre hospitalier H._____ ne permettait pas de conclure au rejet du recours. En revanche, les experts avaient confirmé qu'elle présentait une incapacité totale de travail dans l'économie libre en dépit des mesures thérapeutiques envisageables. Elle a dès lors conclu à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité.

Le 26 novembre 2011, l'assurée a fait parvenir à la Cour de céans un courriel du 17 novembre 2021 émanant de la Dre D._____,

laquelle s'opposait à la position affichée par le SMR à l'égard de sa patiente et mettait en exergue les passages du rapport d'expertise allant dans le sens d'une incapacité totale de travail dans toutes activités.

Cette correspondance a été transmise pour information à l'OAI en date du 1^{er} décembre 2021.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1, let. a, LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93, let. a, LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 18 juin 2018 contre la décision de l'intimé du 18 mai 2018 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sa capacité résiduelle de travail.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, 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) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

c) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

d) En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, 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. La rente est versée dès le début de mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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 LPGGA), 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. 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. 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 352 consid. 3b/aa et les références).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculoologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En vertu de la jurisprudence fédérale, 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). Cette procédure probatoire a été étendue aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2).

b) Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et des dépendances 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 (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 références citées).

c) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'une dépendance ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

d) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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

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

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

e) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

7. En l'espèce, si le rapport d'expertise du Dr F._____ du 13 décembre 2017 semble a priori remplir les exigences minimales de qualité d'une expertise psychiatrique, il convient néanmoins d'écarter ce document. A l'instar de la recourante, il s'agit en effet de constater que les erreurs anamnestiques corrigées ultérieurement par l'expert laissent planer le doute quant à la désinvolture avec laquelle il aurait opéré son examen. On observe par ailleurs que l'expert s'est distancié des diagnostics posés par la Dre D._____ et la neuropsychologue N._____ en motivant son appréciation succinctement sur la base de son impression clinique de la recourante, laquelle résulte d'un seul examen. Il a par

ailleurs exclu le diagnostic de TDAH en se fondant sur une analyse particulièrement peu documentée des critères pertinents ressortant de la CIM-10. Ce faisant, il ne s'est pas exprimé sur les constats rapportés au cours des diverses mesures professionnelles mises en œuvre par l'intimé, singulièrement à l'issue du rapport final du Service de réinsertion professionnelle de l'intimé du 12 janvier 2016. On remarque également que les conséquences du syndrome de dépendance au cannabis ne sont pas discutées à satisfaction, de même que les mesures thérapeutiques envisageables in casu. On peine enfin à discerner les ressources concrètes dont disposerait la recourante pour se réinsérer professionnellement, en l'absence d'un tableau clinique suffisamment étayé pour être convaincant. Il est par conséquent apparu indispensable de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante.

8. a) Dite expertise a été diligentée par la Cour de céans auprès du Centre hospitalier H._____, dont les rapports du 17 septembre 2020 et 23 février 2021 fournissent les informations pertinentes pour trancher la présente cause. On remarque en effet d'emblée que les experts du Centre hospitalier H._____ ont procédé à des investigations extrêmement fouillées du cas particulier, en procédant à trois entretiens avec la recourante et en prenant les renseignements utiles auprès des différents intervenants assumant son suivi (médecins et ergothérapeute). Les experts judiciaires ont également dûment pris en compte les éléments ressortant des tentatives d'insertion professionnelle réalisées par le Service de réinsertion de l'intimé, tout en analysant l'intégralité de son dossier médical. Il en résulte un exposé minutieux et cohérent des limitations fonctionnelles de la recourante, ainsi que la justification des diagnostics retenus depuis de nombreuses années dans son cas. Sur questions complémentaires, ils ont fourni un éclairage exhaustif des traitements à disposition de la recourante pour améliorer sa situation. Dès lors, on peut considérer que les conclusions motivées des spécialistes du Centre hospitalier H._____ emportent la conviction. Elles sont au demeurant congruentes avec les données médicales à disposition depuis 2008, ainsi qu'avec les constats relatés concrètement par le Service de réinsertion professionnelle de l'intimé.

b) Dans ce contexte, les critiques formulées par le SMR dans son avis du 7 octobre 2020, à l'encontre en particulier du rapport d'expertise du 17 septembre 2020, ne sauraient être partagées.

aa) On peut concéder, s'agissant des limitations de la vie quotidienne, que la recourante conserve une relative autonomie pour certaines tâches ou loisirs mineurs, ainsi qu'une certaine faculté de discernement. Ces éléments ne présagent en rien toutefois de son potentiel à se conformer aux exigences d'une activité professionnelle.

bb) Quant au défaut d'un nouveau bilan neuropsychologique, force est de constater qu'une telle mesure apparaît superflue, étant donné notamment les différents comptes-rendus des mesures professionnelles versés au dossier de la recourante (cf. en particulier : rapport final du Service de réinsertion professionnelle de l'intimé du 12 janvier 2016). Il ressort en effet de ces mesures concrètes que la recourante n'a pas été capable de répondre à des objectifs précis, tant en termes de capacité de travail et de rendement que de respect des règles et d'organisation, malgré sa bonne volonté et son implication. On ajoutera que les informations communiquées par la Dre D._____ font manifestement état d'une situation stationnaire (cf. notamment : courriels de cette praticienne produits par la recourante le 29 octobre 2018). Dès lors, on peut d'emblée douter qu'une nouvelle évaluation neuropsychologique aurait donné un éclairage significativement différent du tableau clinique présenté par la recourante.

cc) Enfin, on ne saurait considérer que les experts ont basé leur appréciation exclusivement sur des éléments anamnestiques ou sur le comportement de la recourante en entretien. Les spécialistes du Centre hospitalier H._____ ont en effet motivé leur point de vue en tenant compte adéquatement de l'ensemble des pièces du dossier et des discussions avec le personnel en charge du suivi spécialisé de la recourante.

c) On ajoutera que les indicateurs préconisés par la jurisprudence fédérale ont certes été analysés succinctement. Cela étant, il en ressort que les ressources - psychiques, mentales et sociales - à disposition de la recourante lui permettent pour l'essentiel de se rendre compte de sa situation et de requérir de l'aide (cf. rapport d'expertise du Centre hospitalier H._____ du 17 septembre 2020, p. 20). On ne voit pas dans ce contexte limité que celle-ci soit dotée des ressources pour faire face aux conséquences quotidiennes de sa pathologie, encore moins pour être capable de se conformer aux règles et objectifs fixés dans le cadre d'une activité lucrative.

9. Il ressort des éléments qui précèdent qu'on peut se rallier aux conclusions communiquées par le Centre hospitalier H._____ à l'issue du rapport du 17 septembre 2020, selon lesquelles la recourante souffre d'une perturbation de l'activité et de l'attention, accompagnée d'un syndrome de dépendance au cannabis. Elle rencontre, depuis mars 2008 au plus tard, une incapacité totale de travail dans toute activité sur le marché ordinaire de l'emploi et conserve uniquement une capacité de l'ordre de 20 % dans un contexte occupationnel protégé. On peut également retenir que ses ressources sont insuffisantes, tant sur le plan psychique que social, pour assumer une occupation quotidienne au-delà de quelques activités basiques ne nécessitant ni attention ou concentration soutenue, ni capacité d'organisation. On relèvera enfin que les experts du Centre hospitalier H._____ ont exposé à satisfaction, le 23 février 2021, que des mesures thérapeutiques spécifiques étaient exigibles et susceptibles d'améliorer la situation à brève ou à moyenne échéance (cf. infra, consid. 11).

10. a) Chez les assurés qui auraient exercé une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec 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 ; c'est

la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35)

aa) En application de l'art. 16 LPGA, la comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier ou sur la base des statistiques salariales, après quoi l'on compare entre elles les valeurs ainsi obtenues (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1).

bb) Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré dans la sphère lucrative directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur les données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (TF 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et références citées).

b) En l'occurrence, on peut considérer que la recourante revêt un statut d'active à 100 %, au vu de sa situation personnelle de femme divorcée sans charge d'enfants en bas âge, ce qui n'est au demeurant pas remis en question par les parties.

Compte tenu d'une incapacité de travail totale dans toute activité de l'économie libre depuis mars 2008, le degré d'invalidité de la recourante se confond par conséquent avec dite incapacité et se monte à 100 %, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une comparaison de revenus précisément chiffrée.

c) Conformément à l'art. 28 al. 1, let. b, et al. 2 LAI, à l'issue du délai de carence échéant en mars 2009, le degré d'invalidité précité ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. Toutefois, étant donné que la recourante n'a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité qu'en date du 1^{er} mars 2013, elle n'a droit au versement de cette prestation qu'à l'échéance d'un délai de six mois, soit à partir du 1^{er} septembre 2013 (cf. art. 29 al. 1 LAI).

11. a) Selon un principe général en droit des assurances sociales, concrétisé à l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de sa part pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité (obligation de diminuer le dommage). Il doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels) ; il s'agit en particulier: de mesures d'intervention précoce (art. 7 al. 2, let. a, LAI), de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 7 al. 2, let. b, LAI), de mesures d'ordre professionnel (art. 7 al. 2, let. c, LAI), de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal ([loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] ; art. 7 al. 2, let. d, LAI) ou de mesures en vue d'une nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente au sens de l'art. 8a al. 2 LAI (art. 7 al. 2, let. e, LAI).

b) Dans le cadre de son devoir de réduire le dommage, une obligation importante de l'assuré, si ce n'est la première, est qu'il ait recours à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé. L'assureur pourra ainsi réduire ou refuser ses prestations (art. 7b LAI en relation avec l'art. 21 al. 4 LPGA) lorsque l'assuré, sans enfreindre une injonction, compromet le résultat du processus de guérison par son comportement gravement négligent. Le refus de suivre un traitement approprié ne peut toutefois être qualifié comme tel que si toutes les informations utiles lui ont été communiquées par le médecin traitant (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n°3 ad art. 7 LAI, p. 69, et références citées).

c) Les traitements médicaux visés par l'art. 7 al. 2, let. d, LAI susmentionné englobent toute mesure diagnostique ou thérapeutique, ambulatoire ou stationnaire, de même que des soins de longue durée, dont on peut raisonnablement espérer, au stade de la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de santé de la personne assurée et, par conséquent, de sa capacité de travail. La perception subjective, par la personne assurée, de l'utilité du traitement n'est pas pertinente. La preuve de l'amélioration que le traitement aurait pu apporter n'a pas à être rapportée strictement, mais doit être démontrée avec une certaine vraisemblance. Le degré de vraisemblance exigé dépend de l'ampleur de l'atteinte aux droits de la personnalité causée par le traitement (cf. Anne-Sylvie Dupont, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n°54 ad art. 21 LPGA, p. 312, et références citées).

d) En l'espèce, il convient d'attirer tout particulièrement l'attention de la recourante sur l'exigibilité des mesures thérapeutiques préconisées par les experts du Centre hospitalier H._____. Il lui incombe en effet de se conformer à leurs recommandations et de s'employer à respecter un traitement pharmacologique adapté, ainsi qu'un suivi spécialisé, lesquels sont à mettre en œuvre sans délai sous l'égide de sa

psychiatre traitante, en sus d'un sevrage du cannabis. A l'instar du SMR, on peut écarter l'avis de la Dre D._____ quant à la pertinence de ces mesures, au vu des explications communiquées le 23 février 2021 par les experts du Centre hospitalier H._____ à cet égard. Il appartiendra à l'intimé de s'assurer que la recourante donne suite aux propositions thérapeutiques des experts du Centre hospitalier H._____, en lui adressant à défaut une mise en demeure à cette fin (cf. art. 21 al. 4 LPGA).

12. a) Il y a en définitive lieu d'admettre le recours et de réformer la décision du 18 mai 2018, en ce sens que la recourante a droit au versement d'une rente entière d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 100 %, à compter du 1^{er} septembre 2013.

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 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient partiellement 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 18 mai 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que

la recourante a droit au versement d'une rente entière de l'assurance-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 à la recourante une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :