

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 février 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Pasche, juge et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

G._____, à Blonay, recourante, représentée par Me Jean-Yves Schmidhauser, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) G._____, née en 1968, a travaillé en qualité de responsable du secrétariat du greffe municipal à l'administration communale de F._____ du 1^{er} novembre 1990 au 31 décembre 2006 (licenciement par l'employeur). Selon la commune de F._____, la prénommée a présenté de nombreuses périodes d'incapacité de travail, soit à 100 % du 10 février au 11 février 2004; à 50 % le 24 février 2006; à 100 % le 7 juin 2004; à 50 % le 29 juin 2004; à 100 % du 21 décembre 2004 au 22 décembre 2004, du 1^{er} février 2005 au 2 février 2005, du 30 mars 2005 au 1^{er} mai 2005; à 50 % du 2 mai 2005 au 30 mai 2005; à 100 % du 31 mai 2005 au 1^{er} juillet 2005; à 50 % du 4 juillet 2005 au 30 juillet 2005, ainsi que du 1^{er} août 2005 au 21 août 2005; à 100 % du 19 octobre 2005 au 31 décembre 2005, ainsi que du 1^{er} janvier 2006 au 22 janvier 2006; à 70 % du 23 janvier 2006 au 9 février 2006 et à 100 % du 10 février 2006 au 31 août 2006. Depuis sa maladie, l'assurée avait uniquement été employée à des tâches de secrétariat (questionnaire pour l'employeur du 1^{er} septembre 2006).

L'intéressée a déposé le 2 août 2006 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) en raison d'une dépression suite à une séparation intervenue le 11 février 2005.

Dans un rapport médical du 1^{er} septembre 2006, le Dr V._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de trouble bipolaire II, épisode mixte (F31.9) depuis fin 2004, de dépendance à l'alcool (F10.2) courant 2005, d'abus d'hypnotiques (F13.1) courant 2005 et de trouble de la personnalité (F60.9) depuis le début de l'âge adulte. Il a attesté une totale incapacité de travail du 8 mai 2006 au 5 juillet 2006 (date du dernier examen), en précisant notamment ce qui suit :

"Assurée présentant progressivement de manière persistante depuis la fin de l'année 2004, dans un contexte de séparation conjugale, une symptomatologie mixte dépressive (pleurs, tristesse, insomnie, fatigue, idées noires) et hypomaniaque (exaltation de l'humeur et irritabilité, agitation psychomotrice avec hyperactivité, augmentation de l'estime de soi), avec dans ce contexte des abus répétés d'alcool et de somnifères. Malgré une prise en charge dans un premier temps par son médecin généraliste, le Dr X. _____ à [...], puis par un confrère psychiatre à [...], le Dr N. _____, ces troubles ont nécessité de multiples arrêts de travail, toute reprise étant à chaque fois compromise par une aggravation de la symptomatologie thymique, des abus d'alcool ou de somnifères, ou des comportements inadéquats au travail (conflits avec les collègues, travail à des heures inappropriées selon cahier des charges, agitation). Une prise en charge intensive au Centre d'intervention thérapeutique à F. _____, du 20.12.2005 au 18.04.2006 n'a pas permis une rémission des troubles, avec en cours de prise en charge de nouvelles exacerbations symptomatiques qui ont mis en danger la vie de l'assurée.

Persistance du tableau décrit ci-dessus lors de la suite de traitement ambulatoire à ma consultation, avec de brèves périodes de stabilisation de la symptomatologie, sans permettre toutefois une reprise de travail, quand bien même cette reprise était fortement souhaitée par Madame G. _____. Elle se donne beaucoup de mal à s'organiser pour reprendre le contrôle de sa vie (procédure de divorce, recherche de nouvel appartement, organisation des journées), mais de manière souvent peu efficace et désordonnée, avec beaucoup d'anxiété, des abus d'alcool et des abus de médicaments. Une hospitalisation d'office à l'Hôpital de L. _____ est finalement demandée le 7.07.2006 par un médecin de garde de la ville à l'occasion d'une nouvelle exacerbation symptomatique. Madame G. _____ est à ce jour encore prise en charge à la Fondation de L. _____, dans un cadre semi-hospitalier (Unité de réhabilitation thérapeutique).

Dans les antécédents personnels, probable épisode dépressif en 1999, dans le contexte d'un conflit familial".

Dans un rapport médical du 26 septembre 2006, le Dr Z. _____ et la Dresse H. _____, respectivement médecin associé et médecin assistante à la Clinique de L. _____, ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de troubles mentaux et troubles du comportement dus à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (F10.26), de troubles mentaux et troubles du comportement dus à l'utilisation d'hypnotiques, actuellement abstinente (F13.20) et de trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Ils ont

attesté que l'intéressée avait été en incapacité de travail à 100 % du 21 décembre 2005 au 22 janvier 2006, à 70 % du 23 janvier au 9 février 2006 et à 100 % du 10 février au 3 mai 2006. Pour les autres incapacités de travail, il y avait lieu de se référer au médecin traitant. Ils ont mentionné que G._____ présentait d'importantes difficultés psychiques, en grande partie déniées par elle, ce qui rendait le traitement difficile, ce d'autant qu'elle avait notamment présenté plusieurs épisodes d'alcoolisation massive dont notamment une l'amenant à l'hôpital du [...] avec un taux d'alcoolémie de 3.7‰. Ils ont dès lors relevé que le pronostic était réservé, en précisant ce qui suit :

"Elle lutte contre d'importantes angoisses, notamment lorsqu'elle est seule, par le recours abusif à l'alcool ou à la médication. Tout se passe comme si Mme G._____, après sa séparation d'avec son mari, retrouvait d'importantes difficultés d'autonomisation passées probablement inaperçues vingt ans plus tôt. La patiente ne voit son seul salut que dans une reprise de travail, alors même qu'elle a mis en échec ses tentatives de renouer avec le milieu professionnel, soit en rendant la reprise impossible (aggravation symptomatique juste avant), soit en se montrant inadéquate à son poste. Outre les difficultés révélées à la séparation d'avec son mari, Mme G._____ a certainement pâti d'un changement de cadre professionnel consécutif à des restructurations. Elle bénéficiait auparavant d'un emploi favorisant des liens directs avec son supérieur hiérarchique et d'une ambiance de travail plus "familiale". Elle avait dans ce contexte donné entière satisfaction en faisant plutôt davantage que ce qui lui était demandé".

Dans un rapport médical du 27 septembre 2006, le Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (psychiatre traitant de l'assurée jusqu'au 20 décembre 2005), a confirmé les diagnostics posés par les Drs Z._____ et H._____ et a attesté une totale incapacité de travail dès le 20 décembre 2005 pour une durée indéterminée, sur la base d'une prise en charge ambulatoire du 21 février au 20 décembre 2005.

b) Compte tenu de ces éléments, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a, par avis médical du 18 décembre 2006, requis un examen psychiatrique de l'assurée afin notamment d'évaluer la

pathologie psychiatrique de l'intéressée et de déterminer si elle était invalidante au sens de l'AI.

Dans l'intervalle, l'OAI a versé au dossier le rapport d'expertise psychiatrique du 13 juillet 2007 établi par le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, sollicité par la Justice de paix du District de [...], dans le cadre d'une enquête en placement à des fins d'assistance (PLAFA) ouverte le 20 février 2007. Dans ce cadre, l'expert a retenu les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé, de syndrome de dépendance à un hypnotique (Stilnox) avec utilisation continue (F13.25), de personnalité émotionnellement labile de type borderline et personnalité dépendante (F60.31 et F60.7), de séparation conjugale traumatisante en février 2005 (Z63.8) et de deuil et bouleversement familial ayant entraîné des changements dans les relations familiales durant l'enfance, dès 1972 (Z61.2). Le Dr Q._____ n'a pas exclu le diagnostic de trouble bipolaire estimant que seule l'évolution clinique pouvait permettre de le retenir ou de l'exclure, l'assurée étant en traitement résidentiel à la Fondation D._____. Sous réserve d'une abstinence complète de toute boisson alcoolique, l'expert a estimé à deux ans environ, soit 6 mois en traitement résidentiel, suivis de 12 mois en traitement ambulatoire, la durée minimale nécessaire au processus thérapeutique en cours et qui permettrait à l'assurée d'atteindre une certaine amélioration de son fonctionnement psychique et, partant, une stabilisation de sa vie en général, avec contrôle régulier de l'abstinence. En cas de rechute, une nouvelle période résidentielle devait être ordonnée.

L'assurée est restée en traitement résidentiel à la Fondation D._____ du 26 février au 26 août 2007, puis a bénéficié d'une activité de type occupationnel dans les ateliers [...] [...] à 50 % (5 jours/semaine de 07h45 à 12h00) comme réceptionniste. Elle a ensuite à nouveau subi plusieurs séjours à la Clinique de L._____, notamment du 22 novembre au 17 décembre 2007 (hospitalisation d'office après un tentamen médicamenteux avec de l'alcool).

Dans un rapport du 7 janvier 2008 faisant suite à un examen psychiatrique du 14 décembre 2007, la Dresse E. _____ du SMR a considéré que les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinente, mais dans un environnement protégé (F10.21), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, utilisation continue (F13.25) et de trouble de la personnalité sans précision, non décompensé (F60.9) n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Elle a indiqué que l'examen psychiatrique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial qui était normal, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante. La Dresse E. _____ a en outre écarté le diagnostic bipolaire en indiquant que "les défenses hypomaniaques utilisées par l'assurée contre l'effondrement dépressif et la labilité émotionnelle expliquaient les fluctuations de l'humeur". Elle a par ailleurs constaté qu'en l'absence d'une consommation d'alcool, l'état de l'assurée s'était nettement amélioré ce qui prouvait que l'aggravation de son alcoolisme expliquait ses difficultés d'assumer les responsabilités d'une vie socioprofessionnelle normale. En l'absence de pathologie psychiatrique chronique et invalidante, la capacité de travail exigible était de 100 % dans toute activité dès l'amélioration de son état objectivé à l'examen clinique, soit décembre 2007.

B. En date du 16 juillet 2008, l'OAI a adressé à G. _____ un projet de décision d'acceptation d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} octobre 2006 (fin du délai d'attente d'un an) au 28 février 2008 (soit après 3 mois d'amélioration depuis le mois de décembre 2007). Se fondant sur l'examen clinique du SMR, il a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle devait être considérée comme entière dès le 14 décembre 2007, raison pour laquelle la rente devait être supprimée le 28 février 2008.

Compte tenu de l'opposition formée par l'assurée, l'OAI a sollicité l'avis du SMR, qui a exclu la mise sur pied d'une contre-expertise, en l'absence d'affection psychiatrique invalidante, la toxicomanie étant primaire. Cette dernière n'était par ailleurs pas à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable, comme l'avait attesté le Dr Q._____. Elle ne justifiait dès lors pas une incapacité de travail de longue durée au sens de l'AI. La PLAFa était due à la toxicomanie et ne permettait pas de démontrer une incapacité de gain à la charge de l'AI. Dans un autre avis médical du 19 mai 2009, le SMR a considéré ce qui suit :

"Cette assurée de 41 ans souffre d'un trouble de la personnalité avec traits dépendants et immatures, ainsi que labilité émotionnelle, depuis au moins l'adolescence; ce trouble ne l'a pas empêchée d'avoir une activité professionnelle. A la suite d'une séparation en 2004, une réaction dépressive et anxieuse survient (effondrement dépressif sur la base d'une décompensation du trouble de personnalité sous-jacent) qui l'a amenée à augmenter massivement sa consommation d'alcool, avec plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique entre 2005 et 2007. Durant cette période, la CT est nulle. Quand l'assurée est vue en examen clinique au SMR en décembre 2007, elle ne présente plus de symptomatologie dépressive, son état de santé s'est amélioré (grâce à l'abstinence en milieu protégé) et la CT devient entière, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool n'entraînant pas à eux seuls d'incapacité de travail".

Par décision du 26 février 2010 (la motivation datant du 20 mai 2009), l'OAI a confirmé le projet de décision du 16 juillet 2008.

C. a) Par acte de son mandataire du 1^{er} avril 2010, G._____ interjette recours contre cette décision et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours et à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'elle a droit à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2006, à trois-quarts de rente dès le 1^{er} février 2006 et à une rente entière dès le 1^{er} mars 2006, ce droit étant prorogé de manière indéterminée au-delà du 28 février 2008. Elle soutient que l'appréciation de la situation, telle que formulée par les praticiens du SMR, ne peut être retenue, car elle a été faite en occultant - volontairement ou non - des circonstances

particulièrement importantes de sa vie (problèmes rencontrés dans l'enfance, relations avec ses parents, traitement psychiatrique prodigué en 1999, relations pendant de très nombreuses années avec son ami devenu son mari). La recourante mentionne par ailleurs avoir séjourné à de nombreuses reprises à la Clinique de L._____ notamment en raison de risques hétéro agressifs (scarification de l'avant-bras) et suicidaires, soit du 5 juillet au 1^{er} août 2006, du 29 décembre 2006 au 11 janvier 2007, du 26 janvier au 11 février 2007, du 27 novembre au 17 décembre 2007, du 1^{er} janvier au 21 janvier 2008, du 26 mars au 7 avril 2008, du 18 décembre 2008 au 14 janvier 2009, du 20 au 28 mars 2009 et du 10 avril au 14 mai 2009. Elle dépose à cet effet les rapports de sortie de la Clinique de L._____ établis entre le 8 janvier 2007 et le 1^{er} septembre 2009. Elle annexe également à son recours un rapport du 26 février 2007 des Drs R._____, chef de clinique et I._____, médecin-assistant à la Clinique de L._____, qui ont retenu les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec des traits dépendants et impulsifs (F61.0) chez une patiente connue pour des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de syndrome de dépendance avec utilisation épisodique, ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hypnotiques, de syndrome de dépendance avec abstinence actuelle. Enfin, l'assurée transmet deux certificats médicaux établis par le Dr W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et Madame B._____, psychologue, mentionnant que leur patiente est en incapacité de travail complète dès le 27 octobre 2005 (certificat médical du 25 mars 2010) et qu'elle souffre d'un trouble mixte de la personnalité et d'un trouble affectif-bipolaire (certificat médical du 24 juin 2009) tout en précisant que :

"La dépendance à l'alcool et aux médicaments est secondaire et s'est installée avec la perte d'étayage résultant de la lente dégradation de la relation au sein de son couple. La séparation effective a mis un terme à plusieurs années d'une relation devenue insupportable car sans avenir, ni projet.

Mme G._____ a présenté, dès cette période, une hyperactivité et une élation de l'humeur tant dans son activité professionnelle que dans sa vie sociale, s'épuisant ainsi dans un mouvement de lutte contre l'effondrement

dépressif. Nous avons pu, en 2008 observer un tel épisode sur 7-8 mois.

La patiente semble avoir dû assumer dès l'enfance un rôle d'adulte dans une famille en grande difficulté, assumant la lourde charge de soutenir sa mère, frères et sœurs. Tôt, dès l'adolescence, on note la tendance aux recours aux défenses de type hypomaniaques contre la dépression".

Au vu de ces éléments, la recourante allègue que les troubles invalidants dont elle souffre n'ont pas subitement pris fin le 14 décembre 2007 jour de l'expertise pratiquée par le SMR. Par ailleurs, tous les médecins qu'elle a consultés ont noté de manière concordante différents éléments importants démontrant que l'alcoolisme dont elle souffre n'est en aucun cas primaire, mais bien secondaire et consécutif à des troubles importants et persistants de la personnalité, présents depuis l'adolescence, ainsi que sur leur évolution et leur décompensation au moment où, ne se sentant plus soutenue, elle n'a plus pu faire face aux difficultés qu'elle rencontrait dans son existence. Elle sollicite l'audition de trois témoins, ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, si les nombreux avis médicaux figurant au dossier ne s'avéraient pas suffisamment convaincants.

b) Dans sa réponse du 15 juin 2010, l'intimé a proposé l'admission partielle du recours dans le sens de l'octroi d'une rente entière du 1^{er} octobre 2006 au 31 mars 2008, tout en confirmant ses conclusions pour le surplus.

c) Dans sa réplique du 29 juin 2010, la recourante a confirmé sa requête visant l'audition de trois témoins et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, au besoin par le Tribunal.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 1^{er} avril 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en

temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er 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 compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La recourante se plaint essentiellement du refus d'une rente d'invalidité au-delà du 28 février 2008 à laquelle elle prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; 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 (art. 28 LAI).

b) 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 consid. 3c p. 268).

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 consid. 2.2; TF I 169/06 du 8 août 2006, consid. 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 (Thonney/Gammeter, Alcool: problèmes psychiatriques courants. « La boîte à outils du praticien », Revue médicale de la Suisse romande, 2004; 124: p. 415 ss; Roland Gammeter, Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool, Forum Med Suisse, 2002; 23: p. 562 ss; Shivani/Goldsmith/Anthenelli, Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges, Alcohol Research & Health, 2002; 26(2): p. 90 ss; Christine Davidson, Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance, Praxis 1999; 88: p. 1720).

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 (TFA I 731/02 du 25 juillet 2003, consid. 2.3).

c) 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 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

3. a) En l'espèce, la recourante est d'avis qu'elle présente une incapacité totale de travail et qu'elle doit dès lors être mise au bénéfice d'une demi-rente dès le 1er janvier 2006, de trois-quarts de rente dès le 1er février 2006, et d'une rente entière dès le 1er mars 2006, ce droit étant prorogé de manière indéterminée au-delà du 28 février 2008. Elle conteste dès lors la valeur probante du rapport d'expertise établi par la

Dresse E._____ en date du 7 janvier 2008 qui a conclu à l'absence d'invalidité dès la date de l'examen clinique et reproche ainsi à l'intimé de s'être uniquement fondé sur ledit rapport. En effet, les médecins qu'elle a consultés ont noté de manière concordante différents éléments importants démontrant que l'alcoolisme dont elle souffre n'est en aucun cas primaire, mais secondaire et qu'elle souffre d'un trouble psychique invalidant.

b) Il apparaît ainsi que certaines constatations, mais également l'appréciation psychiatrique, de la Dresse E._____ figurant dans son rapport d'expertise du 7 janvier 2008, sont remises en cause par les nombreux rapports des psychiatres contenus dans le dossier.

Tout d'abord, au moment de l'examen clinique du 14 décembre 2007 pratiquée par la Dresse E._____, l'intéressée était hospitalisée d'office à la Clinique de L._____ depuis le 22 novembre 2007 en raison d'un tentamen médicamenteux avec de l'alcool (rapport du 12 mars 2008 de la Clinique de L._____, p. 2). Dans ce contexte, on peine à comprendre comment la Dresse E._____ a pu retenir que l'assurée n'avait jamais fait de tentative de suicide et ne verbalisait pas d'idées suicidaires. Par ailleurs, la Dresse E._____ a indiqué à propos de l'anamnèse psychosociale et psychiatrique qu'avant 2004, l'assurée n'avait jamais présenté de symptomatologie psychiatrique et qu'elle n'avait jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique, ce qui ne correspond manifestement pas aux constatations du Dr N._____, ancien psychiatre traitant de l'assurée, qui, dans son rapport du 27 septembre 2006, a mentionné avoir suivi cette patiente du 2 février au 6 octobre 1999, à sa consultation lors de cinq séances en raison d'un conflit avec sa mère et du décès de sa grand-mère. Il a ajouté que la recourante était probablement fragile depuis de nombreuses années avec une fluctuation importante de l'humeur et un déni partiel de ses difficultés chez une personnalité dépendante avec traits abandonniques. Le Dr Q._____, dans son rapport d'expertise du 13 juillet 2007, dont on rappellera qu'il avait pour but d'examiner l'opportunité d'une PLAFa et non l'existence d'une atteinte invalidante au sens de l'AI, a confirmé que la rupture conjugale avait probablement réveillé chez l'expertisée les blessures

psychiques jamais cicatrisées et du vécu d'abandon dans sa petite enfance (p. 16).

En outre, la Dresse E. _____ a considéré que l'alcoolisme de l'assurée était primaire et qu'à la date de l'examen clinique, cette dernière ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique chronique et invalidante. Or, l'absence de diagnostics à caractère invalidant relevée par la Dresse E. _____ n'a été confirmée ni par les psychiatres traitants, ni par l'expert Q. _____. Ainsi, les Drs V. _____ (rapport médical du 1^{er} septembre 2006) et N. _____ (rapport médical du 27 septembre 2006) ont estimé que le trouble de la personnalité (F60.9) présenté par l'assurée avait des répercussions sur sa capacité de travail, les Drs R. _____, I. _____ (rapport du 8 janvier 2007), W. _____ et Madame B. _____ (rapport du 24 juin 2009) évoquant pour leur part un trouble mixte de la personnalité (F61) qualifié de sévère par les Drs R. _____ et I. _____. Les rapports successifs établis à l'issue des 10 hospitalisations de l'assurée par divers médecins de la Clinique de L. _____ ont systématiquement confirmé le diagnostic précité. Le Dr V. _____ (rapport médical du 1^{er} septembre 2006) comme le Dr W. _____ (certificat médical du 24 juin 2009) ont en outre retenu le diagnostic de trouble bipolaire, diagnostic réservé par l'expert Q. _____ en fonction de l'évolution clinique de la patiente. Contrairement à la Dresse Albeau, l'expert précité a uniquement constaté la présence d'un syndrome de dépendance à l'alcool et d'un syndrome de dépendance à un hypnotique, sans les lier à d'éventuels troubles mentaux et troubles du comportement. Au contraire, le Dr Q. _____ a mis en évidence une personnalité émotionnellement labile de type borderline et personnalité dépendante (F60.31 et F60.7). Les explications fournies par la Dresse E. _____ sur ce point selon lesquelles les défenses hypomaniaques utilisées par l'assurée contre l'effondrement dépressif et la labilité émotionnelle permettraient de comprendre les fluctuations de l'humeur, ne suffisent manifestement pas à lever les contradictions entre les deux évaluations psychiatriques.

Enfin, en l'absence d'abstinence prolongée due aux nombreuses hospitalisations de l'assurée, il n'est pas aisé de déterminer si

le trouble de la personnalité influe négativement sa capacité de travail, c'est-à-dire s'il présente, en soi, un degré de gravité tel qu'il doive être assimilé à une atteinte à la santé psychique constitutif d'une invalidité. En effet, après avoir quitté la Clinique de L._____ le 17 décembre 2007, soit trois jours après l'examen clinique pratiqué par la Dresse E._____, l'assurée a subi de nouvelles et régulières hospitalisations à la Clinique de L._____ dès le 1^{er} janvier 2008, élément qui contredit l'amélioration de l'atteinte à la santé retenue par l'experte. En tout état de cause, le SMR avait admis qu'il se justifiait de retenir que la capacité de travail de l'assurée était nulle durant la période précédant l'examen clinique en raison d'une décompensation du trouble de personnalité sous-jacent ayant amené l'intéressée à augmenter massivement sa consommation d'alcool, avec plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique entre 2005 et 2007 (avis médical du 19 mai 2009).

c) Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère que ni le rapport d'expertise de la Dresse E._____, ni celui du Dr Q._____, qui a été établi dans le contexte d'une enquête en interdiction civile et privation de liberté à des fins d'assistance - n'apportent les d'informations utiles pour évaluer d'une part, le degré de gravité intrinsèque du trouble de la personnalité et sur l'importance que celui-ci aurait joué ou non - en sus de graves difficultés conjugales et professionnelles - dans le développement et la fixation de l'addiction et d'autre part, ses conséquences sur la capacité de travail l'assurée. Au regard des imprécisions, voire des incohérences de l'expertise établie par la Dresse E._____, une nouvelle expertise sur le plan psychiatrique s'avère dès lors nécessaire afin de statuer en toute connaissance de cause sur le droit à la rente.

Il sied par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en oeuvre une expertise auprès d'une institution ou de spécialistes en psychiatrie qui n'ont pas encore été saisis du dossier. Il n'est en effet pas opportun que la Cour de céans ordonne elle-même une expertise judiciaire, ni qu'elle suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre

le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision. Dans ce contexte, l'audition des trois témoins requise par la recourante n'apparaît pas nécessaire.

4. Pour l'ensemble de ces motifs, le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. Vu l'issue du litige, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 26 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, le dossier étant renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à G._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :