

VD_GERICHTE ZD19.011756 vom 3. September 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.011756

FR: VD_GERICHTE ZD19.011756 du 3 septembre 2019

IT: VD_GERICHTE ZD19.011756 del 3 settembre 2019

Erwägungen

E. 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

- 8 - b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et

E. 4

a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2), puis, récemment, en cas de dépendance à des substances addictives (TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue

- 11 - aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée 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). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

- 12 - 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). d) Selon la jurisprudence constante jusqu'à présent du Tribunal fédéral, les toxicomanies et le syndrome de dépendance à l'alcool primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi. Une toxicomanie, respectivement un syndrome de dépendance à l'alcool, n'était pertinente dans l'assurance-invalidité que lorsqu'elle engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou lorsque la dépendance résultait d'une maladie. Cette jurisprudence partait somme toute du principe que la personne dépendante était elle-même responsable de son état et que toute dépendance pouvait sans autre être traitée par un sevrage.

- 13 - Dans une jurisprudence récente, le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion que sa pratique antérieure ne pouvait plus être maintenue. Du point de vue médical, une dépendance correspond clairement à un phénomène ayant caractère de maladie. Il s'impose dès lors, comme pour les autres troubles psychiques à l'examen spécifique desquels s'appliquent des critères objectifs, de se poser la question de savoir si la personne concernée peut malgré l'affection diagnostiquée médicalement exercer à plein temps ou à temps partiel une activité (adaptée). C'est pourquoi, toute pertinence ne peut plus être d'emblée niée à un syndrome de dépendance ou à un trouble d'utilisation de substances addictives diagnostiqué irréfutablement par des spécialistes. Il s'agit, comme pour toutes les autres maladies psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 141 V 281 précité) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aussi en cas de syndrome de dépendance. Il peut par exemple être exigé de la personne concernée une participation active à des traitements médicaux raisonnables. Si celle-ci ne se conforme pas à son obligation de diminuer le dommage et permet ainsi le développement de son état pathologique, un refus ou une réduction des prestations est possible (TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019).

E. 5

a) En l'espèce, l'intimé a fondé son appréciation sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr L. _____, contre lequel la recourante a émis un certain nombre de griefs qu'il convient d'examiner en premier lieu. b) La recourante estime que le rapport d'expertise est incomplet, en particulier l'anamnèse serait incomplète. Elle fait notamment grief à l'expert de ne pas avoir tenu compte de son hospitalisation à G. _____ ni des constatations faites par ses médecins.

- 14 - Ce moyen est dénué de fondement dès lors que, contrairement aux allégations de la recourante, l'expert a eu connaissance de l'hospitalisation et des divers avis médicaux qu'il a soigneusement repris aux pages 6 et suivantes de son rapport et examinés au fur-et-à-mesure de son analyse. On observe par ailleurs que la Dre O. _____ a constaté une évolution favorable à la faveur d'un cadre contenant de l'hospitalisation et des adaptations médicamenteuses avec une disparition des hallucinations acoustico-verbales et visuelles et une amélioration thymique, ce qui va dans le sens des conclusions de l'expert. c) Selon la recourante, l'expert n'indiquerait pas pour quel motif il s'écarte des constatations des avis médicaux au dossier. La recourante reproche en particulier à l'expert de ne pas avoir retenu le diagnostic de troubles schizo-affectifs de type dépressif et conteste l'échelle diagnostique

utilisée par l'expert (matrice de Raven). aa) S'agissant des symptômes psychotiques, l'expert a fait une analyse détaillée, fondée sur un examen clinique, anamnestique et psychométrique. C'est en vain que la recourante conteste l'échelle diagnostique utilisée par l'expert dès lors qu'elle ne rend pas vraisemblable que celle-ci n'est pas adéquate et dès lors que l'expert ne s'est pas fié à ses seuls résultats mais a fait une appréciation d'ensemble. A l'examen clinique des symptômes psychotiques, l'expert a considéré que l'anamnèse ne lui permettait pas de retenir ces symptômes d'une façon fiable, bien que des symptômes d'allure psychotique puissent être ponctuellement présents lors des abus éthyliques et des décompensations du trouble de la personnalité. En effet, l'assurée a notamment déclaré qu'elle avait travaillé au noir en tant que femme de ménage jusqu'en août 2016 et qu'elle avait arrêté car elle n'avait plus de travail, alors que son état de santé demeurait inchangé depuis son enfance jusqu'à présent. L'assurée a expliqué qu'elle avait eu des hallucinations auditives, visuelles et olfactives constantes et inchangées depuis l'âge de 15 ans, avec des idées

- 15 - délirantes également constantes, sans changement malgré le suivi psychiatrique et un traitement psychotrope antipsychotique et antidépresseur. Toutefois, lorsque l'expert lui a demandé comment elle avait pu travailler dans le passé, y compris au noir, malgré la présence constante et inchangée des troubles susmentionnés, elle a souri et dit ne pas pouvoir expliquer ce point. Lorsque l'expert lui a demandé, après la réalisation de la prise de sang montrant des taux sanguins très faibles, si elle prenait bien l'antipsychotique, elle a expliqué sa compliance très partielle (« j'ai pris un peu juste avant l'expertise »), par le fait qu'elle n'avait pas besoin d'un tel médicament, car elle n'était pas folle, mais elle avait juste suivi ce qu'on lui avait demandé de faire pour obtenir une rente AI dont elle avait besoin. Lorsque l'expert l'a confrontée au fait qu'au moment du bypass gastrique personne n'avait relevé de symptômes psychotiques, ni d'ailleurs dans le rapport neuropsychologique du 9 février 2017, ni dans le rapport médical du 29 juin 2016, ni dans le rapport initial AI du 26 avril 2016, l'assurée a dit ne pas avoir oublié d'évoquer ces symptômes psychotiques présents depuis l'enfance mais qu'au moment de ces consultations elle ne souhaitait simplement pas une rente AI mais uniquement des médicaments pour sa dépression et cesser sa consommation d'alcool. Enfin, lorsque la psychologue lui a demandé dans le cadre de l'expertise comment elle avait pu travailler sans difficulté malgré les hallucinations dont elle se plaignait depuis l'âge de 15 ans, elle a demandé à la psychologue s'il était possible de dire que les hallucinations avaient commencé en 2014 ou 2016 et pas avant. L'expert a ensuite fait une évaluation des symptômes psychotiques ; l'échelle PANSS a montré un état psychotique absent, voire à la limite de la norme, et le modèle pyramidal des symptômes psychotiques n'a révélé aucune symptomatologie psychotique. L'expert a ainsi écarté les symptômes psychotiques retenus par certains médecins soignants en motivant ses conclusions fondées sur un examen minutieux clinique et anamnestique. Il a ajouté que des décompensations ponctuelles de la personnalité dans le contexte d'abus éthyliques pouvaient passer pour des troubles psychotiques. Les

- 16 - appréciations divergentes de certains médecins traitants ne permettent pas de mettre en doute ces conclusions. On note que tous les médecins traitants n'ont pas posé le diagnostic de trouble schizo-affectif. Ainsi, le Dr R. _____ n'a pas posé ce diagnostic et la neuropsychologue M. _____ n'en a pas fait état, comme l'a d'ailleurs relevé l'expert. Enfin, la Dre O. _____ a qualifié ce diagnostic de probable. bb) Pour poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, puis léger depuis 2014 au

présent, l'expert a procédé à un examen clinique, un examen psychométrique pour la dépression et un examen biologique. A l'analyse des différents critères de la dépression, l'examen clinique a permis de constater que la tristesse était présente une partie de la journée depuis 2014, l'intensité de la tristesse étant légère dès lors que l'assurée arrivait à gérer son quotidien sans difficulté. Pour ce qui concerne le plaisir et l'intérêt, l'assurée avait fait état de plaisirs présents notamment en famille, donc l'expert n'a pas retenu d'anhédonie. L'énergie était présente d'un point de vue subjectif depuis au moins 2014, sans ralentissement psychomoteur significatif et sans répercussions sur les activités de la vie quotidienne qui restaient possibles sans aide significative. S'agissant de la confiance et de l'estime de soi, l'assurée avait décrit une estime de soi abaissée depuis 2014 et fluctuante depuis toujours. Elle n'avait pas de sentiment de culpabilité pathologique. La concentration était cliniquement conservée car elle arrivait à avoir des discussions soutenues nécessitant de la concentration comme lors des entretiens d'expertise et à réaliser des tâches diverses nécessitant de la concentration comme la lecture, à gérer son quotidien, à s'occuper adéquatement de sa fille. L'assurée n'avait pas décrit d'idées noires, ni de tentatives de suicide, alors qu'elle avait eu des idées noires passives par le passé. L'expert n'a pas constaté de ralentissement psychomoteur, ni d'agitation au moment de l'expertise. Pour ce qui concerne le sommeil, l'assurée a fait mention de difficultés d'endormissement sans réveils nocturnes fréquents, mais ponctuels ; l'expert n'a donc pas retenu de répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne. Pour ce

- 17 - qui est de l'appétit, le poids de l'assurée était stable sans changement récent. L'examen psychométrique a révélé une dépression légère (score 17 sur l'échelle de dépression de Hamilton) et l'échelle de l'estimation de la sévérité de la manie a montré que la manie était absente, voire improbable (score 9 sur l'échelle de Young). Le diagnostic a ainsi été posé après un examen détaillé et circonstancié de la situation. cc) L'expert a écarté l'existence de troubles anxieux spécifiques, les symptômes anxieux résiduels faisant partie de troubles dépressifs récurrents moyens et parfois légers. A l'examen clinique, il a relevé qu'il n'avait pas pu constater l'apparition en quelques minutes d'au moins quatre symptômes physiques d'anxiété et cela sans raison apparente, ni d'attaque de panique, ni de préoccupation excessive pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée, ni de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif, ni de comportement compulsif. A l'examen psychométrique pour l'anxiété, la passation de l'échelle d'anxiété de Hamilton a révélé une anxiété mineure. Cette appréciation est motivée et fondée sur des examens complets. Elle peut être suivie. dd) S'agissant des troubles de la personnalité, l'expert a retenu un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante actuellement non décompensé (F60.9), tout en relevant que ce trouble n'avait pas empêché l'assurée de travailler à plein temps dans le passé ni à gérer son quotidien sans limitation. A l'examen clinique, l'expert a analysé la situation à l'aune des différents critères des troubles de la personnalité émotionnellement labile. Au sujet de l'impulsivité, l'expert a constaté que l'assurée avait fait état de plusieurs événements de vie où elle avait pris des décisions

- 18 - importantes impulsivement : des ruptures sentimentales et amicales ou des liens importants suite à des frustrations, voire à des disputes. S'agissant du manque de contrôle de soi, l'assurée a relaté plusieurs événements frustrants où une rupture de lien avait fait suite à un conflit, en rapport avec une perte de contrôle et avec un débordement émotionnel colérique intense. Concernant l'instabilité, l'assurée souffrait de la présence des « hauts et

des bas » fréquents sans être reliés aux contextes, caractérisés par des moments de désespoir ou d'impulsivité. Pour ce qui est du comportement auto dommageable, l'assurée avait eu plusieurs idées dommageables dans le passé avec tentative de suicide médicamenteuse et avec des idées noires récentes mais sans désir de passage à l'acte et de nombreuses scarifications. L'expert a relevé que le trouble de la personnalité était actuellement non décompensé et que les critères pour un trouble de la personnalité dépendante étaient remplis, ce qui se caractérisait chez l'assurée par une crainte d'être abandonnée, un sentiment d'impuissance et une difficulté à faire face à certaines exigences de la vie quotidienne. Les constatations de l'expert et ses conclusions sont claires et justifiées. Il n'y a pas lieu de s'en écarter. ee) L'expert a exclu la présence d'un trouble de l'adaptation en raison de l'existence de troubles dépressifs récurrents moyens et légers et il a posé le diagnostic de trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance. Ces points ne sont pas contestés. ff) Au final, les diagnostics ont été posés après examens minutieux et circonstanciés, en toute connaissance de cause, et leur évaluation échappe à toute critique. d) La recourante considère qu'il n'est pas suffisamment tenu compte de sa problématique liée à la consommation d'alcool.

- 19 - Or, l'expert a procédé notamment à un examen psychométrique pour la consommation d'alcool, comprenant un questionnaire DETA confirmant avec une probabilité de 95,5% une dépendance éthylique de type épisodique selon l'assurée, un questionnaire AUDIT révélant une consommation excessive d'alcool dans le sens d'une dépendance éthylique à utilisation épisodique et un examen biologique avec des résultats de la prise de sang qui sont compatibles avec une utilisation épisodique plutôt que continue. L'expert a considéré qu'il s'agissait d'une dépendance éthylique, utilisation épisodique à un litre de vin rosé certains week-ends depuis l'adolescence au présent et qu'il s'agissait d'une dépendance primaire car elle avait précédé d'une décade les rechutes dépressives, n'était pas accompagnée de troubles psychiques porteurs de limitations fonctionnelles significatives et après l'obtention d'une abstinence, on constatait une amélioration thymique d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, vers un épisode dépressif léger. Il a relevé qu'il n'existait pas une anamnèse de toxicodépendance à l'alcool et que la recourante était abstinente depuis quelques mois. Le diagnostic de dépendance éthylique avec utilisation épisodique depuis une décade au présent (F10.26) a été posé après analyse approfondie et a été motivé. e) La recourante voit des contradictions dans le rapport d'expertise. Il lui paraît contradictoire de constater qu'elle présente des difficultés cognitives en relation avec sa formation scolaire et de conclure que ses fonctions cognitives sont dans la norme. Puis, elle estime qu'il est contradictoire que l'expert ait pris des conclusions péremptoires lui reconnaissant une pleine capacité de travail sans baisse de rendement, alors qu'il a relevé qu'elle devait poursuivre son traitement médical, le sevrage éthylique et qu'il y a avait lieu de mettre en place des mesures de réinsertion et un nouvel examen ultérieur.

- 20 - S'agissant des fonctions cognitives, l'expert a d'abord simplement rapporté les propos de la recourante indiquant qu'elle avait connu des problèmes de concentration lors de sa scolarité, puis il a examiné ses fonctions cognitives, notamment sa capacité de concentration et de mémoire, et a conclu à des fonctions cognitives dans la norme. Il n'y a ainsi pas de contradiction dans l'appréciation faite par l'expert. On observe par ailleurs que le Dr R. _____ avait relevé une diminution de la concentration dominée par des inquiétudes familiales et financières, donc sans lien avec les atteintes psychiques. Et la

neuropsychologue M. _____ a retenu un profil cognitif situé certes dans les normes inférieures, mais pas inférieur à la norme, dans un contexte d'une problématique liée au manque de sommeil et elle a précisé que l'assurée présentait un ralentissement psychomoteur important associé à une hypospontanéité verbale, ajoutant que l'assurée répondait essentiellement par oui ou par non et qu'elle étayait peu ses propos, alors que l'expert a relevé l'excellente interaction de la recourante et ses réponses sont détaillées, ce qui permet une appréhension plus circonstanciée de la situation. Pour ce qui concerne la stabilité de son état de santé, l'expert a constaté une évolution globalement stationnaire depuis 2014 au présent, avec un suivi adéquat dans la mesure où elle ne prenait pas le latuda et le dormicum qui lui étaient prescrits mais dont elle n'avait probablement pas besoin. Il a estimé que les chances de guérison des troubles étaient bonnes en cas de réinsertion professionnelle. Il a ajouté que la situation n'était pas stabilisée et qu'elle devait être réévaluée dans une année. Il a évoqué un processus de sinistrose qui risquait de se mettre en place en cas d'absence de réinsertion professionnelle rapide. En réalité, il n'y a pas de contradiction dans ces propos, une maladie psychique étant toujours susceptible d'évoluer. L'expert a noté qu'au jour de l'expertise cette évolution était stationnaire depuis 2014, ce qui permettait de constater une certaine stabilité dans l'état de santé. Cette conclusion n'est pas critiquable et permet de considérer que la situation est suffisamment stable au sens du droit de l'assurance-invalidité pour se prononcer.

- 21 - Pour ce qui concerne la capacité de travail, il y a lieu de distinguer entre la capacité de travail exigible qui est de 100% et le pronostic pour une reprise professionnelle que l'expert a considéré comme bon, au moins à temps partiel, dès lors que l'assurée ne présentait pas de limitation fonctionnelle objectivable. Il a ajouté que le pronostic était positif d'un point de vue théorique surtout en cas de mise en place de mesures de réinsertion professionnelle et d'abstinence éthylique. Dans ces conditions, il est admissible de recommander la mise en place d'un sevrage éthylique ainsi qu'un suivi psychiatrique qui a permis de stabiliser l'état de la recourante. Il n'y a pas de doute sur le taux de travail exigible, la question de savoir si l'assurée inspire un pronostic favorable ou pas et à quel hauteur étant indépendante et en l'occurrence sans portée sur la capacité de travail exigible. Puis, compte tenu de son obligation de diminuer le dommage, il est admissible d'attendre de la recourante qu'elle suive des traitements médicaux et un sevrage pour maintenir sa pleine capacité de travail. Ces moyens sont donc infondés et doivent être rejetés. f) S'agissant des indicateurs à prendre en compte pour l'évaluation de la capacité de travail, la recourante conteste avoir de bonnes capacités et ressources personnelles et se réfère notamment au rapport initial de l'OAI du 26 avril 2016. Le rapport d'expertise fait référence au rapport initial de l'OAI, donc l'expert en a eu connaissance. Ce rapport initial, qui a fait suite à l'entretien de détection précoce, n'a toutefois pas de valeur probante particulière puisqu'il ne constitue pas une évaluation médicale des ressources de l'assurée mais une analyse de sa situation dans le but d'évaluer si le dépôt d'une demande de prestations AI est indiqué. On observe en outre que ce rapport indique que l'assurée ne livre pas beaucoup de détails sur sa situation professionnelle et personnelle et qu'il n'est pas possible de déterminer quelles sont ses vraies ressources par rapport à une intégration professionnelle.

- 22 - S'agissant de ses capacités et ressources personnelles, la recourante a déclaré elle-même à l'expert que ses relations avec son père et sa sœur étaient bonnes et celle avec son mari était assez bonne. Elle a en outre expliqué gérer son quotidien sans difficulté, s'occuper adéquatement de sa fille et passer de bons moments avec son mari ainsi qu'avec

quelques amies. Elle a indiqué qu'elle se réveillait à 7 heures, préparait sa fille pour l'école, l'amenait à pied à l'école, faisait des promenades avec le chien, préparait les repas, faisait le ménage et les courses. Elle a ajouté qu'elle voyait ponctuellement sa famille, amenait sa fille à la logopédiste et à la piscine, et restait avec elle pour passer de bons moments ou faire des jeux. Elle voyait quasi quotidiennement sa grande sœur, qui venait chez elle et la sortait de chez elle pour boire un café ou faire une promenade. Pour ce qui concerne les tâches ménagères, l'assurée recevait l'aide du CMS une fois par semaine mais, pour le reste, elle réalisait seule les tâches ménagères sans difficulté et s'occupait seule de la lessive sans difficulté. Elle utilisait les transports publics et s'est rendue seule aux entretiens avec l'expert. Elle préparait les repas, nettoyait la cuisine et faisait les provisions seule sans difficulté. Elle faisait les courses simples, sinon son mari les faisait avec elle. En outre, elle partait régulièrement en vacances. Puis, l'expert a observé que l'assurée avait fait preuve d'une excellente coopération avec l'expert, sans contact de type psychotique, et qu'elle avait une bonne présentation, notamment avec des ongles des pieds vernis de rose lors du premier entretien, et une coupe de cheveux rouge-bordeaux au deuxième entretien, sa sœur l'ayant amenée chez le coiffeur. Il a détaillé le déroulement d'une journée en reprenant chaque activité de l'assurée avant de constater qu'elle disposait de bonnes ressources personnelles (p. 18-19). Cet indicateur a donc été correctement évalué après un examen minutieux des ressources de la recourante. g) La recourante ne formule pas de grief précis à l'encontre de l'appréciation par l'expert des autres indicateurs prévus par la jurisprudence pour évaluer la capacité de travail en cas de troubles psychiques. Il convient toutefois de les passer en revue.

- 23 - aa) L'expert a considéré que le trouble dépressif récurrent n'avait pas donné lieu à des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives car il avait objectivé uniquement une tristesse subjective fluctuante ou légère sans répercussion sur le quotidien, des difficultés de concentration subjectives, une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel tout au plus et sans autres limitations objectivables. L'expert a notamment relevé que l'assurée gardait de bonnes capacités et ressources personnelles car elle arrivait à gérer son quotidien d'un point de vue psychiatrique, à regarder la télévision, à avoir des contacts sociaux, à faire des courses et le ménage léger, à partir en vacances, à s'occuper adéquatement de sa fille et à passer des bons moments avec son mari. L'expert en a déduit que les indices de gravité fonctionnelle et de gravité de l'atteinte à la santé étaient absents d'un point de vue psychiatrique depuis 2014 au présent. S'agissant du succès du traitement et de la réadaptation, l'expert a relevé que l'évolution du trouble dépressif récurrent était globalement stationnaire depuis 2014, avec un traitement antidépresseur au moment de l'expertise, et que la motivation pour une réadaptation professionnelle était ambivalente dès lors que l'assurée estimait devoir recevoir une rente AI en raison du fait qu'elle ne pourra pas trouver un emploi après une pause professionnelle aussi longue. L'expert a objectivé une cohérence faible entre certaines plaintes subjectives et le constat objectif, ainsi qu'un décalage entre la fatigue subjective et le constat objectif. Il a aussi observé que des plaintes de la concentration étaient purement subjectives, s'inscrivant dans un contexte de trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante avec des bénéfices primaires et des bénéfices secondaires clairement exprimés. L'assurée bénéficiait notamment du soutien de son entourage depuis toujours, mais sans aide nécessaire au quotidien, et avait financièrement besoin d'une rente. L'expert a en outre considéré que

- 24 - les plaintes étaient peu plausibles et a retenu une probable exagération des plaintes, en lien avec les bénéfices primaires et secondaires. Examinant l'uniformité des limitations dans tous les domaines de la vie, l'expert a constaté, compte tenu des activités que l'assurée était capable d'assurer, qu'il n'y avait pas lieu de retenir de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique de façon uniforme depuis 2014 à ce jour. S'agissant du poids des souffrances révélées par l'anamnèse, l'expert a observé que l'assurée présentait une bonne motivation pour un suivi psychothérapeutique et pour un traitement par antidépresseurs, mais nulle pour les antipsychotiques dont elle estimait ne pas avoir besoin, ce qui le confortait aussi quant à l'absence de symptômes psychotiques. L'expert a par conséquent conclu que les indices jurisprudentiels de gravité du trouble dépressif récurrent n'étaient pas remplis depuis 2014. bb) Pour le trouble de la personnalité, l'expert a constaté que celui-ci n'avait pas empêché l'assurée de travailler sans limitation. En outre, il a rappelé que les ressources de l'assurée étaient bonnes, qu'elle arrivait à gérer son quotidien sans difficulté d'un point de vue psychiatrique, à avoir une vie sociale, à partir en vacances, à gérer sa fille sans difficulté, à passer des bons moments avec son époux. L'expert n'a ainsi retenu aucune répercussion de ce trouble sur la capacité de travail. cc) S'agissant de la dépendance éthylique primaire avec utilisation épisodique depuis l'adolescence, l'expert a rendu son rapport avant la nouvelle jurisprudence instaurant l'application de la grille des indicateurs en cas de syndrome de dépendance. Toutefois, on peut reprendre ses observations pour constater que ce syndrome n'influence pas la capacité de travail de la recourante. Il ne résulte en effet pas de l'anamnèse que les épisodes d'alcoolisations aiguës aient eu une répercussion dans les différents domaines de la vie de la recourante, sous

- 25 - réserve de son hospitalisation. On constate qu'elle a été en mesure de tenir un ménage et s'occuper d'enfants dans le cadre de son emploi d'employée de maison, à la satisfaction de ses employeurs. Le contexte social et les ressources personnelles de la recourante sont favorables comme indiqué plus haut. L'expertise recommande un sevrage éthylique afin de maintenir sa capacité de travail et relève que la recourante est dans une période d'abstinence ; l'assurée est donc accessible à un sevrage, lequel est efficace. Partant, le syndrome de dépendance n'a pas d'influence sur la capacité de travail. dd) La recourante soulève à tort que l'expert n'examine pas l'interaction entre les différents diagnostics. L'expert a notamment constaté que la dépendance éthylique n'était pas accompagnée de troubles psychiques porteurs de limitations fonctionnelles significatives et qu'en période d'abstinence, on observait une amélioration thymique d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique vers un épisode dépressif léger. En outre, lorsqu'il a examiné la gravité du trouble dépressif récurrent, il a retenu que ce trouble évoluait dans le contexte d'un trouble de la personnalité labile et dépendante. La prise en compte de l'interaction de ces différents troubles dans l'évaluation de la capacité de travail ressort également dans les appréciations des différents indicateurs. Ce moyen est donc infondé et doit être rejeté. h) En définitive, le rapport d'expertise satisfait aux critères jurisprudentiels. L'évaluation de l'état de santé et la répercussion des atteintes sur la capacité de travail font l'objet d'une étude circonstanciée. Le rapport se fonde sur une analyse complète de l'assurée et prend en considération ses plaintes et les avis médicaux au dossier. Ses conclusions sont claires, motivées et ne souffrent pas de contradictions. Les conclusions différentes de certains médecins traitants ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations de l'expert qui avait

- 26 - connaissance de l'ensemble des aspects de la problématique et les a pris en compte dans son évaluation. Les conclusions de l'expert, convaincantes, peuvent être suivies, de sorte que la décision de l'intimé de rejeter la demande de prestations AI faute d'atteinte invalidante est justifiée et doit être confirmée.

E. 6

L'état de fait déterminant étant suffisamment établi, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise, la réquisition de la recourante dans ce sens devant être rejetée.

E. 7

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). c) Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

- 27 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.