

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mars 2011

Présidence de M. NEU
Juges : M. Jomini et Mme Pasche
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

S. _____, à Bottens, recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat, de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, service juridique,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après: l'assurée), née en 1963, a déposé le 17 mai 2005 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle et de rééducation dans la même profession.

Dans un formulaire daté du 3 mai 2005, l'assurée a déclaré que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait en qualité de réceptionniste notamment, au mieux à 50%, depuis sa séparation ayant abouti à un divorce. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 12 janvier 2006 par une enquêtrice de l'OAI, dont le rapport du 16 janvier 2006 reconnaît l'assurée active à 50% et ménagère à 50%, sans présenter d'empêchement ni d'invalidité dans ses activités habituelles de ménagère.

Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr N._____, spécialiste en médecine générale à Lausanne et médecin traitant. Le 12 juillet 2005, ce médecin a posé les diagnostics d'état dépressif réactionnel (divorce) et d'éthylisme chronique depuis 2001, puis une incapacité de travail de 100% depuis le 10 janvier 2005. Dans son annexe au rapport médical, il a notamment retenu que l'activité exercée jusqu'à maintenant était exigible à 50%, avec une diminution de rendement de 50%.

Le cas a été soumis au service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui a requis un examen psychiatrique, en l'occurrence effectué entre janvier et avril 2007 par les Drs P._____ et B._____, respectivement chef de service et chef de clinique au département de psychiatrie du CHUV. Dans leur expertise du 12 juin 2007, ces médecins ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de trouble panique, d'anxiété généralisée et d'utilisation nocive d'alcool, utilisation actuellement épisodique. Ces médecins ont notamment indiqué ce qui suit dans l'appréciation du cas:

"Nous avons donc posé chez l'expertisée le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent ainsi que d'un trouble anxieux sous forme d'une anxiété généralisée et des attaques de panique. De plus, un abus d'alcool est décrit chez l'expertisée depuis plusieurs années. Nous sommes d'avis que l'expertisée reste encore aujourd'hui très vulnérable par rapport au risque de rechute, étant donné qu'elle reconnaît un effet anxiolytique de l'alcool par rapport à son anxiété. Cependant, il semble qu'il n'y ait pas eu d'excès dans la consommation d'alcool depuis l'échec du programme thérapeutique aux [...] en début 2005 (le dernier bilan somatique étant normal chez le Dr N. _____, en 2006). Actuellement, l'expertisée ne semble consommer de l'alcool que de manière contrôlée dans un contexte social convivial.

Quant aux dates des survenues des troubles nous sommes d'avis que le trouble anxio-dépressif ainsi que l'abus d'alcool se sont installés de manière simultanée et progressive à partir d'environ 1998, suivant la péjoration de l'entente conjugale menant à la séparation et au divorce.

Quant à la causalité entre les troubles il est impossible de déterminer quel trouble aurait précédé à un autre, ou quel trouble serait la cause principale d'un autre trouble, mais nous sommes d'avis que la consommation d'alcool est à considérer comme une sorte d'« automédication » à laquelle l'expertisée a fait de plus en plus souvent recours pour gérer son anxiété. Dans l'ensemble, nous sommes d'avis que les troubles psychiatriques présents chez l'expertisée depuis 1998 se sont influencés réciproquement de manière négative dans un contexte de précarité et d'isolement sur le plan psycho-social, avec notamment la perte de son statut de mère de famille, l'échec d'une réinsertion professionnelle rapide, un isolement progressif sur le plan psychoaffectif empêchant le rétablissement d'une bonne estime de soi ainsi que l'absence d'une prise en charge spécifique de ses troubles psychiatriques.

Quant aux répercussions de ses troubles psychiatriques sur sa capacité de travail, nous sommes d'avis que les échecs de réinsertion constatés au cours des dernières huit années sont clairement dus à la présence de ses difficultés psychiatriques. Nous avons cependant l'opinion que l'expertisée possède de bonnes ressources psychologiques puisque, malgré les échecs répétitifs sur la réinsertion socio-professionnelle ainsi que sur la persistance de son isolement psycho-affectif, on ne constate pas une péjoration de l'ensemble de ses troubles au cours des deux dernières années mais, au contraire, une stabilisation par rapport au recours à l'alcool. Cette stabilisation par rapport à l'abus d'alcool peut être interprétée comme un effet bénéfique de la mise en abri sur le plan socio-professionnel du fait que l'expertisée touche les prestations du Service social sans qu'il n'y ait la pression imminente de reprendre un projet de travail exigeant. Un autre indicateur pour la présence de ressources psychologiques chez l'expertisée est à voir dans le fait qu'elle maintient une motivation que nous estimons sincère par rapport à une reprise d'activité professionnelle dans l'avenir. Elle souhaite ainsi retrouver l'insertion psycho-sociale qu'elle a perdue au moment de son divorce.

L'expression de cette volonté de réussir sa réinsertion était tellement forte au début de l'investigation que les experts avaient beaucoup de difficultés à aborder avec elle la problématique de la gestion du stress et des émotions liées à sa fragilité psychique. Cependant, l'expertisée a été capable de s'ouvrir à la réflexion auto-critique par rapport à son affection globale ainsi que par rapport aux priorités à choisir dans l'idée d'un rétablissement. En très peu de temps, elle a donc fait un travail d'introspection et d'approfondissement de sa conscience morbide. Toutes ces observations nous font dire que le pronostic de l'expertisée quant à son rétablissement sur le plan psychique et, dans un deuxième temps, quant à la réinsertion socio-professionnelle, est positif. Par contre nous estimons que l'expertisée va d'abord devoir bénéficier d'un traitement psychiatrique intégré pour son état anxio-dépressif avant qu'elle puisse se lancer dans des démarches concrètes visant la réinsertion professionnelle. Une réinsertion professionnelle avant la stabilisation de l'état psychique risquerait très fortement de la mener en échec.

Nous avons été frappés par l'indolence avec laquelle l'expertisée décrit son histoire de vie et ses difficultés actuelles. Certes, elle indique avoir eu une adolescence difficile avec une importante carence affective dans la relation avec sa mère ainsi qu'une souffrance liée à la conflictualité constante entre ses parents. Cependant, elle a tendance à banaliser les répercussions de ce qu'elle vécut pendant l'adolescence mais aussi au cours de son propre divorce et elle est d'avis que c'est «normal» d'être épuisée au point de ne plus pouvoir travailler et que cet épuisement normal ne correspond pas à une affection médicale nécessitant un traitement spécifique qui, dans bon nombre de cas, améliore considérablement les symptômes.

Nous avons abordé ces questions avec l'expertisée qui a exprimé son accord avec nos conclusions et sa volonté d'entamer un suivi psychiatrique. Nous lui avons recommandé de prendre contact avec un médecin psychiatre installé dans sa région, à savoir le Dr T._____, à [...]. En accord avec elle nous avons, par la suite, pris contact avec notre confrère afin que le contact et le début de la prise en charge puissent être facilités".

Dans leur expertise, les Drs P._____ et B._____ ont ensuite répondu ainsi aux questions relatives à l'incapacité de travail:

"1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

- au plan physique:

La fatigue physique dont se plaint l'expertisée est à considérer comme un symptôme de l'état dépressif d'intensité moyenne, actuellement. Il n'y a pas d'autres limitations sur le plan physique.

- au plan psychique et mental:

On constate un état anxio-dépressif ainsi qu'une fragilité de rechuter dans un abus d'alcool. Le recours à la consommation d'alcool serait à considérer comme une tentative d'automédication dans la gestion du stress et de l'émotivité. Dans l'ensemble, ces troubles psychiatriques compromettent gravement la capacité à se réinsérer dans la vie professionnelle, en ce moment.

- au plan social:

On constate un isolement et une carence psycho-affective qui contribuent également à ce que l'expertisée n'arrive pas à rétablir son estime de soi et à avancer dans la réinsertion psycho-sociale.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

Des difficultés de gestion émotionnelle dans un contexte de stress sur le lieu de travail ont été observées. De plus, l'expertisée a rechuté dans une consommation importante d'alcool quand les exigences sur le plan du travail ont été maintenues à un niveau trop élevé par rapport à son état global.

Actuellement, l'incapacité de travail est à considérer comme totale.

Nous sommes d'avis que l'expertisée devrait à nouveau accéder aux activités professionnelles qu'elle connaît déjà bien (employée de commerce, réceptionniste, secrétaire, etc.). Cependant, toute tentative de réinsertion ne devrait être entamée qu'à partir du moment où une amélioration considérable de ses troubles psychiatriques est à constater.

La diminution du rendement est actuellement totale.

[Du point de vue médical l'assurée présente une incapacité de travail de 20% au moins depuis environ 1998].

L'incapacité de travail, d'abord partielle, s'est chronifiée au cours des dernières sept années et elle est devenue de plus en plus importante, atteignant même un taux de 100%.

Comme décrit dans notre appréciation du cas, nous sommes d'avis que l'expertisée a, dans l'ensemble, d'assez bonnes ressources sur le plan psycho-social. Nous estimons important de garder comme objectif à long terme de rendre sa réinsertion professionnelle possible. Cependant, au vu de l'aggravation et de la chronification de ses troubles psychiatriques au cours des dernières années, ceci dans l'absence totale d'une prise en charge spécifique, nous sommes d'avis qu'il est absolument indispensable que l'expertisée puisse d'abord bénéficier d'un suivi psychiatrique intégré. Un tel suivi, couplé à une pharmacothérapie adaptée, devrait permettre de rétablir une stabilité psychique ouvrant la porte à une réinsertion progressive dans les domaines d'activité dans lesquels elle a déjà eu des expériences positives dans le passé.

Dans la situation actuelle nous sommes d'avis que des mesures de réinsertion professionnelle sont contre-indiquées puisqu'il y a un fort risque que de telles mesures engendrent un nouvel échec qui serait vécu difficilement par l'expertisée. Par contre, il est possible et

souhaitable d'envisager une réinsertion professionnelle lentement progressive dans un contexte adapté d'ici environ 12 mois. Nous estimons que l'expertisée aura besoin d'un tel laps de temps afin de bénéficier d'un suivi psychiatrique intégré ayant comme but la stabilisation de l'état psychique.

L'expertisée est motivée à reprendre une activité professionnelle dans les domaines qu'elle connaît déjà (employée de commerce, réceptionniste, caissière, etc..). Nous sommes d'avis que ses chances de réussir cette réadaptation sont bonnes, en vue de la bonne motivation globale et de la présence de ressources sur le plan psycho-social. Par contre nous sommes d'avis qu'une réadaptation dans une nouvelle profession qu'elle connaît à peine et qui nécessiterait également une nouvelle formation, devrait être évitée puisque ceci augmenterait le niveau de stress de manière considérable.

Dans l'état actuel aucune activité professionnelle n'est exigible de l'expertisée, selon notre avis. Elle devrait bénéficier d'une rente AI à 100% pendant environ une année. Le but de cette rente serait qu'elle puisse bénéficier d'un traitement psychiatrique adapté à ses réels problèmes psychiques. Une prise de contact en vue d'un tel suivi avec le Dr T. _____ [...] a été effectuée par le Dr B. _____ dans l'idée de faciliter les démarches. L'expertisée adhère à l'idée d'un rétablissement sur le plan psychiatrique, au moyen d'un suivi spécialisé et à l'idée d'une reprise progressive du travail par la suite.

En résumé, nous sommes d'avis que l'expertisée devrait bénéficier d'une rente AI à 100% pendant 12 mois et que, par la suite, un projet de réinsertion progressive dans son ancienne profession devrait être élaboré avec elle. L'expertisée souffre de troubles psychiatriques rendant impossible le démarrage de la réinsertion professionnelle en ce moment, par contre, elle possède les ressources et la motivation la rendant susceptible de pouvoir bénéficier d'un suivi psychiatrique et par la suite à mettre en oeuvre un projet de réinsertion socio-professionnelle".

Cette expertise a été soumise au Dr X. _____, du SMR, qui a requis un complément de la part des experts. Le 15 octobre 2007, les Drs P. _____ et B. _____ ont apporté les précisions suivantes:

"1. Avez-vous identifié un épisode dépressif antérieur à 1996 permettant de retenir le qualificatif de récurrent?"

L'expertisée a été suivie par un psychiatre pendant plusieurs années à partir de l'âge de 14 ans (page 2 de notre expertise), on peut donc supposer qu'à l'époque elle présentait déjà des symptômes d'un trouble affectif, ce qui devrait donc correspondre à un diagnostic d'un premier épisode dépressif pendant l'adolescence.

Nous n'avons pas d'évidences claires par rapport à la survenue d'autres épisodes dépressifs cliniquement significatifs entre le jeune âge adulte et 1998, début de ses problèmes conjugaux. A partir de cette année-là l'expertisée ainsi que son médecin traitant, le Dr

N._____, parlent de symptômes d'une dépression qui correspondent à des épisodes dépressifs distincts: une 1^{ère} qui a débuté en 1998/99 durant la montée de la crise conjugale aboutissant à un divorce prononcé en 2001, et une 2^{ème} au printemps 2005, suite à l'échec du projet de réinsertion aux [...]. Le Dr N._____ indique dans son rapport AI du 30.05.2005 un «état dépressif réactionnel (dans un contexte de divorce)» avec survenue autour de 2001. Il y a donc clairement l'observation d'un état dépressif en 1998-2001, selon la documentation AI. Un autre épisode dépressif au printemps 2005 a motivé l'introduction d'un traitement antidépresseur, ce qui est également clairement documenté par le Dr N._____ (cf. rapport d'expertise page 3).

Nous sommes donc d'avis qu'on peut identifier au moins trois si ce n'est pas plus, épisodes dépressifs qui sont séparés par des épisodes au fonctionnement psychosocial plus ou moins normal, durant lesquels l'expertisée accomplissait une formation, assumait une vie professionnelle, fondait une famille, essayait de se remettre dans un cursus professionnel après son divorce, ou encore essayait, au cours des dernières années, de maintenir une façade de «fonctionnement normal» sur le plan social, ce qui lui réussissait de moins en moins bien.

[...]

3. Quels sont les symptômes du critère B (selon CIM-10)?

Selon les descriptions de l'expertisée et du Dr N._____, il y a 3 épisodes dépressifs qu'on peut distinguer assez clairement:

- un premier épisode à la fin de l'adolescence.
- un autre épisode «dépressif réactionnel» dans le contexte de la conflictualité conjugale selon indication du Dr N._____ dans son rapport AI du 30.05.2005,
- un troisième épisode dépressif au printemps 2005 qui était d'intensité telle que le Dr N._____ a beaucoup insisté sur l'acceptation d'un traitement antidépresseur.

Nous avons peu investigué la normalisation du fonctionnement entre ces épisodes-là. Le fonctionnement semble avoir été tout à fait normal entre le premier et le deuxième épisode. Nous avons, en tant que psychiatres, quelques doutes sur le rétablissement «ad integrum» entre les épisodes de 1998 et de 2005 et par la suite jusqu'à présent, mais nous ne souhaitons pas nous lancer, ici, dans le débat autour du diagnostic éventuel d'une «dépression masquée» (F32.8) puisque la CIM-10 ne se prononce pas sur l'éventualité d'un tel trouble pendant les phases de «rémission» du trouble dépressif récurrent. Dans l'ensemble, les éléments récoltés permettent à notre avis de maintenir le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent.

4. Quels sont les symptômes du critère C (selon CIM-10)?

Dans notre documentation, la [CIM-10], nous n'avons pas trouvé un critère C dans les directives pour le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.

5. Quels sont les symptômes permettant de retenir la présence d'un syndrome somatique (selon CIM-10)?

Nous avons mentionné une composante somatique seulement par le 5^{ème} caractère du code diagnostique, pourtant nous n'avons pas mis l'accent sur les composantes somatiques dans le diagnostic dactylographié (cf. page 4). Nous sommes cependant d'avis que les symptômes que nous avons décrits dans le status psychiatrique (cf. page 4), à savoir une énorme fatigue physique, la nécessité de faire de grands efforts pour pouvoir assumer les tâches de la vie quotidienne et les troubles du sommeil, correspondent aux symptômes qui permettent de supposer - au vu surtout de l'intensité avec laquelle ils sont présents chez l'expertisée - la présence d'un syndrome somatique. Cependant, l'indication de la présence oui ou non d'un syndrome somatique n'a - selon notre conceptualisation globale du cas - aucune conséquence sur les conclusions que nous avons faites dans notre discussion. Les manuels diagnostiques sont d'ailleurs conscients de la difficulté d'intégrer la notion des symptômes dits «biologiques» dans la conceptualisation globale de la maladie psychiatrique (cf. référence citée ci-dessus - page 100, paragraphe 3).

6. Quel est le diagnostic du trouble psychique qui aurait, selon vous, entraîné une consommation d'alcool?

Nous nous référons au paragraphe 3 de la page 5 de notre rapport d'expertise et souhaitons rappeler qu'il est extrêmement difficile - dans la quasi totalité des cas d'analyse rétrospective - de déterminer une causalité ou encore une chronologie nette entre plusieurs troubles psychiatriques concomitants. Nous recommandons donc d'interpréter le trouble dépressif, les troubles anxieux ainsi que la tendance à abuser d'alcool, comme un ensemble de troubles psychiatriques qui sont identifiables mais pas nécessairement indépendants ni en causalité directe, comme nous avons essayé de l'expliquer dans notre appréciation du cas".

Dans un avis médical du 14 novembre 2007, le Dr X._____,
du SMR, a indiqué ce qui suit:

"L'expertise livrée par le DUPA n'est à mon sens pas médicalement probante malgré la réponse à mon courrier du 9 juillet 2007.

- Le status psychiatrique (p. 4, § 2) ne correspond pas au diagnostic retenu. On peine à distinguer un ou plusieurs épisodes dépressifs antérieurs justifiant le terme de « récurrent ». Les critères d'un épisode actuel de gravité moyenne ne sont pas réunis. Les symptômes permettant de retenir un syndrome somatique selon la [CIM-10] ne sont pas décrits.
- Les limitations fonctionnelles mentionnées (p. 6, § 4.5.6) ne justifient pas une incapacité de travail totale, en désaccord avec l'avis du médecin traitant.

On relève par ailleurs que l'assurée n'avait pas de traitement antidépresseur ni de suivi psychiatrique au moment de l'expertise. Il était question que l'assurée consulte le Dr T._____ [...].

Je propose dans un premier temps d'adresser un rapport à ce spécialiste, pour autant que l'assurée l'ait effectivement consulté.

Dans le cas contraire, nous devons demander une deuxième expertise (cas discuté avec le Dr H._____)"

Le 6 février 2008, le Dr T._____, spécialiste FMH en psychiatre à [...] et psychiatre traitant, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente. Il a retenu une incapacité de travail entière, un état de santé s'améliorant et a précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée devait être évaluée ultérieurement. Il a indiqué ce qui suit dans son évaluation du cas:

"La patiente, qui n'a jamais bénéficié d'un traitement psychiatrique, nous a été adressée pour prise en charge spécialisée par le Service de psychiatrie communautaire du CHUV, suite à l'expertise effectuée par ce dernier.

Peu après le début du suivi, Mme S._____ a présenté une rechute éthylique, buvant quotidiennement de manière excessive, incapable de modérer sa consommation. Cette rechute a été la cause d'un accident de la circulation et d'un retrait de son permis de conduire.

Après l'instauration d'un suivi régulier par une infirmière du CMS local, un sevrage en ambulatoire a pu être effectué avec succès début 2008. La patiente a pu dès lors maintenir une abstinence complète. Elle présente toutefois toujours des symptômes anxio-dépressifs d'intensité moyenne, ceci malgré une pharmacothérapie adéquate (traitement actuel Cymbalta, Campral, Xanax en réserve).

Après plusieurs années sans suivi médical régulier, la patiente a débuté un suivi auprès d'une généraliste de la région (Dr [...] à Cugy). Nous l'avons également annoncée auprès de EVITA pour une évaluation et un suivi en alcoologie. [...]

Mme S._____ est une patiente qui, après de nombreuses années sans suivi médical régulier ni suivi psychiatrique, a accepté d'aborder correctement sa problématique psychique et sociale. Collaborante, compliant et toujours ponctuelle, elle se montre très motivée à tout mettre en oeuvre afin de retrouver une capacité de travail complète dès que possible. Ainsi, le pronostic apparaît favorable, même si nous manquons de recul pour nous prononcer avec certitude.

Nous abondons dans les conclusions de l'expertise du PCO-CHUV: la patiente présente actuellement, ainsi que durant les mois à venir, une incapacité de travail de 100%. Il est probable que, à moyen

terme, elle retrouve une capacité de travail partielle ou totale lui permettant l'élaboration d'un projet de réinsertion professionnelle".

L'avis du Dr T. _____ a été soumis au Dr X. _____, qui a requis des renseignements complémentaires de la part de ce médecin. En date du 2 avril 2008, le Dr T. _____ a relevé que les diagnostics au sens de la CIM-10 étaient ceux de F33.11 et F10.20, que le status psychiatrique actuel consistait en une humeur dépressive, des troubles du sommeil, une fatigue et une fatigabilité importante, l'abstinence étant complète. Il a ajouté que l'éthylisme était secondaire et non primaire, que la compliance médicamenteuse n'avait pas été contrôlée par des dosages plasmatiques et que l'assurée présentait une incapacité de travail complète pour une durée indéterminée malgré son abstinence actuelle, des mesures professionnelles étant indiquées ultérieurement.

Sur proposition des médecins du SMR, l'assurée a été soumise à une deuxième expertise, en l'occurrence effectuée le 26 septembre 2008 par le Dr C. _____, psychiatre FMH à Sion. Dans son expertise du 3 octobre 2008, ce spécialiste a posé les diagnostics de dépendance à l'alcool, de trouble panique sans agoraphobie, de trouble dysthymique et de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen). Il n'a pas retenu d'incapacité de travail, a écarté l'opportunité de mesures professionnelles et a indiqué ce qui suit dans son appréciation finale:

"En résumé, l'assurée est une femme de 45 ans, divorcée, mère de deux adolescentes. Actuellement, elle vit seule avec elles. Elle dispose d'un soutien psychosocial très conséquent.

Des antécédents, on retient le père alcoolique et apparemment violent avec son épouse. Si l'assurée dit avoir passé une enfance relativement heureuse, l'adolescence serait devenue rapidement difficile. Sa mère l'aurait mise dehors. L'expertisée aurait abusé de médicaments, pendant un certain temps. Par la suite, elle aurait commencé à boire. Elle rapporte aussi un abus sexuel.

Avec l'appui des institutions, l'assurée a finalement obtenu une formation d'employée de commerce. Elle a travaillé plusieurs années, apparemment sans problème majeur. Les difficultés sont devenues beaucoup plus évidentes après sa séparation et son divorce. Mme S. _____ n'a plus été à même de se débrouiller de façon autonome.

Les abus d'alcool remontent à l'adolescence. Ils sont vraisemblablement accompagnés d'épisodes dysphoriques plus ou moins continuels, sans qu'il n'y ait au départ eu de véritables épisodes dépressifs. Un épisode de ce type est toutefois très vraisemblable dans les suites de la séparation et du divorce.

L'impression clinique est tout de même que les éléments dépressifs se sont progressivement aggravés ces dernières années, allant de pair avec un abus d'alcool plus ou moins continu et, selon les constatations de l'assurée elle-même, de plus en plus grave. Mme S. _____ a finalement admis la nécessité d'un suivi psychiatrique, alors qu'elle y avait toujours été réticente. Actuellement, elle perçoit ce suivi spécialisé comme très positif.

[...]

Dans le cas présent, l'abus d'alcool ne fait pas de doute. Il n'est pas contesté par l'assurée. Il apparaît aux résultats des examens de laboratoire du 26.09.2008. L'expertisée dit que ce trouble s'est constamment aggravé depuis son adolescence, les périodes de rémission ayant toujours été de courte durée. La dépendance est évidente avec toutefois peu ou pas de symptômes de sevrage marqué, d'après les informations données par l'assurée. Elle dispose néanmoins de Seresta en réserve, si cela s'avérait nécessaire.

[...]

Dans le cas présent, on a indiscutablement le tableau d'un épisode dépressif, même si l'appréciation est difficile au vu de la notion d'abus d'alcool et d'une imprégnation éthylique (foetor important) le jour de l'examen de cette assurée.

L'assurée présente la tristesse et la perte d'intérêt, la plupart du temps tous les jours et maintenant depuis des mois ou des années. Elle se dit fatiguée et fatigable. Il s'agit d'ailleurs d'une des plaintes principales. Elle dit n'avoir plus d'énergie. Elle rapporte la tension intérieure et les soucis. Elle dit avoir de la peine à se concentrer. Elle dit avoir des troubles du sommeil importants. Elle dit avoir perdu l'estime de soi, la chose étant couplée à des idées de culpabilité par rapport à ses enfants.

Puisqu'on a les deux critères cardinaux requis par le DSM-IV-TR et suffisamment d'autres critères, on doit aujourd'hui retenir l'épisode dépressif. La présentation clinique le fait qualifier de moyen, même si l'évaluation est difficile en raison de l'abus d'alcool. L'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton confirme d'ailleurs cette appréciation.

En l'absence de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque, on peut raisonnablement exclure le trouble bipolaire. De l'avis du soussigné, la récurrence est établie. Il y a vraisemblablement eu des épisodes dépressifs caractéristiques à l'occasion de difficultés existentielles. Ils semblent avoir dépassé en sévérité ce que définit le trouble de l'adaptation (état réactionnel). Ce fut probablement le cas au moment de la séparation et du divorce de cette assurée.

Par ailleurs, l'histoire de l'expertisée fait tout de même retenir des éléments dysphoriques qui durent depuis des années, probablement depuis les débuts de l'âge adulte. L'assurée parle de troubles du sommeil, de baisse d'énergie, de fatigue, de difficultés à prendre des décisions et de faible estime de soi. Même si une partie de cette symptomatologie peut se confondre avec la problématique alcoolique, il paraît justifié de la mentionner à part. Elle rejoint les critères du trouble dysthymique. Le trouble dysthymique est connu pour être un facteur de risque pour le développement ultérieur d'un trouble dépressif majeur. Il est également une comorbidité fréquente des problèmes avec les substances psychoactives et de la dépendance à l'alcool, en particulier.

[...]

Au vu de ce qui précède, il paraît justifié de décrire la problématique affective de cette assurée par les entités diagnostiques de trouble dysthymique et de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen).

[...]

L'assurée rapporte enfin une symptomatologie d'attaques de panique faites ici d'une impression de mort imminente sur la base de difficultés à respirer, d'oppression thoracique, de tremblements et de sudations profuses.

Ces crises surviennent essentiellement la nuit. Elles ne semblent pas liées à des phénomènes de sevrage puisque l'assurée les décrit "au moment où elle va s'endormir" et non pas en pleine nuit, comme ses cauchemars.

Ces attaques ne sont pas liées à des situations particulières comme les endroits confinés, la foule ou à des situations sociales. Elles semblent apparaître sans cause déclenchante. Pour ce motif, on doit retenir l'entité diagnostique de trouble panique sans agoraphobie.

[...]

Dans le cas présent, l'assurée a présenté des troubles psychiques très tôt dans sa vie. Ils coïncident avec l'abus de médicaments puis d'alcool. Ils se situaient dans un contexte existentiel difficile. Il n'est pas possible de savoir si les éléments dépressifs ou anxieux ont précédé l'abus de substances ou si c'est le contraire.

Si on considère les seuls troubles psychiatriques en dehors de la dépendance à l'alcool, on se trouve face à une pathologie qui est certainement lourde à porter mais qui n'a pas forcément valeur incapacitante. La dysthymie n'est pas considérée comme un trouble psychiatrique incapacitant. Un épisode dépressif moyen, même chronique, ne l'est pas forcément non plus.

Dans le cas présent, le soussigné est persuadé que le tableau clinique serait bien moins préoccupant, si l'assurée ne consommait pas d'alcool. L'humeur serait vraisemblablement moins abaissée. L'estime de soi serait moins altérée. Les troubles du sommeil devraient diminuer, voire totalement s'amender. On pourrait

s'attendre à la disparition des cauchemars qui peuvent relever de phénomènes de sevrage nocturne. D'autres symptômes comme le ralentissement et les difficultés à penser et à se concentrer pourraient également disparaître. L'assurée reconnaît d'ailleurs qu'elle va beaucoup mieux, lorsqu'elle passe quelques jours sans consommer d'alcool.

Au vu de ce qui précède, il paraît tout à fait justifié d'affirmer qu'il n'y a pas ici d'affections psychiatriques qui causent une incapacité de travail *per se*, même si on faisait l'hypothèse que des troubles thymiques significatifs aient précédé l'abus de substances et d'alcool en particulier.

Pour le reste, on peut raisonnablement exclure une affection cérébro-organique significative. L'assurée ne présente pas de troubles mnésiques. Elle est capable d'opérations simples comme le calcul des âges. L'observation n'a pas mis en évidence de troubles cérébro-organiques tels que ceux qu'on rencontre dans les encéphalopathies éthyliques, alors que ces éléments ont été spécifiquement recherchés.

Si une partie du tableau psychiatrique fonctionnel (dépression, anxiété) peut être due à la dépendance alcoolique, il n'a pas valeur incapacitante en soi. Au vu de ce qui précède, on peut aussi exclure une pathologie psychiatrique incapacitante qui serait consécutive à l'abus d'alcool.

En conclusion, on peut raisonnablement exclure ici que la dépendance alcoolique de l'assurée soit à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif qui auraient valeur incapacitante en soi. Le tableau clinique actuel est essentiellement celui d'une dépendance alcoolique floride.

[...]

En conclusion, on est face à une femme de 45 ans qui présente un grave problème avec l'alcool depuis les débuts de l'âge adulte.

Le trouble évolue sur un fond psychopathologique constitué aujourd'hui d'un trouble panique sans agoraphobie et d'une dépression double (trouble dysthymique et trouble dépressif majeur).

Dans ce cas particulier, on ne peut pas retenir un trouble psychiatrique qui aurait valeur incapacitante en soi et qui serait la cause univoque du comportement addictif de l'assurée.

On ne peut pas davantage retenir un trouble mental invalidant qui serait la conséquence de la dépendance alcoolique, surtout si on doit faire référence à une affection cérébrale organique.

Le tableau actuel est dominé par une dépendance alcoolique qui ne fait pas de doute. Elle n'est d'ailleurs pas niée par l'assurée. Cette dépendance a déjà été objectivée à de nombreuses reprises.

Au vu de la durée des troubles et du contexte psychopathologique, le pronostic n'est pas bon.

Actuellement, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité, la question d'un nouveau séjour institutionnel demeurant toutefois ouverte.

Des mesures professionnelles n'ont pas de sens aujourd'hui".

Dans un rapport médical SMR du 31 octobre 2008, le Dr X._____, se référant à l'expertise du Dr C._____ à laquelle il a déclaré se rallier entièrement, n'a pas retenu d'atteinte principale à la santé du ressort de l'AI ni d'incapacité de travail durable, précisant que la capacité de travail était entière dans une activité habituelle comme dans une activité adaptée.

B. Dans un projet de décision du 7 novembre 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité, se référant aux conclusions de l'expertise du Dr C._____ au terme de laquelle les affections psychiatriques en cause n'étaient pas à l'origine d'une incapacité de travail et l'abus d'alcool n'était pas lui même responsable d'une atteinte à la santé physique ou mentale incapacitante.

Le 29 janvier 2009, l'assurée a contesté la position de l'OAI, faisant notamment valoir que la présence de deux expertises se contredisant aurait dû en l'espèce nécessiter la mise en œuvre d'une surexpertise, que l'expertise du Dr P._____ n'aurait pas dû être écartée et que sa demande tendant à la mise en œuvre de mesures de réadaptation n'avait pas été examinée.

Le cas a derechef été soumis au SMR, qui a relevé ce qui suit dans un avis médical signé par les Drs X._____ et H._____ :

"En réponse à l'objection de l'assurée, il faut relever que toutes les expertises n'ont pas la même valeur. Indépendamment des titres de l'expert, c'est le contenu de l'expertise qui est décisif. En l'occurrence, nous avons jugé que l'expertise du DIPA du 12.6.2007 n'est pas médicalement probante. Si l'on se réfère à la CIM-10 [...], le status décrit en p. 4 ne contient pas les critères nécessaires pour retenir le diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel moyen. Les limitations fonctionnelles décrites en p. 6 se limitent à une «fatigue

physique» et «un état anxio-dépressif ainsi qu'une fragilité de rechuter dans un abus d'alcool». Comme nous l'avons déjà souligné, la fatigue et le risque de rechute ne sauraient justifier une incapacité de travail totale. Cette impression était d'ailleurs partagée par le Dr N._____, médecin traitant, qui estimait l'assurée capable de reprendre une activité à 50% depuis juin 2005.

Il convient aussi d'ajouter que l'assurée ne suivait aucun traitement psychiatrique au moment de ladite expertise.

C'est précisément en raison de ces discordances que nous avons demandé une 2^{ème} expertise.

Le Dr C._____ a examiné l'assurée plus d'un an après. La médecine s'appliquant à des êtres vivants, il est normal que deux observations espacées dans le temps ne soient pas absolument identiques. Ceci dit, les diagnostics retenus par le Dr C._____ sont conformes à la nomenclature internationale, et leurs répercussions sur la capacité de travail sont dûment argumentées. Il est intéressant de remarquer que le Dr C._____ retient aussi un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sur la base d'une anamnèse et surtout d'un status bien décrits, mais son estimation de la capacité de travail est différente.

Au vu de ce qui précède, nous accordons une valeur probante à l'expertise du Dr C._____, et nous retenons sans réserve ses conclusions.

En l'état, nous ne pensons pas qu'une 3^{ème} expertise, demandée par l'assurée, soit utile et nécessaire à la prise de décision".

Par décision du 17 mars 2009, l'OAI a refusé le droit à des prestations d'invalidité, se référant aux mêmes motifs que ceux figurant dans son projet de décision. Dans un courrier du même jour, l'OAI a en particulier expliqué à l'assurée que l'expertise du Dr C._____ avait pleine valeur probante, de sorte que les conclusions de ce médecin devaient être retenues.

C. Par acte du 28 avril 2009 de son mandataire, S._____ défère cette décision au Tribunal cantonal et conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de celle-ci et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision au vu de l'expertise du Dr P._____.

L'assurée soutient que l'expertise effectuée par les Drs P._____ et B._____ est claire, circonstanciée et que ses conclusions sont dûment motivées sur tous les plans, de sorte que l'OAI n'avait pas, compte tenu de son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction

nécessaires, à mettre en œuvre une deuxième expertise. Elle ajoute que la deuxième expertise, en l'occurrence réalisée par le Dr C._____, ne constitue qu'une appréciation différente d'une même situation, de sorte qu'elle doit être écartée. Elle soutient encore que l'OAI a usé d'un procédé inadmissible, ayant consisté à mettre en œuvre autant d'expertises successives jusqu'à obtenir une appréciation médicale lui permettant de nier le caractère invalidant d'une même atteinte à la santé.

La recourante a demandé à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, qui sera accordée par décision du 29 juillet 2009, avec effet au 28 avril 2009.

Dans sa réponse du 5 juin 2009, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il se réfère en particulier aux avis médicaux du SMR des 31 octobre 2008 et 5 mars 2009 l'autorisant à faire siennes les conclusions de l'expertise du Dr C._____. En l'absence d'incapacité de travail, l'OAI relève que l'octroi de mesures professionnelles n'est pas envisageable et qu'une audience d'instruction est par ailleurs inutile.

D. Par courrier du 11 juin 2009, le juge instructeur a demandé aux Drs P._____, et B._____, de se prononcer au sujet de l'expertise du Dr C._____. Le 1^{er} juillet 2009, le Dr P._____ s'est déterminé comme suit:

"Comme vous le relevez vous-même, le second expert, le Dr C._____, fonde son rapport sur les mêmes troubles et affections que nous avons retenus. Vous nous interpellez sur les divergences que vous constatez quant à nos appréciations et conclusions, notamment pour ce qui est des répercussions sur la capacité de travail.

Pour ce qui est de notre travail d'expert, nous le fondons sur notre expérience quotidienne et nous tâchons de transmettre à la Justice et aux différentes Autorités qui nous mandatent des rapports fondés sur nos observations cliniques et sur l'appréciation que nous avons des cas eu égard aux standards de notre pratique courante.

Dans le cas qui nous occupe, Mme S._____ présente une double problématique d'alcool et de dépression. Cette expertise est complexe, avec des aspects de longue durée remontant à

l'adolescence et des complications par des troubles anxieux. Dans son cas, ces troubles à eux seuls ont déjà provoqué une incapacité de travail. De plus, des abus d'alcool à allure d'«automédication» ont ajouté de la gravité au handicap fonctionnel. Ces abus reconnus par l'expertisée sont actuellement en rémission dans le cadre de son traitement. Les rapports entre alcoolisme et dépression dans notre observation clinique entretiennent des rapports circulaires et notre appréciation se fonde sur la gravité globale de l'incapacité constatée chez Mme S._____.

Celle-ci présente donc une incapacité totale de travailler en relation avec les troubles constatés: Des mesures de réadaptation professionnelle sont actuellement contre-indiquées.

Une amélioration n'est pas exclue à terme si l'expertisée suit son traitement.

Notre avis a l'air d'être partagé par le Dr T._____, dans son rapport complémentaire pour l'OAI.

Pour ce qui est de l'appréciation du second expert, le Dr C._____, elle se fonde sur des observations semblables aux nôtres, pour ce qui est de l'appréciation diagnostique et du résumé du cas. Par contre, il se livre à une «appréciation asséculoologique» où il fait des considérations juridiques sur lesquelles nous n'avons pas à nous prononcer et qui aboutissent à des conclusions contre-intuitives certifiant qu'on ne peut pas retenir un trouble psychiatrique qui aurait valeur incapacitante en soi.

Pour notre part, si nous n'avons pas à nous prononcer sur les raisonnements «asséculoologiques» du Dr C._____, nous affirmons au contraire que la dépression complexe, elle-même aggravée par des abus d'alcool et des troubles anxieux, constitue un tableau clinique largement suffisant pour expliquer l'incapacité totale de travailler. Ce tableau clinique rapporté par notre expertise ne peut pas être décomposé en ses divers éléments pour les réfuter un à un comme cause d'incapacité".

En date du 12 août 2009, l'OAI relève que la capacité de travail, s'agissant d'une problématique complexe de dépendance, doit être étudiée à la lumière des critères développés par la jurisprudence en matière de toxicomanie. Il soutient qu'on ne saurait reprocher au Dr C._____ d'avoir procédé à une appréciation asséculoologique de la situation de l'assurée, et suggère que ce médecin soit appelé à se prononcer à nouveau.

Dans des observations du 31 août 2009, se rapportant à la jurisprudence du Tribunal fédéral, la recourante a fait valoir que l'OAI n'aurait pas eu le droit de mettre en œuvre une deuxième expertise afin d'infirmer les conclusions d'une première.

Par courrier du 24 août 2009, le juge instructeur a demandé au Dr C._____ de se déterminer au sujet des remarques et objections formulées par le Dr P._____. Le 2 septembre 2009, le Dr C._____ s'est prononcé de la façon suivante:

"Je constate que mon rapport d'expertise rejoint l'appréciation des médecins traitants du service de psychiatrie communautaire (PCO) quant au diagnostic et quant au résumé du cas. Il n'y a donc pas de divergence sur le plan strictement médical.

Pour le reste, je n'ai pas formulé de considérations juridiques qui sortiraient du champ de mon mandat et de mes compétences. Pour plus de clarté, j'ai en fait rappelé les questions auxquelles il convient de répondre dans une expertise en cas de toxicomanie et d'alcoolisme dans le contexte de la loi sur l'assurance invalidité (LAI). J'y ai aussi répondu, conformément à ce qui relevait du mandat qui m'a été confié.

Au terme de mon évaluation, je suis arrivé à la conclusion que la dépendance alcoolique de l'assurée était primaire et non pas secondaire et j'en ai tiré les conséquences sur l'appréciation de la capacité de travail dans le contexte de la LAI.

Les documents que vous avez portés à ma connaissance n'ajoutent pour moi rien de nouveau au dossier et c'est bien volontiers que je vous confirme ma prise de position dans ce cas".

Invitées à se déterminer au sujet des observations du Dr C._____, les parties ont confirmé leurs argumentations et leurs conclusions.

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'AI (art. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 LAI).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 c. 5.3; TF I 1093/06 du 3

décembre 2007 c. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 c. 6.1.1; 135 V 201 c. 7.1.1; 127 V 294 c. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.1).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 c. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2).

En matière d'appréciation des preuves, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 c. 4 et les références citées, TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 c. 5).

c) Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 c. 2a).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 c. 3a p. 352; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 c. 4 p. 175; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou

le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2).

d) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 c. 3c et la référence citée; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.2).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.2; TF I 169/06 du 8 août 2006 c. 2.2 et les arrêts cités).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.3 et les références citées).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.4; TF I 731/02 du 25 juillet 2003 c. 2.3).

e) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. Selon la jurisprudence (TF U 571/06 du 29 mai 2007 c. 4.2, in RSAS 2008 p. 181), le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une "seconde opinion" sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

La nécessité de mettre en oeuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales en matière de valeur probante. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 c. 3.2.2 et les références citées; dans le même sens: TF 9C_385/2010 du 24 décembre 2010 c. 2.2).

3. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, prestations qui lui sont refusées par l'OAI dans la décision attaquée. Plus précisément, la résolution du présent litige dépend de la question de savoir laquelle des

deux expertises requises par l'OAI, soit celle des médecins du CHUV ou celle du Dr C._____, a valeur probante et permet de se prononcer sur le degré d'invalidité de l'assurée.

a) Dans leur expertise du 12 juin 2007, les Drs P._____ et B._____, du département de psychiatrie du CHUV, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de trouble panique, d'anxiété généralisée et d'utilisation nocive d'alcool, utilisation actuellement épisodique. Ils ont notamment indiqué que l'assurée décrivait un abus d'alcool depuis plusieurs années, celle-ci restant encore très vulnérable par rapport au risque de rechute en raison d'un effet anxiolytique, relevant que le trouble anxio-dépressif ainsi que l'abus d'alcool s'étaient installés de manière simultanée et progressive à partir d'environ 1998. Ils ont considéré que la consommation d'alcool était une sorte d'automédication pour gérer l'anxiété, les troubles psychiatriques étant influencés de manière négative dans un contexte de précarité et d'isolement sur le plan psycho-social ainsi que d'absence d'une prise en charge spécifique de ses troubles psychiatriques. Ils ont estimé que les échecs de réinsertion de l'assurée résultaient de ses difficultés psychiatriques, précisant que l'expertisée possédait de bonnes ressources psychologiques, en raison d'une stabilisation par rapport au recours à l'alcool et d'une motivation pour une reprise d'activité professionnelle dans l'avenir. En raison d'un travail d'introspection et d'approfondissement de la conscience morbide mené par l'assurée, les experts ont considéré que le pronostic quant à son rétablissement sur le plan psychique et ensuite quant à la réinsertion socio-professionnelle était positif, sous réserve du suivi d'un traitement psychiatrique préalable intégré pour son état anxio-dépressif.

Concernant les limitations fonctionnelles, les experts ont constaté une fatigue physique résultant de l'état dépressif d'intensité moyenne (au plan physique), un état anxio-dépressif ainsi qu'une fragilité de rechuter dans un abus d'alcool, compromettent actuellement gravement la capacité à se réinsérer dans la vie professionnelle (au plan psychique et mental) et un isolement ainsi qu'une carence psycho-

affective affectant la réinsertion psycho-sociale (au plan social). Ils ont ensuite retenu une incapacité de travail totale, relevant que l'expertisée avait d'assez bonnes ressources sur le plan psycho-social, un suivi psychiatrique intégré couplé à une pharmacothérapie adaptée étant indispensable pour permettre de rétablir une stabilité psychique ouvrant la porte à une réinsertion progressive. Ils ont considéré comme possible et souhaitable d'envisager une réinsertion professionnelle progressive dans un contexte adapté d'ici environ 12 mois, afin de bénéficier d'un suivi psychiatrique intégré en vue de stabiliser l'état psychique, les chances de réussite d'une réadaptation dans des domaines connus de l'assurée étant bonnes au vu de sa bonne motivation et de ses ressources sur le plan psycho-social.

Dans un complément d'expertise réclamé par le médecin du SMR, les Drs P._____ et B._____ ont relevé que l'expertisée avait été suivie par un psychiatre pendant plusieurs années à partir de l'âge de 14 ans - de sorte qu'elle était supposée présenter déjà des symptômes d'un trouble affectif, correspondant au diagnostic d'un premier épisode dépressif - et qu'elle avait présenté les symptômes d'une dépression en 1998 lors d'une crise conjugale, puis au printemps 2005 suite à l'échec d'un programme de réinsertion (ayant motivé un traitement antidépresseur), de sorte qu'elle avait présenté au moins trois épisodes dépressifs. Ils ont ensuite relevé n'avoir pas trouvé de critère C au sens de la CIM-10 dans les directives pour le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. S'agissant des symptômes permettant de retenir la présence d'un syndrome somatique au sens de la CIM-10, lequel étant selon eux présent, ils se sont référés à une énorme fatigue physique, à la nécessité de faire de grands efforts pour pouvoir assumer les tâches de la vie quotidienne et aux troubles du sommeil. Ils ont ensuite interprété le trouble dépressif, les troubles anxieux ainsi que la tendance à abuser d'alcool comme un ensemble de troubles psychiatriques identifiables mais pas nécessairement indépendants, une chronologie nette dans l'apparition de ces troubles n'étant guère possible à établir.

Dans ses observations du 1^{er} juillet 2009, le Dr P._____ a rappelé que l'assurée présentait une double problématique d'alcool et de dépression provoquant une incapacité de travail, des abus d'alcool à allure d'automédication ayant ajouté de la gravité au handicap fonctionnel. Il a précisé qu'une amélioration n'était pas exclue à terme en cas de poursuite du traitement. Répondant aux arguments du Dr C._____, il a affirmé que la dépression complexe, aggravée par des abus d'alcool et des troubles anxieux, constituait un tableau clinique largement suffisant pour expliquer l'incapacité totale de travailler, le tableau clinique ne pouvant être décomposé en ses divers éléments pour les réfuter un à un comme cause d'incapacité.

b) Pour sa part, dans son expertise du 3 octobre 2008, le Dr C._____ a posé les diagnostics de dépendance à l'alcool, de trouble panique sans agoraphobie, de trouble dysthymique et de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen). Il a notamment retenu que l'assurée présentait un abus d'alcool, constamment aggravé depuis son adolescence, le tableau d'un épisode dépressif moyen - en raison notamment de tristesse, de perte d'intérêt, de fatigabilité, de manque d'énergie, de difficulté à se concentrer et de troubles du sommeil importants, mettant en évidence un trouble dysthymique - et une symptomatologie d'attaques de panique justifiant un trouble panique sans agoraphobie. Dans son analyse du cas, il a retenu que les seuls troubles psychiatriques - en dehors de la dépendance à l'alcool - n'avaient pas de valeur incapacitante, ajoutant que le tableau clinique devait être bien moins préoccupant si l'assurée ne consommait pas d'alcool, en raison notamment d'une humeur moins abaissée, d'une meilleure estime de soi et d'une diminution des troubles du sommeil, des cauchemars et des difficultés à se concentrer. Pour le reste, il a exclu une affection cérébro-organique significative ainsi qu'une pathologie psychiatrique incapacitante consécutive à l'abus d'alcool. En conclusion, il a exclu que la dépendance alcoolique de l'assurée fût à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif ayant valeur incapacitante en soi, avant de relever que le

tableau clinique actuel était essentiellement celui d'une dépendance alcoolique floride.

Sur demande du juge instructeur, par courrier du 2 septembre 2009, le Dr C._____ a relevé qu'il n'avait pas formulé de considérations juridiques sortant de son mandat et de ses compétences. Il a précisé avoir rappelé les questions auxquelles il convient de répondre dans une expertise en cas de toxicomanie et d'alcoolisme et que, dans le cas présent, il en avait déduit que la dépendance alcoolique de l'assurée était primaire et non pas secondaire, de sorte que la capacité de travail de l'assurée était entière.

c) Selon les Drs P._____ et B._____, l'assurée a présenté au moins trois épisodes dépressifs (à la fin de l'adolescence, lors d'un conflit conjugal en 1998 et au printemps 2005), ces médecins ayant relevé que l'expertisée avait été suivie par un psychiatre pendant plusieurs années à partir de l'âge de 14 ans, retenant ainsi qu'elle était supposée présenter déjà des symptômes d'un trouble affectif, correspondant au diagnostic d'un premier épisode dépressif. De telles assertions paraissent insuffisantes et manquent pour le moins de précision et de conviction, de sorte que, avec le médecin du SMR (avis médical du 14 novembre 2007 du Dr X._____), on peine à comprendre que le trouble psychique de l'assurée puisse être qualifié de "récurrent". Ces médecins ont du reste indiqué ne pas avoir trouvé, au sens de la CIM-10, un critère C dans les directives pour le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. De plus, comme le retient le médecin du SMR dans l'avis médical précité, il semble que les Drs P._____ et B._____ ne se soient pas entièrement fondés sur la CIM-10 pour justifier les diagnostics retenus. Or, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 c. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2). On peut donc déjà retenir à ce stade que le SMR pouvait à tout le moins observer que l'expertise des médecins du CHUV peinait à

satisfaire à tous les critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante.

En outre, les Drs P._____ et B._____ ne se prononcent pas au regard des critères posés par la jurisprudence en matière de dépendance, laquelle ne joue un rôle dans l'assurance-invalidité que lorsqu'elle a provoqué une maladie qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (considérant 2d ci-dessus). Or, en l'espèce, l'avis de ces médecins, fondé de leur propre aveu sur une appréciation intuitive du cas, ne permet pas de circonscrire de manière méthodique, avec suffisamment de précision et en tenant compte de tous les éléments de l'anamnèse, la question déterminante du caractère primaire ou secondaire de l'alcoolisme.

Par ailleurs, bien que ces médecins aient admis une incapacité de travail, ils n'en ont pas moins retenu un pronostic favorable, évoquant l'opportunité d'un suivi psychiatrique couplé d'un traitement médicamenteux pouvant permettre d'envisager une réinsertion professionnelle de l'assurée, avec de bonnes chances de succès en raison de la bonne motivation de l'intéressée et de ressources importantes sur le plan psycho-social. A cet égard, on relèvera que l'absence de traitement psychiatrique et médicamenteux à ce moment a été signalée par le Dr X._____ en tant qu'élément discréditant l'avis des Drs P._____ et B._____ (avis médical du 14 novembre 2007). On observera en outre que, peu de temps après l'établissement de l'expertise des médecins du CHUV, l'assurée a bénéficié d'un suivi psychiatrique auprès du Dr T._____ accompagné d'un traitement médicamenteux, ce qui laissait présager un processus de récupération et rendait dès lors douteux que l'affection psychique ait eu directement un effet incapacitant.

On ajoutera que les rapports des 6 février et 2 avril 2008 rendus par le Dr T._____ - succincts, peu étayés et motivés lorsqu'on les compare aux deux expertises - n'aident pas à circonscrire ou préciser

l'état de santé de l'assurée, à quoi s'ajoute le fait qu'il s'agit du psychiatre traitant, dont l'avis doit être apprécié avec les réserves d'usage compte tenu du mandat thérapeutique (considérant 2c ci-dessus).

Dans ces conditions, l'OAI était fondé à mettre en doute la pleine force probante du rapport du CHUV, à tout le moins quant à ses conclusions, et à requérir la mise en œuvre d'une seconde expertise, en l'occurrence auprès du Dr C._____, tant afin d'apprécier l'état de santé de l'assurée que de se prononcer sur son droit à des prestations d'invalidité au regard des critères asséculoologiques déterminants (en ce sens: TF 9C_385/2010 du 24 décembre 2010 c. 2.2).

d) Celant étant, l'expertise réalisée par le Dr C._____ se fonde sur une anamnèse complète et détaillée (familiale, personnelle et actualisée), sur des examens approfondis (observation clinique, test psychologique et examens de laboratoire); elle prend en compte les plaintes de l'assurée et procède d'une appréciation médicale méthodique claire, d'une analyse fouillée et méticuleuse des troubles présentés par l'assurée, avant de retenir des conclusions claires et dûment étayées au regard des avis médicaux versés au dossier, qui sont systématiquement tous discutés, de sorte qu'elle répond parfaitement aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Ainsi, l'expertise du Dr C._____ permet de conclure, à l'aune de l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence pour apprécier le caractère invalidant d'une dépendance due à l'alcoolisme, que l'assurée ne présente en l'occurrence pas d'incapacité de travail, cela dans la mesure où les seuls troubles psychiatriques reconnus - en dehors de la dépendance à l'alcool - n'ont pas de valeur incapacitante en soi, le tableau clinique s'avérant bien moins préoccupant en l'absence d'une consommation d'alcool raisonnablement exigible de l'intéressée et à même de générer une humeur moins abaissée, une meilleure estime de soi et une diminution des troubles du sommeil, des cauchemars ainsi que des difficultés à se concentrer. A cela s'ajoute l'exclusion d'une affection cérébro-organique significative ainsi que d'une pathologie psychiatrique

incapacitante consécutive à l'abus d'alcool. En conclusion, l'expert pouvait exclure que la dépendance alcoolique de l'assurée fût à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ayant valeur incapacitante en soi, avant de relever que le tableau clinique actuel était essentiellement celui d'une dépendance alcoolique floride. Ainsi, et logiquement, la dépendance alcoolique de l'assurée pouvait être qualifiée de primaire et non pas de secondaire, cela au regard des critères d'un système de classification reconnu (soit la CIM-10 et le DSM-IV-TR).

4. Des considérants qui précèdent, il résulte que, en l'absence d'incapacité de travail, respectivement de gain, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité, ni à des mesures d'ordre professionnel. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée en conséquence.

5. a) 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'AI 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. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ceux-ci doivent être fixés à 250 fr., vu l'ampleur de la procédure, montant provisoirement pris en charge par l'assistance judiciaire.

En effet, par décision du bureau de l'assistance judiciaire (BAJ), la recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Marie Agier, avec effet au 28 avril 2009, jusqu'au terme de la présente procédure (selon le droit en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2011: art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est en l'occurrence le cas, les frais judiciaires sont à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. b CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) et le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le conseil de la recourante ayant renoncé à être rémunéré selon son courrier du 7 mars 2011, il ne se justifie pas de fixer d'indemnité à charge du canton. La recourante est néanmoins rendue attentive au fait qu'elle reste tenue de rembourser le montant des frais de justice mis à sa charge, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre d'acomptes depuis le début de la procédure.

b) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs) et sont, vu l'octroi de l'assistance judiciaire,

provisoirement mis à la charge du canton, sous réserve du montant déjà payé à titre de franchise.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat, de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, service juridique (pour S. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :