

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 novembre 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Monod et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

F. _____, à Verossaz, recourante,

et

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

Art. 4 LAI; art. 88a RAI; art. 17 LPG

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assurée), née en 1956, au bénéfice d'un CFC d'employé de commerce, a exercé cette fonction dans diverses entreprises jusqu'à fin 2002. Depuis cette date, elle est sans activité lucrative.

B. L'assurée a présenté une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) en juin 2003, tendant à la prise en charge d'une intervention chirurgicale (opération de la cataracte). Cette demande a été rejetée par décision du 9 juillet 2003.

C. Le 23 juin 2003, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI (demande de rente), indiquant souffrir d'une dépression depuis septembre 2004, pour laquelle elle avait été suivie dans un premier temps par le Dr T._____, psychiatre à Zoug, puis dès octobre 2005 par le Dr C._____, psychiatre à Montreux.

Dans un rapport médical du 8 juin 2006, le Dr N._____ (psychiatre travaillant dans le même cabinet que le Dr C._____), a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.21), et d'anxiété généralisée (F41.1). Il précisait que les troubles de l'assurée remontaient à 1996 et étaient apparus dans un contexte de conflits familiaux importants, qui ne s'étaient jamais résolus depuis lors, auxquels s'ajoutait en 2002, la perte de l'emploi, qui avait contribué à accélérer l'état dépressif et les angoisses de l'assurée.

Dans un rapport du 15 octobre 2006, le Dr T._____ a retenu quant à lui les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de troubles de l'adaptation prolongés (F43.2), de suspicion de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et histrionique (F61.0), de dépendance aux benzodiazépines (F13.2) et d'utilisation nocive de l'alcool (F10.1). Il relevait que l'assurée avait commencé à consommer de l'alcool

et des psychotropes pour calmer ses angoisses dans un contexte de conflits familiaux.

D. Le 4 mai 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) a mis en œuvre une expertise psychiatrique, confiée au Dr R. _____ra, psychiatre à [...].

Le Dr R. _____ a procédé à un examen clinique le 22 août 2007, au terme duquel il a posé les diagnostics suivants (cf. rapport d'expertise du Dr R. _____ du 5 septembre 2007):

*"Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.
Depuis quand sont-ils présents?"*

[aucun]

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11)
- Personnalité anxieuse à traits histrioniques (F60.6 et F60.4)
- Statut après troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10) et à l'utilisation de sédatifs et hypnotiques (F13)"

Dans la partie «appréciation du cas et pronostic», l'expert relevait ceci:

"L'assurée a certainement vécu une enfance et adolescence difficile avec une mère qui probablement projetait en elle ses propres insatisfactions et un père alcoolique qui s'est tout de même montré distant dans la relation.

Malgré ce contexte familial difficile, l'assurée a pu terminer sa scolarité mais tout en développant les traits d'une personnalité anxieuse et histrionique mais sans que cela soit pathologique en soi.
[...]

L'assurée a fait preuve tout au long de son parcours de ressources psychologiques, elle a pu partir quelques mois seule en voyage en Inde où elle a rencontré son mari, puis et après le divorce, elle a élevé ses filles et a pris des cours en même temps qu'elle travaillait.

Certainement que la rupture avec ses filles est un élément important dans l'état dépressif de l'assurée. Actuellement, elle présente une tristesse, trouble de la concentration, humeur dépressive, sentiment de dévalorisation et d'infériorité, troubles du sommeil. Il n'y a pas d'idées suicidaires, l'élan vital est perturbé. Ces signes correspondent selon la CIM-10 à un trouble dépressif plutôt moyen. Il y a aussi la présence de signes d'angoisse mais qui ont à voir plutôt avec la personnalité anxieuse de l'assurée et probablement aussi avec la consommation d'alcool de l'assurée.

Concernant l'alcool, l'assurée avoue en avoir été dépendante pendant longtemps et avoir utilisé l'alcool à la manière d'un médicament anxiolytique. En 2005, le psychiatre de Zoug parle d'une dépendance à l'alcool ainsi qu'aux médicaments. L'assurée dit avoir arrêté mais elle dit aussi consommer de l'alcool lorsqu'elle sort avec les copains. Il m'a été difficile d'objectiver les dires de l'assurée mais il est bien possible que les vomissements que l'assurée dit avoir ainsi que la tristesse et l'anxiété soient secondaires à la consommation d'alcool, ainsi qu'à la prise régulière et chronique de benzodiazépines.

Les traits histrioniques de l'assurée se manifestent par une tendance à se mettre dans le rôle de victime face aux événements extérieurs alors même qu'elle a déjà démontré dans le passé avoir suffisamment de ressources psychologiques pour faire face aux problèmes.

[...]

Rappelons aussi que l'assurée ne prend actuellement aucun médicament psychotrope, elle dit les avoir arrêtés alors qu'elle avoue que le Buspar calmait ses angoisses.

Compte tenu de tout ce qui précède, il me semble que l'atteinte à la santé ne justifie pas l'incapacité de travail. L'état dépressif moyen dont souffre actuellement l'assurée pourrait être amélioré avec une médication psychotrope appropriée.

Quant au pronostic, il me semble plutôt réservé, étant donné les tendances régressives de l'assurée."

E. Par décision du 26 septembre 2008, l'Office AI a nié le droit de
F. _____ à des prestations de l'AI au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé.

F. L'assurée n'a pas recouru contre cette décision, mais a déposé une nouvelle demande de prestations AI (demande de rente) le 9 février 2009.

Par lettre du 17 février 2009, l'Office AI a rendu l'assurée attentive au fait qu'il lui incombait d'établir de manière plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de rente du 26 septembre 2008.

Le 16 mars 2009, l'Office AI a reçu du Dr C._____, psychiatre traitant de l'assurée, un rapport médical succinct (annotations sur une demande de renseignements médicaux de l'Office AI), mentionnant le diagnostic de trouble affectif bipolaire, qui était responsable, selon ce médecin, d'une incapacité totale de travailler depuis octobre 2005.

Dans un rapport médical complémentaire du 8 mai 2009, le Dr C._____ a précisé son diagnostic comme il suit:

"Le diagnostic que j'ai retenu pour cette patiente est celui de F31.6 — Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte. Son état de santé se dégrade encore davantage depuis le début de cette année. Elle présente les symptômes suivants: alternance des épisodes hypomaniaques qui s'installent de manière brusque et persistent entre 4 jours et 2 à 4 mois. Entre ces épisodes, elle présente des moments de tristesse dépressifs, perturbation du sommeil, perte d'énergie, perte de mémoire, des symptômes digestifs [...].

Durant les épisodes hypomaniaques que j'ai observés, elle présentait une sorte d'exaltation, avec des nuits de sommeil très courtes, une envie de se promener pieds nus à la montagne, un sentiment d'euphorie et une importante négligence de toutes les affaires courantes, notamment administratives.

Nous avons introduit un traitement de [médicaments]."

Le 19 juillet 2009, l'assurée a été victime d'un accident sur la voie publique (sa jambe droite a été happée sous la roue arrière d'un bus).

Elle a été hospitalisée à l'Hôpital de la Riviera, où il a été constaté une absorption importante de benzodiazépine et un taux d'alcoolémie de 3 ‰. Elle a dès lors bénéficié de consultations au secteur psychiatrique de l'Est vaudois (ci-après: la fondation de Nant) les 21, 31 et 10 août 2009.

Dans un rapport du 14 août 2009, la psychiatre consultante (Dresse X._____) de la fondation de Nant a posé le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1) et exposé en particulier ceci:

"Observation clinique

Mme F._____ est une femme de 53 ans, paraissant son âge. Elle est orientée aux trois modes. Elle présente des moments de désespoir, des sentiments d'inutilité, des idées récurrentes, une diminution de la projection dans l'avenir et des idées suicidaires. Elle présente des troubles du sommeil. On note une labilité émotionnelle majeure passant parfois d'une seconde à l'autre d'une détresse intense à une humeur légèrement euphorique pendant quelques minutes. Le discours est digressif avec des mélanges de niveaux et des mélanges entre les détails et l'essentiel. Le contact est très particulier avec par moment des mouvements assez infantiles, presque familiers, des traits dépendants, qui alternent avec une méfiance importante, confinant parfois à l'interprétativité pathologique. Elle présente un vécu persécutoire. La conscience de ses troubles n'est que partielle et le déni est bien présent.

[...]

Discussion et propositions thérapeutiques

[...] Elle présente, et présentait dans les semaines avant cet accident, des idées suicidaires et l'accident est le résultat d'une mise en danger déjà par la prise de 5 cp d'Imovane, puis par une alcoolisation (Mme F._____ dit n'avoir aucun souvenir de s'être alcoolisée). A noter que des amnésies importantes peuvent survenir après la prise de plusieurs comprimés de somnifères. Il n'y a pas de risque suicidaire immédiat dans le cadre de l'hospitalisation. En revanche, à terme Madame F._____ présente un risque important de mise en danger ou de suicide, et ceci de manière chronique.

Les soins sont compliqués par la problématique psychique de la patiente et les troubles relationnels qu'elle engendre avec des besoins de dépendance très importants qui cohabitent avec une

méfiance. La labilité émotionnelle contribue aussi aux malentendus. La patiente est en attente de beaucoup d'aide, mais en même temps, la méfiance, l'interprétativité, le vécu persécutoire, la difficulté à ajuster les interactions relationnelles mènent à des difficultés majeures dans les relations thérapeutiques, des incompréhensions et alors les malentendus et la perte de la confiance s'enchaînent en véritables cercles vicieux. Nous essayons de travailler ces éléments avec la patiente et l'équipe dans le cadre d'un suivi de liaison."

Dans un rapport médical du 15 octobre 2009, le psychiatre traitant a mentionné les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble schizo-affectif (F25.9), existant depuis 1990, et de trouble affectif bipolaire (31.2), existant depuis 1980.

L'Office AI a soumis les rapports médicaux du psychiatre traitant et de la fondation de Nant au service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), qui s'est déterminé comme suit (cf. avis médical du Dr M. _____ du 23 novembre 2009):

"Dans son RM daté du 15.10.2009, le Dr C. _____ retient les diagnostics incapacitants suivants : trouble schizo-affectif (F25.9) depuis 1990 et trouble affectif bipolaire, (F31.30) depuis 1980. CT nulle en toute activité depuis le 21.10.2005, premier jour de prise en charge par le Dr C. _____. Le RM est si succinct qu'il n'est pas possible de se prononcer; il n'est aucunement fait mention d'une probable dépendance à l'alcool, alors que l'assurée a été hospitalisée en juillet 2009 pour un AVP avec alcoolémie à 3 ‰ (blessée au MID [membre inférieur droit] par la roue arrière d'un bus); vue en consilium psychiatrique en raison de la suspicion d'acte suicidaire et de difficultés aux soins, le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1) a été retenu par la Dresse X. _____, cheffe de clinique de la fondation de Nant; on relèvera le chômage depuis 2004, l'absence d'étayage (divorcée, aucune relation avec ses 2 filles), l'expulsion de son appartement (tapage nocturne et troubles du comportement) pour l'été 2009, la proposition de mise sous tutelle.

Attitude: vu l'évolution des diagnostics dans le même cabinet de consultation psychiatrique entre 2005 (épisode dépressif sévère et anxiété généralisée dès 1996) et 2009 (trouble schizo-affectif depuis 1990 et trouble affectif bipolaire depuis 1980), vu le diagnostic porté par le Dr R. _____ dans son rapport d'expertise de 2007 (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique chez [une] personnalité anxieuse à traits histrioniques), vu la possible péjoration de la santé psychique avec détérioration des conditions socio-économiques, il est nécessaire, pour apprécier cette deuxième demande de prestations AI, d'envoyer un nouveau mandat d'expertise psychiatrique au Dr R. _____, avec copie des avis médicaux 2009."

G. Le Dr R. _____ a rendu son rapport d'expertise le 26 avril 2010, après avoir procédé à un examen clinique le 15 mars 2010. Il a confirmé les diagnostics, précédemment posés en septembre 2007, de personnalité anxieuse à traits histrioniques (F60.6 et F60.4), et de suspicion de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10) et à l'utilisation de sédatifs et hypnotiques (F13). Concernant ce dernier diagnostic, l'expert a précisé ce qui suit:

"Lors de mon rapport de 2007, [...] j'ai relevé également que l'assurée avouait avoir été dépendante de l'alcool pendant longtemps. En 2005, un psychiatre de Zoug, parlait d'une dépendance à l'alcool et aux médicaments. Rappelons également qu'en 2009, l'assurée a été victime d'un accident sur la voie publique alors qu'elle avait une alcoolémie de 3 ‰.

A signaler que le médecin psychiatre traitant de l'assurée qui la suit depuis 2005, ne parle pas de dépendance à l'alcool ni aux médicaments, mais parle tout d'abord d'un trouble bipolaire puis d'un trouble schizo-affectif, et ceci dans un contexte de précarité sociale où l'assurée présente, semble-t-il, des troubles du comportement dans son logement, ce qui lui a valu l'expulsion de son appartement.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces troubles du comportement sont provoqués plutôt par la consommation d'alcool, et d'une manière abusive comme lorsqu'elle a été victime d'un accident sur la voie publique, associé aux médicaments

tranquillisants. Dans le dosage plasmatique effectué le 15.03.2010, le Diazépam et l'Imovane sont largement au-dessus de l'intervalle thérapeutique; mais l'alcool est négatif et les enzymes hépatiques dans la norme. L'assurée, elle-même, nie toute consommation d'alcool."

Quant au trouble dépressif récurrent (F33.0), l'expert a estimé que l'épisode actuel était léger.

L'expert s'est également déterminé sur les diagnostics retenus par le psychiatre traitant, le Dr C. _____, dans son rapport du 15 octobre 2009, comme il suit:

"Je ne peux pas suivre les diagnostics émis par le psychiatre traitant de l'assurée, soit trouble bipolaire et trouble schizo-affectif, étant donné le comportement de l'assurée pendant l'entretien, en plus et si on regarde les activités journalières, nous ne trouvons aucun signe de ces deux diagnostics.

Par contre le comportement régressif de l'assurée est bien manifeste avec les répercussions sociales qui l'accompagnent.

[...]

Compte tenu de ce qui précède et en comparant l'état clinique actuel de l'assurée avec celui de l'examen effectué en 2007, je ne trouve pas de péjoration, bien au contraire, le trouble dépressif me semble être plutôt en rémission. Par contre du point de vue social, il existe bel et bien une problématique provoquée par l'état régressif de l'assurée vraisemblablement secondaire à l'inactivité et passivité de l'assurée."

Ayant pris connaissance du contenu de l'expertise du Dr R. _____, le SMR a rendu un avis médical qui a notamment la teneur suivante:

"Ce dernier [le Dr R. _____] dans son rapport d'avril 2010 ne retient pas d'affection psychiatrique incapacitante, nie la présence d'un trouble affectif bipolaire. Il considère que l'épisode actuel du trouble dépressif récurrent est léger et n'engendre dès lors ni

limitation fonctionnelle ni diminution de la CT [capacité de travail]; il en va de même pour le trouble de personnalité. L'expert justifie pour quelles raisons il ne retient ni le diagnostic de trouble affectif bipolaire ni celui de trouble schizo-affectif. Le pronostic pour un retour dans le monde économique actuel est défavorable en raison de la situation socio-économique précaire de Mme F._____ et de la longue durée sans activité lucrative; ces éléments sortent du champ médical. Nous n'avons pas de raison médicale de nous écarter des conclusions de l'expert."

H. Par décision du 21 septembre 2010 – qui faisait suite à un préavis de décision non contesté –, l'Office AI a nié le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité.

I. F._____ recourt contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 22 octobre 2010, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité « à partir de la date que justice dira ». La recourante reproche en substance à l'Office intimé d'avoir retenu l'avis médical de l'expert R._____ au détriment de celui de son psychiatre traitant, le Dr C._____.

Dans sa réponse du 14 mars 2011, l'Office AI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, estimant que l'expertise du Dr R._____ est pleinement probante, et que les avis médicaux du psychiatre traitant ne sont pas propre à remettre en cause les conclusions de l'expert.

Dans ses déterminations du 11 mai 2011, la recourante précise ses griefs à l'encontre de l'expertise du Dr R._____ du 26 avril 2011, reprenant en substance les critiques émises par son psychiatre traitant, qui discute le rapport d'expertise en ces termes (cf. lettre du 10 novembre 2010 du Dr C._____ au conseil de l'assurée) :

"Mon collègue le Dr R._____ retient les diagnostics F60 et F60.4 — Personnalité anxieuse à traits histrioniques, F33.0 — Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et F10 — Suspicion de

troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, et F13 — et sédatifs et hypnotiques. Je mentionne d'emblée qu'il y a contradiction foncière entre son diagnostic de suspicion de troubles mentaux et du comportement lié à la consommation de l'alcool et de sédatifs et hypnotiques F10 et F13 avec sa propre constatation en page 14 / 20 de son expertise « La patiente nie toute consommation d'alcool. Au cours de l'entretien, j'avais des doutes, motifs pour lesquels j'ai demandé au laboratoire une alcoolémie qui s'est révélée négative.

[...]

Donc, le fait que mon collègue retienne, malgré l'évidence clinique « evidence [based] medicine », un diagnostic de suspicion de troubles mentaux et comportementaux, est basé sur un a priori de diagnostic d'alcoolisme chez cette patiente. De même, mon collègue affirme l'existence de traits d'une personnalité anxieuse à caractéristique histrionique, et surtout, il retient une personnalité passive-agressive qui la rend responsable de la difficulté de relation qui [s'est présentée] à l'examen clinique chez le Dr R._____.

Pour ma part, je n'ai jamais trouvé chez Mme F._____ des éléments de la lignée du trouble de la personnalité passive-agressive. Elle est présente à tous ses rendez-vous chez moi et collabore bien à son traitement.

Pour le surplus, je vais citer certains diagnostics qui, dans le temps, ont été évoqués par d'autres médecins par exemple, le Dr T._____, qui était responsable du suivi au cabinet médical en tant que psychiatre indépendant associé à notre cabinet médical de groupe, avait trouvé les diagnostics suivants (page 2 de son rapport du 4 octobre 2007):

F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (Hamilton 37 pts)

F41.1 Anxiété généralisée

Z.56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage

Z.59 Difficultés liées au logement et aux conditions économiques

Z.60.4 Exclusion et rejet social

Z63.3 Soutien familial inadéquat

Z63.7 Autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer (rupture de contact avec ses filles).

[...]

La présence de ces divers diagnostics, y compris les troubles schizo-affectifs de type dépressif décrits le 23.09.09 par le CHUV dans leur rapport nous donne à comprendre qu'il y a un doute sérieux sur le diagnostic et les conclusions présentées par le collègue R. _____ qui probablement, a été, dans son appréciation clinique, pris par un jugement a priori d'alcoolisme présent chez cette patiente, tel que je l'ai exposé en début de lettre.

Je vous prie de regarder également l'examen détaillé produit le 14.08.09 par la Dresse X. _____, cheffe de clinique à la consultation psychiatrique de liaison de la fondation de Nant.

Tous ces éléments peuvent en tout cas soutenir qu'il y a un doute appuyé, sérieux, vérifié par l'avis d'au moins 3 autres médecins psychiatres que le psychiatre expert, à savoir moi-même, le Dr N. _____ et la Dresse X. _____, ainsi que d'autres collègues somaticiens, avec chacun de l'expérience dans leur domaine.

Je mentionne que la patiente peut faire l'objet d'alcoolisations ponctuelles, mais selon mon observation clinique, cela a été très rare, et toujours dans des moments de désespoir dans sa lutte pour la reconnaissance de ses droits ou de sa maladie, la dernière en date étant celle qui a suivi sa sortie de la seconde expertise chez le Dr R. _____ à Neuchâtel."

La recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire.

E n d r o i t :

1. Déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]) auprès du tribunal compétent (art 69 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] en dérogation à l'art. 58 LPGA), le présent recours, qui respecte au surplus les conditions formelles du droit fédéral (art. 61 let. b LPGA) est recevable.

2. a) La recourante se plaint d'une violation des dispositions fédérales en matière d'assurance-invalidité, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation de l'autorité intimée, ainsi que de la constatation inexacte des faits. Elle soutient en définitive que son état de santé justifie l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Le litige porte uniquement sur la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière décision de refus de rente du 26 septembre 2008, aggravation que l'Office AI a niée, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr R. _____ du 26 avril 2010.

b) Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière, selon l'art. 87 al. 4 en lien avec l'al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]), il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; TF I 25/2007 du 2 avril 2007, consid. 3.1).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. 2009, n° 16 ad art. 17 LPGA).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006, consid. 2.2).

c) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

d) Le juge des assurances sociales examine de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décide si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter

un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. En conséquence, l'administration ou le juge est tenu d'examiner dans le détail chaque pièce médicale versée au dossier et d'indiquer, même succinctement, les raisons qui le conduisent à retenir tel avis médical plutôt que tel autre (TF I 81/07 du 8 janvier 2008), en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

Au vu toutefois de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, 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 (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

3. a) En l'espèce, la décision de refus de rente du 26 septembre 2008 est fondée sur le rapport d'expertise psychiatrique du 5 septembre 2007 du Dr R._____, dans lequel cet expert a conclu à l'absence d'atteinte invalidante au plan psychiatrique, mais a retenu les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), de personnalité anxieuse à traits histrioniques (F60.6 et F60.4) et de statut après troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10) et à l'utilisation de sédatifs et hypnotiques (F13).

b) A l'appui de sa nouvelle demande de rente déposée en février 2009, la recourante a produit divers rapports de son psychiatre traitant, qui attestent la présence d'un trouble affectif bipolaire depuis 1980, et un trouble schizo-affectif depuis 1990, limitant totalement sa capacité de travail depuis octobre 2005 (cf. rapports du Dr C._____ des 8 mai et 15 octobre 2009). S'agissant du diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif, il avait été initialement posé par la psychiatre consultante de la fondation de Nant lors de l'hospitalisation de l'assurée en juillet 2009 à l'Hôpital de la Riviera, suite à un accident survenu sur la voie publique (cf. rapport de la DresseX._____ du 14 août 2009).

Au vu des pièces médicales produites par l'assurée, l'Office AI a mis en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Dr R._____, qui a donné lieu au rapport du 26 avril 2010, dans lequel l'expert conclut à l'absence d'aggravation sur le plan psychiatrique, mais constate sur le plan social, une régression de la situation de l'assurée.

aa) La recourante critique le rapport d'expertise du Dr R._____ et soutient que les rapports médicaux des Drs C._____, N._____ etX._____, font état d'éléments médicaux ignorés par l'expert, suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions.

Dans son rapport du 26 avril 2010, le Dr R._____ a exposé les motifs pour lesquels il s'était écarté des diagnostics de trouble bipolaire et de trouble schizo-affectif, type dépressif, retenus par le Dr C._____. Il a en particulier relevé le fait que ni son examen clinique ni les activités journalières de la recourante ne rendaient compte de comportements appartenant à l'un ou l'autre de ces troubles. Dans son rapport du 8 mai 2009, le psychiatre traitant a constaté pour sa part les symptômes suivants: « alternance des épisodes hypomaniaques qui s'installent de manière brusque et persistent entre 4 jours et 2 à 4 mois ». Il a expliqué que « durant les épisodes hypomaniaques [qu'il avait] observés, l'assurée présentait une sorte d'exaltation, avec des nuits de sommeil très courtes, une envie de se promener pieds nus à la montagne, un sentiment d'euphorie et une importante négligence de toutes les

affaires courantes, notamment administratives ». Outre le fait que la description du trouble bipolaire par le psychiatre traitant n'est guère étayée, les symptômes qu'il mentionne ne sont évoqués par aucun des autres psychiatres consultés par l'assurée. Ainsi, ni le Dr N._____, dans son rapport du 8 juin 2006, ni le Dr T._____ dans son rapport du 15 octobre 2006, ni l'expert dans son premier rapport du 5 septembre 2007, n'ont retenu la présence de l'un ou l'autre de ces troubles, alors que le trouble bipolaire est présent, selon le psychiatre traitant, depuis 1980, et le trouble schizo-affectif, type dépressif, depuis 1990 (cf. rapport du Dr C._____ du 15 octobre 2010). L'avis du psychiatre traitant n'est donc guère convaincant, et ne fait aucunement état d'élément objectif pertinent, propre à remettre en cause les conclusions de l'expert [...].

Il est vrai que la DresseX._____ a également retenu en août 2009 le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif, responsable, selon elle, de la péjoration de la situation de l'assurée sur le plan social - l'assurée était alors menacée d'expulsion de son appartement pour cause de tapage nocturne ainsi que de troubles du comportement, et est en conflit avec les services sociaux (cf. rapport du 14 août 2009). Ce diagnostic a toutefois été posé dans le cadre d'un examen ponctuel (sur la base de 3 consultations) à l'hôpital dans le contexte d'une situation aiguë, et relève ainsi davantage de l'hypothèse médicale. Par ailleurs, ce trouble comprend à la fois des symptômes schizophréniques - que la recourante n'a jamais présenté - et des symptômes affectifs dépressifs et/ou maniaques récurrents - partiellement présents chez la recourante. Il n'est donc guère étayé. L'expert a quant à lui estimé que la péjoration de la situation sociale était provoquée par l'état de régression dans lequel l'intéressée se trouvait en raison de son inactivité et de sa passivité, état sur lequel se greffait vraisemblablement la dépendance aux médicaments et l'utilisation d'alcool, à certains moments d'une manière abusive; il a en revanche nié le fait que cette situation soit imputable à une pathologie psychiatrique à proprement parler, relevant à juste titre que la recourante avait fait preuve durant son parcours professionnel des ressources psychologiques nécessaires lui permettant de mener de front son travail et de suivre en parallèle des cours de perfectionnement professionnel, ce qui

n'est guère compatible avec la présence d'une atteinte psychiatrique pathologique. De ce point de vue, l'avis de l'expert est convaincant et l'emporte sur celui de la DresseX._____, qui ne se prononce au demeurant pas sur le caractère invalidant du trouble retenu.

Quant aux diagnostics posés par le Dr N._____ en juin 2006, auxquels se réfère le psychiatre traitant dans sa lettre du 4 novembre 2010 adressée au conseil de la recourante, ils ont été dûment examinés par l'Office intimé dans la procédure ayant conduit à la décision - non contestée par l'assurée - de refus de rente de septembre 2008, de sorte qu'il n'ont pas à être discutés une nouvelle fois dans le cadre de l'actuelle procédure de révision.

bb) La recourante soutient, par ailleurs, en se fondant sur l'avis du Dr C._____ du 4 novembre 2010, que le rapport d'expertise du 26 avril 2010 du Dr R._____ est contradictoire dans la mesure où l'expert retient le diagnostic de suspicion de troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'alcool et de sédatifs hypnotiques (F10 et F13), alors que le test d'alcoolémie qu'il a pratiqué lors de son examen clinique était négatif. Le rapport d'expertise serait ainsi entaché d'un jugement *a priori* d'alcoolisme, ce qui jetterait un doute sérieux sur sa valeur probante.

Concernant la problématique de l'alcool, l'expert a relevé dans son premier rapport du 5 septembre 2007 que l'assurée avait avoué en avoir été dépendante pendant longtemps et avoir utilisé l'alcool à la manière d'un médicament anxiolytique. En 2005, le Dr T._____ a également retenu l'existence d'une utilisation nocive de l'alcool (F10.1), ainsi que d'une dépendance aux benzodiazépines (F13.2), expliquant que l'assurée avait commencé à consommer de l'alcool et des psychotropes dans le but de calmer ses angoisses dans un contexte de conflits familiaux. A cet égard, les taux d'hypnotiques retrouvés par l'expert R._____ lors de son examen clinique sont fortement pathologiques. La recourante a présenté, pendant la journée, des taux de somnifères qui sont beaucoup plus élevés que ce qui serait mesuré au coucher chez un

patient qui prendrait régulièrement des somnifères. Une telle consommation d'hypnotiques est à même de rendre totalement inapte à toute activité la recourante. A cela s'ajoute que les taux de benzodiazépines (ici le Valium et son métabolite) sont nettement supérieurs aux taux thérapeutiques, aggravant d'autant plus la situation, étant précisé que le Valium est un anxiolytique avec un fort pouvoir hypnotique et un effet myorelaxant majeur, qui n'est quasiment plus prescrit en médecine ambulatoire. C'est du reste en lien avec une consommation excessive de benzodiazépine et d'alcool que l'assurée a été victime d'un accident sur la voie publique en juillet 2009. Or, ce problème, qui a été admis par l'assurée et mentionné par différents médecins depuis 2006, est totalement sous-estimé par le psychiatre traitant, qui la suit pourtant depuis 2005. Dans ces conditions, l'expert R._____ pouvait retenir le diagnostic de suspicion de troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation d'alcool et de sédatifs hypnotiques (F10 et F13), quand bien même le test d'alcoolémie, pratiqué ponctuellement le jour de l'examen clinique, s'était révélé négatif. Le rapport d'expertise du Dr R._____ n'est sous cet angle pas non plus critiquable.

En conclusion, il n'y a pas de motifs de s'écarter des conclusions de l'expert R._____, selon lesquelles l'état de santé de l'assurée est demeuré pour l'essentiel inchangé depuis la dernière expertise effectuée au mois de septembre 2007. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a, sur la base du rapport d'expertise du Dr T._____ du 26 avril 2010 (expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA), nié le droit de l'assurée au prestations de l'assurance-invalidité.

c) L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'est pas donné suite à la requête de la recourante visant à mettre en oeuvre une expertise médicale judiciaire. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer

d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425, consid. 2.1; 122 II 464, consid. 4a; 122 III 219, consid. 3c; 120 Ib 224, consid. 2b; 119 V 335, consid. 3c et la référence).

4. En définitive, le recours est mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'office d'un avocat, avec effet au 15 octobre 2010. Le conseil juridique désigné d'office, Me Dominique Alvarez, a toutefois informé la Cour de céans qu'il cessait la pratique du Barreau au 30 juin 2011, et que la recourante ne serait plus représentée dès cette date; la Cour n'a du reste, depuis lors, pas ordonné de nouvelles mesures d'instruction.

Il y a donc lieu de fixer l'indemnité équitable due à Me Alvarez depuis le début de la procédure jusqu'au 30 juin 2011, étant précisé que cette indemnité sera supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité - laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) -, il y a lieu de relever ce qui suit : le conseil d'office a produit une liste de ses opérations depuis le début de la procédure jusqu'au 30 juin 2011, soit 2 heures en 2010, et 4 heures en 2011. Il y a lieu de rémunérer ces heures de travail au tarif usuel (180

fr./heure) et d'allouer un montant forfaitaire de 50 fr. pour les débours, ce qui représente au total un montant de 1'130 fr., auquel s'ajoute la TVA au taux de 7.6 % pour les opérations antérieures au 1^{er} janvier 2011, y compris les débours (31 fr. 15) et au taux de 8 % pour les opérations en 2011 (57 fr. 60). L'indemnité d'office s'élève ainsi à un montant de 1'218 fr. 75, débours et TVA comprise.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis provisoirement à la charge du canton (art. 69 al.1bis LAI).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 21 septembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Dominique Alvarez, ancien conseil de la recourante, est arrêtée à 1'218 fr. 75 (mille deux cent dix-huit francs et septante-cinq centimes).

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière:

Du

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

- Mme F. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :