

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 septembre 2015

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Di Ferro Demierre et Mme Pasche, juges  
Greffière : Mme Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Centre social  
protestant, à Lausanne,

et

**Y.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7, 8, 16, 17 LPGA, 28, 29 LAI, 88a RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> mai 1991 comme employée au guichet à [...]. Elle a présenté des incapacités de travail à des taux variables depuis le 16 décembre 2003 et H. \_\_\_\_\_, assurance perte de gain de l'employeur, a versé des indemnités journalières à compter du 14 février 2004. Le 14 avril 2005, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), en indiquant souffrir de dépression.

Dans un rapport du 6 mars 2004 à H. \_\_\_\_\_, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a diagnostiqué un état anxio-dépressif d'intensité moyenne, le traitement ayant débuté le 13 décembre 2003. Il a expliqué que la patiente avait développé des troubles du sommeil, un état de fatigue, un état d'angoisse, des nausées et un état de tristesse, depuis septembre 2003 en relation avec des pressions professionnelles.

Dans un rapport du 20 mai 2005 à l'OAI, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail d'épisode anxio-dépressif de sévérité moyenne récidivant existant depuis janvier 1999 et sans effet sur la capacité de travail, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs existant depuis 2003. Il a écrit ce qui suit :

« 3. La patiente a été vue en janvier 1999 pour un premier épisode anxio-dépressif suite au décès de son père d'une sclérose en plaques en décembre 1998, âgé de 65 ans. Cette prise en charge a permis de pouvoir aider la patiente dans le processus de deuil et elle a reçu un traitement anxiolytique et elle a pu faire face à ses obligations professionnelles et la prise en charge s'est terminée en mai 1999.

Elle a été revue en juin 2003 pour des cervico-brachialgies droites qui avaient amené une impotence presque complète mais un examen neurologique pratiqué le 27 juin 2003 était normal de même que l'EMG. Il avait été conclu davantage à une tendinite de la coiffe des rotateurs. La patiente a été revue depuis le 16.12.2003 pour un nouvel état dépressif essentiellement dans le cadre de difficultés professionnelles et un épuisement professionnel lié à des changements d'horaires et des tensions au niveau du travail. Les symptômes étaient

essentiellement une inappétence, une insomnie, des angoisses, des nausées et un état de tristesse. Cette situation a nécessité un traitement anxiolitique puis anti-dépresseur et une incapacité de travail. En mars 2004, elle a consulté à la polyclinique psychiatrique. En mars 2004, la situation est devenue telle qu'un tentamen a pu être évité de justesse et qu'elle a ensuite été hospitalisée quelques jours à l'hôpital de [...] par le Dr [...], en mars 2004.

4. La patiente travaille actuellement à 50% mais elle a de la peine à s'adapter aux pressions de stress professionnel et ne pourrait pas travailler à 100% en raison du peu de résistance psychique.

Elle ne supporte pas non plus les changements d'horaire et c'est surtout le rythme qui l'éprouve passablement. Actuellement, sa situation est relativement stable, mais elle est très fatiguée.

[...] ».

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a encore précisé qu'à D. \_\_\_\_\_, les autres activités de factrice et de trieuse envisageables n'étaient pas adaptées, en raison des limitations psychiques de l'assurée. Selon lui, l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée comme par exemple vendeuse, réceptionniste ou opératrice de saisie. Il était également d'avis que l'activité exercée jusqu'ici était possible à 50% et en évitant les horaires irréguliers ou de nuit.

Le 24 mai 2005, l'assurée a complété le formulaire 531bis à la demande de l'OAI, dans lequel elle a indiqué que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 75% comme opératrice de saisie, réceptionniste, ou au guichet de la poste et ce depuis 2005 ou 2006.

Dans un rapport du 26 mai 2005 à l'OAI, la Dresse T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à l'Hôpital de [...] -où l'assurée a séjourné du 25 mars au 15 avril 2004 - a posé le diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, existant depuis 1998. La Dresse T. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis 2003 comme employée à D. \_\_\_\_\_. Selon elle, l'état de santé de l'assurée s'améliorait à sa sortie de l'hôpital, et il pouvait s'améliorer encore avec des mesures médicales. Pour le surplus, elle renvoyait à l'opinion du Dr O. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant,

précisant que lors de sa sortie de l'hôpital, « rien ne supposait que la patiente ne pouvait pas reprendre son emploi à la poste ».

La Dresse T. \_\_\_\_\_ a de plus écrit ce qui suit :

### « 3. Anamnèse

Anamnèse familiale et personnelle : Mme N. \_\_\_\_\_ est la cadette de 4 enfants, elle décrit une enfance assez terne, se sentant souvent « forcée » par ses parents, décrits comme très sévères et rigoureux. Notion d'antécédents de dépression chez une tante maternelle. Son père, décédé en 1998 à l'âge de 65 ans, atteint d'une sclérose en plaques, est tombé malade lorsqu'elle commençait son apprentissage de couturière. Mme N. \_\_\_\_\_ dit s'être beaucoup rapprochée de son père sur la fin de sa vie, en l'assistant alors qu'il était devenu dépendant. Sa mère a subi en 1998 l'ablation d'un sein suite à un cancer ; elle est décrite comme une personne assez froide, avec qui elle n'a plus eu de contact et à laquelle elle peut difficilement se confier. Après avoir terminé son apprentissage (qu'elle avait très peu investi), Mme N. \_\_\_\_\_ a travaillé dans le secrétariat ainsi que dans d'autres branches.

Mme N. \_\_\_\_\_ se marie à l'âge de 25 ans, puis se consacre entièrement à l'éducation de ses deux garçons actuellement âgés de 12 et 15 ans. Le couple possède d'abord une entreprise de transports dans laquelle Mme N. \_\_\_\_\_ travaillait comme secrétaire, l'entreprise a dû être abandonnée en 1999 en raison de difficultés financières. Puis son mari travaille pour la ville de [...], au service des sports, comme concierge. Il est décrit comme « très calme et endurant ». Il y a un an environ, Mme N. \_\_\_\_\_ décide de suivre une formation accélérée pour un emploi à D. \_\_\_\_\_, emploi qu'elle poursuit jusqu'à décembre 2003. Depuis lors, elle est en arrêt maladie en raison d'un état anxiodépressif.

Antécédent psychiatrique : Mme N. \_\_\_\_\_ relate avoir présenté un premier épisode dépressif, de sévérité moins importante que l'actuel, suite à la mort de son père en 1998. A l'époque, pendant une période d'environ 6 mois, elle avait ressenti de la tristesse liée au manque de son père, dont elle s'était occupée activement pendant la dernière phase de son existence. Cette symptomatologie n'a pas entraîné de diminution significative du fonctionnement social et familial. Aucun traitement médicamenteux spécifique (antidépresseur) n'avait été introduit alors. En dehors de cet épisode, Mme N. \_\_\_\_\_ n'aurait pas présenté jusqu'ici d'autres épisodes de troubles affectifs.

### 4. Plaintes subjectives

La patiente se plaint d'une tristesse, de perte de plaisir, d'idées de dévalorisation et d'un sentiment de culpabilité. Elle se plaint également de difficultés de concentration avec troubles du sommeil, avec difficultés d'endormissement et réveils matinaux précoces. Elle décrit également une baisse de l'appétit avec perte de poids non

chiffrée ainsi qu'une fatigue et fatigabilité accrue associée à une perte d'énergie ainsi qu'une irritabilité.

#### 5. Constatations objectives

Patiente faisant son âge, de présentation correcte, orientée aux 4 modes, collaborante, légèrement anxieuse durant l'entretien. Elle ne présente pas de troubles formels de la pensée. La thymie est triste, nous notons une perte de plaisir, des idées de dévalorisation, un sentiment de culpabilité vis-à-vis de son entourage et un sentiment d'insuffisance. Nous notons également des difficultés de la concentration. Aucun symptôme psychotique floride net.

(...)

#### 7. Thérapie / Pronostic

Cet épisode dépressif s'inscrit dans un contexte de conflictualité et de mobbing au travail. Il ne s'agit pas toutefois d'un premier épisode pour cette femme, qui nous a relaté un précédent épisode dépressif en 1998. L'évolution de Mme N.\_\_\_\_\_ a été favorable pendant l'hospitalisation : rapidement, la patiente a pu bénéficier du cadre hospitalier, a pu prendre de la distance par rapport à sa problématique professionnelle. L'humeur s'est améliorée et les idéations suicidaires ont disparu, sous traitement d'antidépresseur avec de la Fluctine à 40 mg/j., bien toléré par la patiente.

Sur le plan psychothérapeutique, l'expérience récente de Mme N.\_\_\_\_\_ l'a motivée à poursuivre, après l'hospitalisation, une prise en charge individuelle. C'est ainsi qu'à sa sortie de l'hôpital, Mme N.\_\_\_\_\_ a pris contact avec le Dr O.\_\_\_\_\_ à [...] pour la suite du traitement ».

Il ressort d'une note d'entretien entre l'OAI et l'assurée du 1<sup>er</sup> novembre 2005 que celle-ci avait cessé d'aller chez le Dr O.\_\_\_\_\_, médecin qu'elle avait consulté depuis sa sortie de [...] au mois de mars 2005 (recte : 2004). Pour le moment, elle était uniquement suivie par le Dr Q.\_\_\_\_\_.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée le 3 mai 2006. Il en ressort que l'assurée avait exercé son activité lucrative selon les taux suivants : 50% de 75% de novembre 2004 à fin avril 2005, 0% de mai à octobre 2005, reprise le 1<sup>er</sup> novembre jusqu'à mi-décembre 2005, puis reprise à 75% de son 75% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006. L'enquêtrice n'a pas retenu d'empêchements dans les activités ménagères, toute la famille s'entraidant pour les activités ménagères. L'enquêtrice a fixé la part de l'activité lucrative à 75% et celle de l'activité ménagère à 25%.

Dans un rapport du 15 août 2006, la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a écrit qu'après sa sortie de [...], le 15 avril 2004, l'évolution de l'état de l'assurée avait été lentement favorable, celle-ci ayant pu reprendre son activité professionnelle à des taux variables, les arrêts de travail étant justifiés pour cause de dépression. Dès janvier 2006, elle travaillait de nouveau à 100% de son 75%. Selon la Dresse K.\_\_\_\_\_, la dépression était actuellement en rémission complète et la capacité de travail de l'assurée était de 100% de son taux habituel comme collaboratrice à D.\_\_\_\_\_, depuis janvier 2006.

Il ressort d'une fiche d'examen de l'OAI du 10 janvier 2007 que l'assurée travaillait à 50% depuis le mois de juillet 2006.

Par décision du 21 février 2007, confirmant un projet de décision du 10 janvier 2007, l'OAI a constaté que l'assurée n'avait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il s'est fondé sur les motifs suivants :

« Vous travaillez à 75% à D.\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000. Depuis le mois de décembre 2003, suite à une atteinte à la santé, vous avez présenté des épisodes d'incapacités de travail à différents taux et pour des périodes variables. Ces taux (moins de 40%) ainsi que la durée de ces périodes n'ont pas ouvert le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'évolution favorable de votre atteinte vous a permis de reprendre votre activité professionnelle à 50% depuis l'été passé. Votre incapacité de travail dès lors est de 25%. Une enquête ménagère a été effectuée le 27 avril 2006. Il ressort de cette enquête que vous ne présentez pas d'empêchements dans vos travaux ménagers ».

L'assurée n'a pas contesté cette décision, qui est entrée en force.

**B.** Le 20 novembre 2012, le Centre de psychothérapie Z.\_\_\_\_\_ a complété un formulaire de détection précoce concernant l'assurée. Il en ressortait que cette dernière avait divorcé, et que de novembre 2010 jusqu'à octobre 2012, elle faisait des devoirs surveillés pour l'arrondissement scolaire [...], à raison de 6h30 par semaine. Depuis le 9

avril 2012, elle se trouvait en incapacité totale de travail, en raison de « douleurs à la jambe et problèmes d'alcool ».

Dans un rapport initial de détection précoce du 10 décembre 2012, l'OAI a écrit ce qui suit :

« Une première demande avait été faite en 2005, pour dépression. Selon le rapport SMR du 16 août 2006, CT [capacité de travail] de 100% dans l'activité habituelle (collaboratrice à D.\_\_\_\_\_), la dépression était en rémission complète.

Par la suite, elle a travaillé comme surveillante des devoirs surveillés à [...] et [...] (licenciements voir ci-dessous).

Fin juin 2012, elle dit avoir « pété » les plombs, il s'en est suivi une hospitalisation à [...] durant 1 ½ semaine. Elle a à nouveau « pété » les plombs en octobre 2012 (sans hospitalisation).

Elle est suivie par un psychiatre, le Dr X.\_\_\_\_\_.

Mme N.\_\_\_\_\_ n'est actuellement pas en traitement pour son problème d'alcool mais est suivi[e] au niveau psychiatrique au centre psychiatrique Z.\_\_\_\_\_, organe qui a déposé la demande de DP [détection précoce]. Elle prend des antidépresseurs. A ce jour, nous ne savons pas si c'est le problème d'alcool ou psychique qui empêche Mme N.\_\_\_\_\_ de travailler. Compte tenu des antécédents au niveau psychiatrique, nous pensons qu'un dépôt de la demande est indiqué, mais nous attendons un contact tél. avec le Dr X.\_\_\_\_\_.

Pour info, Mme [...] et le Dr X.\_\_\_\_\_ ont prévu de l'envoyer faire une visite à la Fondation [...] le 05.12.2012. Actuellement (...) un stage n'est pas forcément prévu, elle ne peut pas me dire si c'est à titre de sevrage ou pour une reprise progressive d'activité.

Avant de déterminer l'orientation du dossier, il faut contacter le Dr X.\_\_\_\_\_ mais pas avant son prochain rendez-vous (le 7.12.2012) avec Mme N.\_\_\_\_\_ qui aura visité la Fondation [...] le 5.12.2012 ».

Le 31 décembre 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestation d'invalidité (mesures professionnelles/rente). Elle a indiqué comme atteinte à la santé : « cassé maléoles, tibia péronné, dépression plus alcool ». Elle a précisé que la fracture de la maléole/tibia péroné avait eu lieu le 9 avril 2012 et que la dépression existait depuis 2004. Elle a mentionné avoir fait plusieurs séjours à l'hôpital de [...], soit en 2005, 2011 et 2012.

Le 28 janvier 2013, l'assurée a complété un formulaire 531bis, dans lequel elle a indiqué que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé

à 80% progressivement, dans un bureau ou avec des enfants, par nécessité financière.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 8 février 2013 à la demande de l'OAI, la Commune [...] a indiqué que l'assurée avait travaillé pour son compte (devoirs surveillés) du 14 avril 2011 au 5 juillet 2012 pour un salaire horaire de 32 fr. 90.

Dans un rapport du 20 février 2013 à l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une fracture de la jambe droite associée à une fracture des malléoles interne et postérieure traitées le 11 avril 2012 par réduction ouverte et ostéosynthèse de la malléole interne et postérieure ainsi qu'un enclouage du tibia. L'assurée avait été hospitalisée en traumatologie au L.\_\_\_\_ du 9 au 18 avril 2012. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a précisé qu'elle avait été vue la dernière fois le 12 novembre 2012 par sa collègue, la Dresse M.\_\_\_\_\_, soit 7 mois après l'intervention chirurgicale. La patiente décrivait alors des douleurs en regard du genou, au niveau péri-rotulien, sans instabilité ni blocage. Elle disait être gênée par le matériel en regard de la malléole externe. Le pronostic était favorable mais il faudrait planifier l'ablation du matériel d'ostéosynthèse une année après l'opération. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, le Dr G.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit :

**« 1.6. Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée en tant que :** métier non précisé dans le dossier avec une reprise du travail à 100% dès le 24.07.2012.

**1.7. Questions sur l'activité exercée à ce jour :** je ne peux pas me prononcer car je n'ai jamais vu la patiente et vous suggère qu'elle soit vue par un de vos médecins afin de clarifier la situation.

**1.8. Questions concernant des mesures de réadaptation professionnelle possible :** cf.1.7.

**1.9. Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail ?** Oui il est noté qu'une reprise du travail a été effectuée à 100% le 24.07.2012.

(...)

**1.11. Quels sont les travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à l'état**



**de santé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap ?**

Je n'a jamais vu la patiente et ne peux donc me prononcer, mais vous propose qu'elle soit vue par un de vos médecins à l'Office AI Vaud pour un examen plus approfondi ».

Dans un rapport du 22 février 2013 à l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile compulsif (CIM-10 : F60.30) et des troubles liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (CIM-10 : F10-20), existant depuis plusieurs années probablement, mais plus importants depuis 2012. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a précisé qu'il suivait l'assurée depuis le 13 juillet 2012. Il a expliqué qu'elle avait été hospitalisée du 29 juin au 9 juillet 2012 et avait également bénéficié d'une prise en charge alcoologique à l'Unité [...] au L.\_\_\_\_\_. Elle était également suivie par la Fondation [...]. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit :

**« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)**

Il s'agit d'une patiente connue pour un trouble de la personnalité, avec des gestes très impulsifs, articulé à une dépendance à l'alcool pour laquelle elle a été hospitalisée à [...] à trois reprises.

Mme N.\_\_\_\_\_ est divorcée, mère de deux enfants, de 24 et 21 ans avec lesquels elle n'a plus de contact. Depuis le mois d'août 2011, la patiente est bénéficiaire de l'aide sociale alors qu'auparavant elle a pu travailler d'une manière régulière à D.\_\_\_\_\_ à la suite de quoi elle a pu effectuer des petits travaux comme dans le parascolaire où elle s'occupait à surveiller des enfants.

Pour évoquer les derniers éléments, en avril 2012, dans le contexte d'une alcoolisation aiguë, la patiente a chuté dans les escaliers de son domicile, cet accident lui a causé une fracture bi-malléolaire D qui a nécessité une hospitalisation et une intervention chirurgicale au L.\_\_\_\_\_. Depuis cette période, la patiente a présenté une décompensation importante d'un trouble de la personnalité en s'alcoolisant à plusieurs reprises avec des gestes hétéro et auto-agressifs, la verbalisation d'idées suicidaires qui ont provoqué à plusieurs reprises une hospitalisation à l'Hôpital [...]. Actuellement, la patiente bénéficie toujours de l'aide sociale dispensée par le CSR et, depuis le 8 février 2012, elle bénéficie d'une activité protégée thérapeutique auprès [...], à la Fondation [...], où elle participe à des ateliers manuels comme de la poterie etc. tous les après-midi. Actuellement, la patiente vit seule dans son appartement et est très isolée sur le plan social.

**Constat médical**

Il s'agit d'une femme de 50 ans qui fait plus que son âge. Elle est orientée aux quatre modes, la tenue hygiéno-vestimentaire est sans

particularité. La patiente présente un léger tremor et agitation psychomotrice, mais elle est collaborante. On remarque à plusieurs reprises des fluctuations de l'humeur et de légers effondrements dépressifs lors des entretiens. Son discours est cohérent, mais parfois très simple. Il n'y a pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée, ni de signes florides de la lignée psychotique. Actuellement, Mme N. \_\_\_\_\_ est abstinente, avec un contrôle qui se fait à la Fondation [...], qui montre qu'elle ne consomme pas d'alcool, bien que par période, elle décrit en avoir envie, surtout en lien avec ses fluctuations d'humeur et sa personnalité fragile. La patiente, dans son discours, a une tendance à la banalisation qui ne lui rend pas service car, par moments, elle montre beaucoup plus d'incapacités qu'elle ne le dit pour les tâches plus simples ou pour les relations sociales.

### **Pronostic**

Patiente qui, au vu de son âge, de la dégradation de son trouble de la personnalité articulé à une consommation d'alcool épisodique très aiguë par périodes, rend incompatible la reprise d'une activité dans un milieu professionnel ordinaire. La patiente est limitée autant au niveau psychologique que physique. Merci de confirmer l'état des limitations physiques avec son médecin généraliste ainsi qu'avec le Service d'orthopédie L. \_\_\_\_\_ ».

Le Dr X. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100% en juillet et août 2012, de 80% de septembre à décembre 2012, puis à nouveau une incapacité de travail de 100% depuis janvier 2013. Il a de plus fait état des limitations fonctionnelles psychiques suivantes : « en raison d'une labilité émotionnelle très importante, une intolérance à la frustration, des débordements des affects qui provoquent l'alcoolisation, apparition de rupture complète avec son entourage et son milieu professionnel. La patiente présente de gros troubles du comportement et de grosses difficultés dans son milieu professionnel ce qui fait qu'elle est rapidement remerciée ou doit quitter son emploi d'une manière dramatique ». Il a également expliqué que par périodes, elle avait de grosses difficultés dans le cadre de la socialisation, que lorsqu'elle était décompensée, elle pouvait être menaçante avec son entourage, avoir des gestes ou des menaces hétéro- ou auto-agressifs avec des idées suicidaires ; elle avait également d'énormes difficultés dans la gestion des émotions qui faisaient qu'elle perdait parfois complètement contact avec la réalité, ce qui avait provoqué à plusieurs reprises des hospitalisations à [...]. Elle présentait également des capacités de concentration, de compréhension et des capacités mnésiques légèrement limitées.

Le Dr X.\_\_\_\_\_ a encore précisé qu'actuellement, il restait très prudent sur une éventuelle réadaptation professionnelle. Il pensait que la patiente pourrait suivre une réadaptation professionnelle à 50%, mais n'était pas sûr que ses capacités d'adaptation lui permettent de se réadapter dans un autre métier, son état de santé physique et psychique s'étant dégradé de manière importante les derniers temps.

Par communication du 14 mars 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle auprès d'I.\_\_\_\_\_ pour une durée de trois mois, dès le 25 mars 2013.

Dans un rapport du 20 mars 2013 à l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dépendance à l'alcool avouée depuis mars 2007, en rémission depuis l'été 2012, de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et de status après fracture bimalléolaire de la cheville droite le 8 avril 2012, ostéosynthésée le 11 avril 2012 et de perturbation de la GGT [Gamma glutamyl transpeptidase] en février 2009, en rémission depuis 2012. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle avait été hospitalisée à [...] en juillet 2012, en raison de troubles liés à l'utilisation d'alcool avec risque de geste auto-offensif et hétéro-agressif. Il a également écrit ce qui suit :

*« Anamnèse :*

Jusqu'à l'hospitalisation de juin 2012 à [...], la patiente était fortement dépendante de l'alcool et cette dépendance avait entraîné son licenciement de D.\_\_\_\_\_, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009.

La situation de juin 2012 a été aggravée par des tensions relationnelles conjugales.

Depuis l'hospitalisation et la prise en charge à la consultation Z.\_\_\_\_\_ et la mise en place d'un séjour aux [...], de type [...], ainsi qu'un suivi psychiatrique par le Dr X.\_\_\_\_\_, la situation de Mme N.\_\_\_\_\_ s'est considérablement améliorée.

Elle se rend actuellement tous les après-midis à [...] dans un atelier de poterie, ce qu'elle apprécie beaucoup. Elle a été passablement aidée par l'aide de l'assistante sociale qui lui a permis de se structurer.

Sa situation somatique s'est péjorée par une glissade sur un seuil de porte le 8 avril 2012 dans des circonstances peu claires, qui a amené une double fracture de la cheville droite qui a nécessité une ostéosynthèse le 1.04.12. Elle marche encore avec une canne suite à

cette prise en charge mais elle est encore très gênée lorsqu'elle descend les escaliers ou des pentes plus raides.

(...)

*Pronostic*

Sur le plan psychique, la situation reste toujours précaire avec des risques de rechutes, mais actuellement avec la structure mise en place, il semble que Mme N. \_\_\_\_\_ ait bien adhéré au traitement et que la situation soit très satisfaisante. Par contre, elle présente une certaine fatigabilité et il ne lui serait pas possible d'être investie toute la journée mais la demi-journée est déjà pleinement suffisante.

Sur le plan de la cheville droite, elle est suivie en traumatologie au L. \_\_\_\_\_ et il est question éventuellement d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse car elle est passablement gênée par les vis et par les plaques.

Actuellement elle marche donc avec une canne et la situation reste partiellement satisfaisante sur le plan orthopédique.

(...) ».

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 8 avril 2012 suite à l'accident et de 50% depuis le début de l'année 2013. Les restrictions physiques dans son travail étaient essentiellement liées à son problème orthopédique à la cheville droite, car elle avait des douleurs si elle restait dans la même position plus de 30 minutes. Sur le plan mental, elle présentait une certaine fatigabilité. Sur le plan psychique, ses troubles de la personnalité émotionnellement labile et de type impulsifs pouvaient apporter des tensions relativement importantes en cas de difficultés relationnelles ou de surcharge de travail. Elle était « à risque d'explosion » si elle était débordée au plan professionnel. Elle pouvait travailler 4h/j environ et cela sans port de charge, avec des changements de position fréquents et dans une ambiance calme et sans stress. Elle serait ainsi apte à travailler à 50%, par exemple comme aide de bureau ou réceptionniste.

Dans un avis médical du 28 mars 2013, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin au SMR, a écrit ce qui suit :

« Cette assurée suisse de 50 ans, divorcée et mère de deux enfants majeurs, a un CFC de couturière mais a très peu travaillé comme telle. Lors du dépôt de sa première demande AI, en 2005, elle travaillait au guichet à D. \_\_\_\_\_ ; elle souffre d'un trouble dépressif récurrent

depuis 1998. L'épisode ayant motivé la première demande AI était sévère, mais l'état de l'assurée s'était amélioré avec le traitement et elle avait pu reprendre son activité habituelle à son taux contractuel de 75% en janvier 2006. Depuis 2010, elle travaillait comme surveillante de devoirs scolaires. Elle est en IT [incapacité de travail] depuis le 09.04.2012 suite à un accident, compliqué par une rechute dépressive, avec hospitalisation de 10 jours à [...] en juillet 2012. Elle a été licenciée suite à sa longue absence. Elle est signalée en DP [détection précoce] le 22.11.2012 par son psychiatre et dépose une demande AI le 31.12.2012. Les orthopédistes du L.\_\_\_\_\_ (RM 20.02.2013) mentionnent une fracture complexe de la jambe et de la cheville droite traitée par ostéosynthèse le 11.04.2012 ; lors de la dernière consultation en novembre 2012, il persistait des douleurs au niveau du genou et de la cheville ; le matériel d'ostéosynthèse devrait être enlevé en avril 2013. Les psychiatres du centre Z.\_\_\_\_\_ parlent d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile compulsif, avec alcoolisme secondaire. Avant l'hospitalisation de juillet 2012, il y en avait déjà eu deux, en lien avec la dépendance à l'alcool. L'accident d'avril 2012 est survenu dans le cadre d'une alcoolisation aiguë ; depuis février 2013, elle a une activité thérapeutique aux [...] et est abstinente en milieu protégé. La CT [capacité de travail] est nulle mais pourrait éventuellement augmenter à 50% environ avec des mesures. Le MT [médecin traitant] Dr Q.\_\_\_\_\_ (RM 19.03.2013) rapporte les mêmes éléments, mais estime la CT à 50% au moment de son rapport. Il suggère un stage d'orientation-observation.

LM : avril 2012

LF : peu de marche et de station debout ; peu de stress ; pas de responsabilité d'enfants.

CT comme surveillante de devoirs : 0%

CT dans AA [activité adaptée] : 50% dès mars 2013, devant augmenter par la suite avec le maintien de l'abstinence ».

Il ressort ce qui suit d'un rapport d'évaluation du 17 avril 2013, relatif à un stage que l'assurée a fait à la Fondation [...] du 18 février au 3 avril 2013 (stage [...]) :

« Madame N.\_\_\_\_\_ est arrivée avec une canne, tremblant fortement et nous avons vite découvert que, derrière sa fragilité, il y avait de la volonté, une grande envie d'apprendre et un potentiel qu'elle a mis en œuvre dans ses travaux en poterie. Elle a fait des objets bien réalisés, travaillé plusieurs techniques différentes et en a encore à découvrir. Nous avons pu observer qu'elle est à l'aise avec les autres, tout en posant ses limites (...) mais toujours avec humour. Elle s'intéresse aux autres et à leurs travaux. Elle a traversé une semaine de doute et de peur de se voir assignée à un autre atelier au sein d'I.\_\_\_\_\_ et là, son travail s'en est ressenti. Il lui a fallu trouver les moyens de se rassurer pour pouvoir expliciter ses peurs. Elle a su trouver appui chez son médecin (...) ».

L'assurée a effectué un stage auprès d'I.\_\_\_\_\_ (entreprise active dans la réinsertion professionnelle) du 25 mars au 25 avril 2013, date à laquelle la mesure a été interrompue, l'assurée devant se faire opérer le 1<sup>er</sup> mai 2013 (ablation du matériel d'ostéosynthèse). Il ressort ce qui suit du rapport d'I.\_\_\_\_\_ à l'OAI du 1<sup>er</sup> mai 2013 :

« Mme N.\_\_\_\_\_ montre une personnalité très agréable, motivée et qui veut tout faire pour s'en sortir. Elle montre aussi une santé psychologique très fragile.

Son objectif à terme est de trouver un emploi à 50% (l'après-midi de préférence, afin d'éviter toute tentation d'alcool en fin d'après-midi) mais elle dit ne pas se sentir prête pour le moment à reprendre une activité. Elle souhaite d'abord se préparer en s'habituant à un rythme en venant dans nos locaux régulièrement et en allant chaque après-midi à l'atelier de poterie à la Fondation [...], [...].

Après un contact avec sa référente à la Fondation [...], nous avons pu avoir un retour sur son évolution. D'après la dernière évaluation (...) elle n'a pas trop de problèmes à s'intégrer dans une équipe, à respecter les consignes, à apprendre. Toutefois, tout stress peut fortement la déstabiliser et avoir des conséquences sur son travail.

Elle dit être très contente de sa situation actuelle et de son évolution des derniers mois et vouloir continuer sur cette voie. (...)

Mme N.\_\_\_\_\_ affirmant qu'elle souhaite continuer la mesure, nous avons convenu avec Monsieur [...] que nous suspendons la mesure en date du 25 avril 2013 et la reprendrons quand Mme N.\_\_\_\_\_ se sentira capable de venir chez I.\_\_\_\_\_ après son opération ».

L'assurée s'est fait opérer le 1<sup>er</sup> mai 2013 au L.\_\_\_\_\_. Par certificat médical du 2 mai 2013, le Dr [...], médecin assistant, a attesté une incapacité totale de travail de l'assurée du 1<sup>er</sup> au 19 mai 2013, avec reprise à 100% le 20 mai 2013.

Il ressort d'un nouveau rapport de stage auprès de la Fondation [...] du 5 juin 2013 que l'assurée avait repris son activité le 21 mai 2013, après l'opération, mais que cela avait généré des douleurs, son genou ayant enflé et ayant dû être ponctionné. L'assurée avait ensuite dû faire face à un deuil familial, ce qui avait occasionné quelques jours d'arrêt médical. Malgré cette période chargée émotionnellement, elle était restée en contact régulier avec l'atelier en lui donnant de ses nouvelles, et acceptait d'être entourée. Elle avait également exprimé son souhait de revenir aux ateliers, cette activité lui étant très bénéfique.

Par communication du 12 juin 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée la prolongation de la mesure d'accompagnement intensif auprès d'I. \_\_\_\_\_ du 24 juin au 23 août 2013.

Par communication du 11 juin 2013, l'OAI a accordé à l'assurée une mesure de reclassement professionnel (17 LAI).

Dans un rapport du 25 juin 2013 à l'OAI, un conseiller d'I. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit :

« Mme N. \_\_\_\_\_ se montre très motivée à reprendre une activité professionnelle à temps partiel (40% environ) dans un domaine plutôt social.

Elle montre beaucoup de motivation mais nous émettons des doutes quant à sa capacité à assumer un emploi dans le premier marché du travail étant donné ses soucis de santé. En effet, il serait possible qu'elle ait de la peine à gérer les conséquences du stress engendré par le monde professionnel. Malgré une forte volonté de s'en sortir et de réussir à avancer, elle montre une grande fragilité qui se manifeste par des baisses de moral et des absences.

Suite à la rencontre tripartite effectuée à la Fondation [...] avec sa conseillère professionnelle et sa monitrice, il en ressort le même constat : Mme N. \_\_\_\_\_ est très motivée, volontaire, agréable et assidue ; toutefois, il lui serait bénéfique de trouver un compromis entre l'inactivité et l'entrée immédiate dans le premier marché du travail. Cela lui permettrait, d'une part, qu'elle s'habitue à reprendre un rythme une activité plus proche de son projet et, d'autre part, pour permettre une évaluation plus précise de ses compétences et de sa résistance ».

Il ressort d'un entretien téléphonique du 16 juillet 2013 entre l'OAI (secteur réadaptation) et I. \_\_\_\_\_ que la mesure d'intervention précoce auprès de cette dernière avait dû être interrompue, l'assurée ayant des angoisses et n'arrivant plus à sortir de chez elle. Il ressort d'un entretien téléphonique du même jour entre l'OAI et le Dr X. \_\_\_\_\_ que l'état de santé de l'assurée s'était bel et bien dégradé et qu'il n'était pas stabilisé.

Dans un avis médical du 17 juillet 2013, le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que les mesures mises en place avaient dû être arrêtées en raison d'une probable aggravation de l'état de santé psychiatrique de

l'assurée ; il convenait donc de demander un nouveau rapport aux psychiatres du Z.\_\_\_\_\_, pour établir l'évolution de son état de santé depuis leur rapport du 26 février 2013.

Il ressort d'un rapport du 23 juillet 2013 d'I.\_\_\_\_\_ à l'OAI qu'un terme a été mis à la mesure d'intervention précoce. En effet, l'assurée avait contacté I.\_\_\_\_\_ le 10 juillet pour l'informer qu'elle n'arrivait plus à assumer cet accompagnement car elle était très angoissée par les rendez-vous, précisant que tout rendez-vous l'angoissait y compris ceux chez son médecin traitant qu'elle connaissait pourtant depuis de nombreuses années. Après discussion avec le psychiatre de l'assurée, I.\_\_\_\_\_ était donc parvenu à la conclusion qu'il serait bénéfique pour l'assurée de mettre un terme à la mesure afin d'éviter qu'elle ne se mette de la pression. Elle n'était pas prête à reprendre une activité professionnelle.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit le 5 août 2013 :

**« 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail?**

Trouble de la personnalité émotionnellement labile (CIM-10 : F60.30)

Troubles liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent

(CIM-10 : F10.20)

**2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport?**

Nous avons remarqué une péjoration de l'état de santé de Mme N.\_\_\_\_\_ avec un effondrement dépressif. Actuellement, la patiente vit des moments très compliqués avec des décès dans sa famille péjorant sa santé de manière très importante et nécessitant des interventions plus intensives.

**3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand?** Actuellement, la patiente est en incapacité de travail à 100%, dans son activité adaptée. Mme N.\_\_\_\_\_ a eu des arrêts progressifs jusqu'à l'incapacité totale.

**4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée? Depuis quand?**

Nous avons pu rétablir une activité occupationnelle à 50% auprès de la Fondation [...], depuis le 15 juillet 2013.



**« 5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?**

Mme N. \_\_\_\_\_ est très rapidement débordée, se montre très angoissée, même pour un simple rendez-vous médical, elle est rapidement parasitée par des émotions qui l'empêchent d'exercer les tâches, même les plus simples. Elle souffre également d'une intolérance au stress.

**6. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?**

La patiente a eu un arrêt de travail à 100% de juillet 2012 à août 2012, de septembre 2012 à décembre 2012 à 80%, depuis janvier 2013 à 100% jusqu'à ce jour.

Depuis le 15 juillet 2013, la patiente peut assurer une activité à 50% uniquement, toujours dans un cadre adapté.

**7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?**

Actuellement, la patiente suit un traitement de

[...] (...)

[...] (...)

**8. Autres remarques ?**

A relever que la patiente est restée abstinente durant toute la période.

(...) ».

Dans un avis médical du 18 septembre 2013, le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a écrit ce qui suit :

« Cette assurée suisse de 50 ans, surveillante de devoirs scolaires, est en IT [incapacité de travail] depuis le 09.04.2012, initialement pour une fracture de la jambe et de la cheville droite survenue dans un contexte d'alcoolisation aiguë compliquée par la suite d'une décompensation dépressive. Lors de la première demande AI en 2005, on mentionnait un trouble dépressif récurrent évoluant depuis 1998, épisode actuel sévère ; l'état de l'assurée s'étant amélioré avec le traitement, elle avait pu reprendre le travail et n'avait donc pas bénéficié de prestations AI ; il n'était alors pas question de trouble de la personnalité, ni de dépendance à l'alcool, diagnostics qui sont évoqués depuis le dépôt de la demande AI actuelle en décembre 2012. Comme l'assurée était abstinente en milieu protégé et que les médecins traitants mentionnaient la possibilité de retrouver une CT de 50%, des mesures de réinsertion ont été mises en place aux [...], mais ont été interrompues en juillet, sans pouvoir reprendre depuis lors, bien que le psychiatre traitant mentionne une CT de 50% dans un cadre adapté dès le 15.07.2013. Dans cette situation, un examen clinique psychiatrique (ou une expertise) est nécessaire pour clarifier le diagnostic et la CT exigible ».

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 31 octobre 2013 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 4 novembre

2013, l'enquêtrice a retenu que l'assurée avait un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%. Elle a noté que l'assurée vivait seule. Elle a retenu un taux d'invalidité de 0.95 % pour ses activités ménagères.

L'OAI a confié à la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise. Celle-ci a examiné l'assurée le 17 mars 2014. Il ressort notamment ce qui suit de son rapport d'expertise du 31 mars 2014 :

« **A. Questions cliniques**

**1. Anamnèse**

(...)

Sur le plan psychopathologique

- Fin 1998, 1<sup>er</sup> épisode dépressif, non traité.
- 25 mars 2004 au 15 avril 2004, hospitalisation à [...]. Diagnostics : *trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, présent depuis 1998.*
- 2004 à 2005, suivi psychiatrique ambulatoire pour *affection neuropsychique.*
- Du 6 juillet 2011 au 15 juillet 2011, hospitalisation d'office à [...] pour alcoolisation aiguë. Diagnostic : *syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente en milieu protégé ; accentuation de certains traits de personnalité impulsive.*
- 29 juin 2012 au 9 juillet 2012, hospitalisation à [...]. Diagnostic : *troubles liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente en milieu protégé; trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif.*
- Dès le 13 juillet 2012, suivi psychiatrique ambulatoire au Centre Z.\_\_\_\_\_.

Médecin traitant actuel

Dr X.\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie. Centre Z.\_\_\_\_\_.

Consultations mensuelles.

Traitement actuel

- [...], 1 comprimé le matin.
- [...], en réserve (prise non quotidienne).

Evolution de la maladie et résultats des thérapies

Fin 1998, secondaire au décès de son père, Madame présente un 1<sup>er</sup> épisode dépressif, évoluant favorablement sans traitement.

Dès 2004, l'expertisée présente des abus d'alcool.

En 2004, Madame est hospitalisée 3 semaines en raison d'un épisode dépressif sévère. Un suivi psychiatrique ambulatoire est mis en place, cessé en 2005. L'expertisée bénéficie d'un traitement d'antidépresseur.

Dès 2007, Mme N. \_\_\_\_\_ présente une dépendance à l'alcool.

Courant 2009, Madame présente une rechute dépressive traitée par antidépresseur, prescrit par son médecin traitant.

En juillet 2011 et juin 2012, Madame est hospitalisée en raison d'alcoolisation aiguë.

A la sortie de la dernière hospitalisation, un suivi psychiatrique est mis en place au centre Z. \_\_\_\_\_ ainsi qu'un suivi à la [...] [ [...] ].

Dès octobre 2012, un traitement d'escitalopram ( [...]) 10 mg et d'oxazépam ( [...]) 15 mg en réserve est prescrit. Le traitement antidépresseur permet une amélioration des symptômes dépressifs et des symptômes anxieux.

En août 2013, Mme N. \_\_\_\_\_ cesse le suivi à la [...].

Selon l'expertisée, depuis la dernière hospitalisation de 2012, elle n'aurait plus présenté d'abus d'alcool ou d'alcoolisation aiguë.

Depuis l'hiver 2013, les symptômes dépressifs ont progressivement diminué pour être en rémission.

## **2. Plaintes et données subjectives de l'assurée**

Selon Mme N. \_\_\_\_\_, il lui serait difficile *de respecter un horaire fixe. J'ai plein d'idées mais c'est difficile de les concrétiser. Je ne sais pas expliquer. Je peux faire quand je suis poussée mais pas toujours.*

Aux questions ciblées, Madame évoque ponctuellement des épisodes d'angoisse, non quotidiens. Madame n'aurait pas d'anxiété diffuse en permanence.

L'expertisée aurait une phobie des abeilles et en partie, du vide.

L'humeur serait assez bonne depuis début 2014. Sur une échelle d'humeur de 0 à 10, Madame indique entre 7 et 10.

Courant février 2014, l'humeur aurait diminué après que Mme N. \_\_\_\_\_ ait appris par son ex-mari que son fils (avec lequel elle n'a plus de contacts depuis environ 6 ans) allait devenir père. *Pendant 15 jours, mon moral était à 2 sur 10 mais maintenant j'aime le soleil et la nature et je suis une personne assez enjouée.*

L'endormissement serait rapide (moins de 15 minutes). *Je pense à des choses positives, j'ai appris à me relaxer et à ne plus ruminer.* Parfois, Madame serait réveillée par un besoin d'uriner ou rarement par des douleurs ; elle pourrait rapidement se rendormir. Le sommeil serait réparateur.

L'énergie fluctuerait.

La confiance en soi est décrite : *Pas terrible depuis l'enfance.* Sur une échelle de confiance de 0 à 10, l'expertisée indique 4.

Dans les activités agréables, Madame apprécie se baigner, se promener quotidiennement, lire, regarder la télévision, dessiner, voir ses amies et aller chaque semaine au marché.

Mme N. \_\_\_\_\_ se sentirait un peu coupable de ne plus voir son fils aîné. Les projets de Madame sont d'aller voir le spectacle de [...] au

théâtre de [...], vendredi prochain. Cet été, l'expertisée se rendra à [...] avec son compagnon.

Madame aurait eu des idées noires et suicidaires, disparues depuis plusieurs semaines.

La concentration s'améliorerait progressivement. Je suis mieux concentrée pour lire. Je regarde les nouvelles, je fais des mots croisés et des mots fléchés.

La mémoire serait bonne.

L'appétit et le poids seraient stables.

Depuis 2009, l'expertisée est ménopausée ; elle n'a pas de substitution hormonale. La libido serait conservée, contrairement à celle du compagnon.

### **3. Status clinique**

Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs)

Mme N. \_\_\_\_\_ est venue seule en train ; elle est ponctuelle.

Il s'agit d'une femme de 52 ans, paraissant plus que son âge, d'origine suisse et italienne.

La corpulence est dans les normes. Madame indique un poids de 55 kg pour une taille de 159 cm (BMI 22.0).

Madame est orientée aux 4 modes (temps, espace, personne et situation). Pas de foetor mis en évidence à 9 heures 30. Faciès bouffi. Un hématome récent est présent au niveau du rebord sous-orbitaire gauche (l'expertisée dit avoir glissé et chuté).

L'hygiène et l'habillement sont corrects.

Mme N. \_\_\_\_\_ se déplace facilement et n'a pas de difficulté à monter les 14 marches de l'escalier menant au cabinet. Elle s'assied et se relève normalement, sans manifester de douleurs.

Durant l'entretien, Madame est tonique et souriante. Au début de l'examen, elle est fébrile avec un discret tremor des mains qui disparaît en cours d'entretien.

La collaboration est bonne.

La mimique et les gestes sont conservés.

Pas de fatigabilité ou de ralentissement psychomoteur mis en évidence.

Une anxiété est présente. Ponctuellement, des ruminations sont évoquées, sans idée noire, idée passive de mort ou idéation suicidaire.

L'attention, la concentration et la mémoire sont globalement dans les normes. Pas de symptômes physiques ou somatiques mis en évidence.

L'expertisée se place en position de dépendance, d'infériorité et relate une diminution d'estime d'elle-même, ceci de longue date.

Un besoin d'étayage par autrui est présent avec une relation d'objet mal différenciée.

Le discours est cohérent, sans trouble formel de la pensée.

Le seuil anxiogène est abaissé.

Les défenses sont de l'ordre du clivage et du déni.

Les capacités de mentalisation sont pauvres.

L'énergie vitale est conservée, sans perte de l'initiative.

La sociabilité est variée.

Pas d'idée prévalente, d'obsession ou de conduite compulsive mise en évidence.

Phobie des abeilles relatée.

Pas d'élément compatible avec un état de stress post-traumatique ou un trouble

affectif bipolaire objectivé.

Pas d'élément floride de la lignée psychotique mis en évidence.

Hormis une diminution de la confiance en soi, pas d'autres éléments florides de la lignée dépressive mis en évidence.

(...)

#### **4. Diagnostics**

Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du

Comportement (CIM-10)

##### 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents ?

- Trouble anxieux (intensité légère) F41.9, présent depuis plusieurs années, incapacitant depuis 2012.
- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission F33.4, 1<sup>er</sup> épisode fin 1998, 2<sup>e</sup> épisode en 2004.

##### 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents ?

- Syndrome de dépendance à l'alcool, utilise actuellement le produit F10.24 présent depuis a minima 2007.

#### **5. Appréciation du cas et pronostic**

[...]

L'anamnèse de Mme N.\_\_\_\_\_ ne met pas en évidence de maltraitances ou d'éloignement familial précoce. Madame décrit une enfance et une adolescence heureuses et sans problème particulier. L'expertisée n'a pas présenté de troubles des conduites, de problèmes addictifs ou de conflits relationnels à répétition.

A l'âge de 24 ans (1986), Madame se marie. Elle s'occupe de ses 2 fils et seconde son époux dans les tâches administratives de leur entreprise.

Dès janvier 1999, selon le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin traitant, Madame présente un épisode anxio-dépressif de sévérité moyenne récidivant, secondaire au décès de son père.

Courant 1999, l'entreprise fait faillite.

Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2000, l'expertisée est collaboratrice à 75 % au guichet de D.\_\_\_\_\_.

Dès le 16 décembre 2003, suite à une rechute dépressive liée à des difficultés professionnelles, Madame est en incapacité de travail de 100 %.

Dès 2004, Mme N.\_\_\_\_\_ présente des abus d'alcool. Ceux-ci interfèrent négativement sur la relation de couple.

Du 25 mars 2004 au 15 avril 2004, Mme N.\_\_\_\_\_ est hospitalisée en milieu psychiatrique en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. L'évolution est favorable sous traitement antidépresseur. Est précisé qu'à la sortie de l'hôpital, rien ne supposait que la patiente ne pouvait reprendre son emploi à D.\_\_\_\_\_.

Courant 2007, le couple se sépare. Les abus d'alcool se poursuivent.

Courant 2007, après la séparation avec son mari, Mme N.\_\_\_\_\_ aurait été victime d'un viol commis par un voisin. Cet homme, récidiviste, aurait été condamné à une détention.

Après sa séparation, Madame noue une relation affective avec un ami de longue date. Cette relation est émaillée de ruptures et de réconciliations.

Dès 2008, le fils aîné de Madame, alors âgé de 20 ans, cesse tout contact avec l'expertisée en raison de l'addiction à l'alcool et aux médicaments de celle-ci.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2009, Madame est licenciée en raison de ses problèmes d'alcool et de ses difficultés professionnelles.

En juin 2012, le beau-frère de l'expertisée avec lequel elle a une bonne relation, décède d'un cancer. Ceci entraîne une recrudescence des symptômes dépressifs et anxieux.

Du 29 juin 2012 au 9 juillet 2012, nouvelle hospitalisation à [...] pour alcoolisation aiguë. Le diagnostic retenu à la sortie est : *troubles liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent en milieu protégé ; trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif.*

Dès le 13 juillet 2012, Mme N.\_\_\_\_\_ débute un suivi ambulatoire, au centre de psychothérapie Z.\_\_\_\_\_. Parallèlement, un suivi auprès de la [...] est mis en place.

Dès octobre 2012, un traitement d'escitalopram ( [...]) 10 mg et d'oxazépam ( [...]) 15 mg en réserve est mis en place.

Grâce à ce suivi, Mme N.\_\_\_\_\_ présente une diminution de ses consommations d'alcool.

Par le biais de la [...], Mme N.\_\_\_\_\_ suit des cours de poterie aux [...], tous les après-midi.

Dès le 25 mars 2013, des mesures d'intervention précoce sont mises en place auprès d'I.\_\_\_\_\_, tous les matins. Selon Madame, le fait d'être occupée toute la journée était trop stimulant raison pour laquelle Madame cesse les mesures de réadaptation AI en juillet 2013.

En août 2013, non intéressée par la poterie, Mme N.\_\_\_\_\_ cesse cette activité puis tout suivi avec la [...].

Depuis début 2014, l'expertisée a à nouveau une relation suivie avec son ami, décrit comme soutenant.

Madame a également repris des loisirs, des contacts avec ses diverses amies ; elle sort quotidiennement se promener, fait de la couture, lit, dessine, jardine, nage, va hebdomadairement au marché et se rend à des expositions.

Selon l'expertisée, le suivi psychothérapeutique et la médication d'escitalopram auraient notoirement amélioré son humeur et diminué son anxiété.

-0-

A l'examen de ce jour, Mme N. \_\_\_\_\_ est venue seule en train, elle est ponctuelle. Madame est tonique et souriante, un peu fébrile en début d'entretien. Progressivement, son anxiété se calme.

Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'est objectivé. L'attention, la concentration et la mémoire sont globalement dans les normes.

Aucun foetor n'est objectivé à 9 heures 30 le matin.

Hormis une diminution de la confiance en soi, aucun autre élément floride de la lignée dépressive n'est objectivé. A relever que la notion de plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de périodes de rémission permet de retenir, selon la définition de la CIM-10, le diagnostic de **trouble dépressif récurrent**. Actuellement, ce trouble est **en rémission**.

Le seuil anxiogène est abaissé et s'accompagne d'une anxiété anticipatrice avec parfois des conduites d'évitement. Ces symptômes correspondent, selon la définition de la CIM-10, à un trouble anxieux, sans précisions.

La recherche pour des attaques de panique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire, une psychose ou un trouble de personnalité, est négative. En effet, pour retenir un diagnostic de trouble de personnalité, ce dernier doit se manifester déjà dès l'enfance, persister à l'adolescence et émerger de manière floride dès l'âge adulte. Tel n'est pas le cas de l'expertisée. Toutefois, des traits de personnalité impulsive sont présents.

La sociabilité, les loisirs et la vie au quotidien sont bien maintenus et ne montrent aucune limitation.

Le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, le trouble anxieux sans précision, entraînent comme limitations des variations de la thymie en fonction des circonstances existentielles, une certaine fragilité psychique, une vulnérabilité au stress et une diminution des capacités adaptatives. Ces limitations interfèrent de 30 % dans une activité simple.

Les tests hépatiques effectués le jour de l'expertise montrent une CDT de 3.4 % et des Gamma-GT supérieures à la norme ; ceci traduit des consommations répétées d'alcool depuis ces 15 derniers jours.

La dépendance à l'alcool est secondaire au trouble dépressif récurrent et au trouble anxieux et n'est à ce jour pas incapacitante.

Toutefois, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraît mauvais, faute de motivation de l'expertisée. Ceci sort du champ médical.

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

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

### Au plan physique

Confer l'avis des médecins somaticiens.

### Au plan psychique et mental

Le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission et le trouble anxieux, sans précisions, entraînent les limitations suivantes : des variations de la thymie en fonction des circonstances existentielles, une certaine fragilité psychique, une vulnérabilité au stress et une diminution des capacités adaptatives.

### Au plan social

Pas de limitation objectivée. La sociabilité est bien conservée.

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

### 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

La vulnérabilité au stress et la réduction des capacités adaptatives interfèrent en partie sur l'activité exercée jusqu'ici.

### 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Dans une activité de 100%, la capacité actuelle de travail est de 70%. Dans l'activité de ménagère, la capacité est entière.

### 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? -

Oui, l'activité exercée jusqu'alors est encore exigible, à raison de 6 heures 30 par jour.

### 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

Pas de diminution du rendement.

### 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Selon le dossier médical, depuis juillet 2012.

### 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Selon le dossier médical, incapacité de travail de :

- 100% de mi-juillet 2012 à mi-juillet 2013 ;
- 50% de mi-juillet 2013 à fin 2013 ;
- 30% depuis janvier 2014 jusqu'à ce jour (trouble dépressif récurrent en rémission et trouble anxieux, sans précisions).

## **3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Les troubles psychiques n'empêchent pas une adaptation à un environnement professionnel.

## **C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

### **1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?**

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères



Suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons ?

Théoriquement, des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables. Toutefois, au vu de la démotivation de l'expertisée, ces mesures seront vouées à l'échec.

## **2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

### 2.1 Si oui, par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Oui, par le maintien de l'escitalopram ( [...]), la poursuite du suivi psychothérapeutique, une abstinence à l'alcool et la reprise d'un suivi à la [...].

### 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Ces mesures devraient permettre une rémission de longue durée du trouble dépressif récurrent et une diminution des symptômes anxieux et par conséquent, augmenter la capacité de travail. Ces mesures sont exigibles.

## **3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée?**

### 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Oui, d'autres activités sont exigibles de la part de l'assurée, pour autant qu'elles s'exercent dans un environnement avec peu de stress.

### 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée

(ex. heures par jour) ?

L'activité adaptée à l'invalidité peut être exercée à raison de 6 heures 30 par jour.

### 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Pas de diminution du rendement.

### 3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

Depuis mi-juillet 2013, une activité adaptée est exigible à 50% et dès début 2014, à 70% ».

Dans un avis médical du 15 avril 2015, le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a écrit ce qui suit :

« (...)

Une expertise a été mandatée chez la Dresse W. \_\_\_\_\_ qui l'a rendue le 31.03.2014. Au terme d'une revue soigneuse du dossier, d'une

anamnèse détaillée prenant en compte les plaintes de l'assurée et d'un status complet avec des examens sanguins, l'expert confirme les diagnostics de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, et de trouble anxieux léger, ainsi que de dépendance à l'alcool active (examens sanguins) secondaire. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, la CT est de 70% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, sans diminution de rendement.

Dans une activité adaptée (voir les LF dans l'avis SMR du 28.03.2013), la CT a évolué comme suit :

- 0% du 9.04.2012 au 28.02.2013
- 50% du 1.03.2013 au 31.12.2013
- 30% [recte : 70%] depuis le 01.01.2014 ».

Par communication du 23 avril 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'elle avait droit à une mesure d'orientation professionnelle.

Dans un projet de décision du 15 septembre 2014, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. L'Office s'est basé sur les motifs suivants :

**« Résultat de nos constatations:**

En date du 31 décembre 2012, vous avez déposé une demande de prestations AI.

Depuis le 9 avril 2012 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail et de gain est notablement restreinte.

Au bénéfice d'un CFC de couture, que vous n'avez pas valorisé, vous avez travaillé par la suite comme collaboratrice au Front Office de D.\_\_\_\_\_ de septembre 2000 jusqu'en novembre 2009. A partir de janvier 2011, vous avez exercé en tant qu'auxiliaire d'éducation à [...].

En date du 28 janvier 2013, vous avez répondu à notre questionnaire concernant le statut en nous indiquant qu'en bonne santé, vous travailleriez à 80%, ce que vous avez également confirmé lors de l'enquête ménagère réalisée à votre domicile en date du 31 octobre 2013. Au vu de ce qui précède, nous devons vous considérer comme une personne active à 80%. Les 20% restants correspondent à vos travaux habituels.

Selon nos observations, l'empêchement dans la tenue du ménage est de 0.95%.

Il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, que l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de la personne assurée soit exercée ou non.

Sur le plan médical, il ressort que votre activité d'auxiliaire d'éducation n'est plus exigible de votre part. Par contre, une capacité de travail de 50% peut être attendue de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (peu de marche et de station debout, peu de

stress, pas de responsabilités d'enfants) depuis mars 2013. Celle-ci est augmentée à 70% dès janvier 2014.

Le degré d'invalidité dans ces deux domaines est donc le suivant :

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2013, CHF 4'225.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2013, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'394.00 (CHF 4'225 X 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 52'728.00.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2011 à 2012 (+ 1.00% La Vie économique, tableau B 10.2), puis de 2012 à 2013 (+0.80%) on obtient un revenu annuel de CHF 53'681.32 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 26'840.66 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 26'840.66.

Sans atteinte à la santé, vous auriez pu prétendre en 2013 à un revenu annuel de CHF 42'945.00 à 80% (source : ESS enquête sur la structure des salaires en Suisse).

Comparaisons des revenus:

sans invalidité CHF 42'945.00

avec invalidité CHF 26'840.65

la perte de gain s'élève à CHF 16'104.35 = invalidité de 37.5%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	37.5%	30.00%



principale de la patiente ce n'est pas son trouble lié à l'utilisation d'alcool, mais la problématique autour de sa personnalité à laquelle s'est greffée une anxiété et les symptômes dépressifs qui l'empêchent de se projeter dans l'avenir ».

Le 29 octobre 2014, l'assurée a confirmé à l'OAI qu'elle considérait le rapport de son psychiatre comme une contestation au projet de décision du 15 septembre 2014. Elle a ajouté que tant le projet de réinsertion chez I.\_\_\_\_\_ qu'à la Fondation [...] avaient été trop stressants et angoissants pour elle, précisant qu'elle avait aussi des problèmes suite à son opération, qui l'empêchaient certains jours de se déplacer. Elle avait toujours de gros stress et angoisses tant pour les rendez-vous d'obligations que pour les activités conviviales, qu'elle devait souvent renvoyer.

Dans un avis du 12 novembre 2014, le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que les éléments amenés par l'assurée à l'appui de sa contestation ne constituaient pas des faits médicaux nouveaux et ne rendaient pas plausible une aggravation de son état de santé par rapport à mars 2014.

Par décision du 17 novembre 2014, l'OAI a confirmé le projet du 15 septembre 2014, précisant dans un courrier séparé du même jour qu'il se ralliait à l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_ et s'en tenait aux conclusions de la Dresse W.\_\_\_\_\_ dont l'expertise était pleinement probante.

**C.** Par acte du 15 décembre 2015, N.\_\_\_\_\_, représentée par le Centre social protestant, recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 17 novembre 2014, concluant sous suite de frais et dépens à sa réforme en ce sens qu'elle a le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2013 au plus tard, subsidiairement à l'annulation de la décision, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. La recourante conteste en substance la capacité de travail résiduelle qui lui a été reconnue, faisant valoir que vu le rapport médical du Dr X.\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2014, il apparaît « incompréhensible qu'une expertise psychiatrique ait pu retenir des taux d'exigibilité aussi optimistes » et

demande dès lors la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, orthopédique et psychiatrique. Elle requiert en outre l'audition du Dr X.\_\_\_\_\_ et de la Dresse W.\_\_\_\_\_, ainsi que la réalisation d'une nouvelle enquête économique sur le ménage, « tant il est patent que ses divers troubles, d'ordre psychique, diminuent significativement son rendement, respectivement ses capacités domestiques ».

Dans sa réponse du 9 février 2015, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. L'Office se rallie aux conclusions de l'expertise de la Dresse W.\_\_\_\_\_, tout en précisant qu'il convient de s'écarter des dates de début de l'incapacité de travail et de récupération d'une exigibilité de 50% telles que retenues par l'experte, sans pour autant remettre en question la valeur probante de l'expertise, vu l'avis médical du SMR du 3 février 2015, que l'intimé joint à sa réponse. L'OAI est par ailleurs d'avis que l'enquête économique sur le ménage du 4 novembre 2013 a pleine valeur probante.

Dans leur avis SMR du 3 février 2015, les Drs S.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ ont expliqué qu'il convenait de se référer au rapport médical du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 20 mars 2013 pour fixer le début de la capacité de travail à 50%, dont l'avis était sur ce point plus probant que celui de la Dresse W.\_\_\_\_\_, car le Dr Q.\_\_\_\_\_ prenait en compte l'ensemble des atteintes à la santé de l'assurée, alors que la Dresse W.\_\_\_\_\_ s'était elle basée sur les rapports du Dr X.\_\_\_\_\_ pour fixer la fin de l'incapacité totale de travail. Le SMR a écrit ce qui suit :

« 3. Evolution de la capacité de travail dans une activité adaptée :

0% du 09.04.12 au 28.02.13

50% du 01.03.13 au 31.12.13

70% depuis le 01.01.14

4. Evolution des limitations sur le plan orthopédique :

Le Dr G.\_\_\_\_\_, chef de clinique du service d'orthopédie, rapporte le 20.02.13 qu'une reprise à 100% avait été établie par son prédécesseur dès le 24.07.12. N'ayant pas examiné l'assurée, il ne donne pas plus d'information. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20.03.13, décrit une assurée marchant avec une canne et étant gênée lors de la descente d'escalier ou de pente. La situation orthopédique est qualifiée

de partiellement satisfaisante. Il estime qu'une reprise à 50% est possible dans une activité adaptée. Suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, le Dr [...] établit un certificat d'arrêt de travail du 01.05.13 au 19.05.13, avec reprise à 100% le 20.05.13. Dans l'expertise psychiatrique du 31.03.14, l'assurée ne se plaint pas de douleur ou d'autres symptômes physiques ou somatiques, et dit apprécier de se promener quotidiennement, voir ses amies et aller chaque semaine au marché.

Au vu de ce qui précède, et bien qu'une évaluation orthopédique détaillée ne figure pas au dossier après le retrait du matériel d'ostéosynthèse, force est de constater que rien ne laisse présager d'un point de vue médical et objectif que l'assurée ne puisse pas mettre en valeur la capacité de travail retenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles établies par le SMR sur la base des constatations du Dr Q.\_\_\_\_\_. Rappelons que les médecins du service d'orthopédie du L.\_\_\_\_\_ ont établi une reprise de travail à 100% dès le 24.07.12 puis dès le 20.05.13 (après deux semaines d'IT à 100%) ».

Dans sa réplique du 18 mars 2015, la recourante soulève que tant les médecins de [...] que le psychiatre X.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif. A cet égard, elle reproche à l'experte de ne pas dire en quoi ce diagnostic serait erroné et de ne pas avoir procédé à des tests psychologiques complémentaires (capacité fonctionnelle et diagnostic de personnalité) pour réaliser son expertise. Elle est enfin d'avis que l'expertise contient des contradictions essentielles.

Dans sa duplique du 20 avril 2015, l'OAI maintient sa position et conclut au rejet du recours.

### **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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les

trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'elle a déposée le 31 décembre 2012. Elle critique en particulier l'évaluation de la capacité de travail à laquelle a procédé l'intimé et demande qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire orthopédique et psychiatrique soit mise en œuvre. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2013.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334, ATF 130 V 393, et ATF 125 V 146).

**aa)** Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI ; méthode ordinaire de comparaison des revenus).

**bb)** L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI ; méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité).

**cc)** Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI ; méthode mixte d'évaluation de l'invalidité).

**c)** La détection précoce a pour but de prévenir l'invalidité (art. 8 LPGA) de personnes en incapacité de travail (art. 6 LPGA). L'office AI examine la situation personnelle de l'assuré, en particulier son incapacité de travail et les causes et conséquences de celle-ci, et détermine si des mesures d'intervention précoce au sens de l'art. 7d LAI sont indiquées (art. 3c al. 2 LAI). Au besoin, l'office AI ordonne à l'assuré de s'annoncer à l'AI (art. 29 LPGA) (art. 3c al. 6 LAI).

**d)** Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent

être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**e)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment

motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois 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).

Par ailleurs, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou par le juge, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de ces derniers afin de les éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). En revanche, il n'y a pas lieu de 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb : cf. également TF 9C\_113/2010 du 25 juin 2010 consid. 3.3).

Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée

par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Toutefois, le Tribunal fédéral a 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 même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6) (voir également TF 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; TF 9C\_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3).

**f)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

**4. a)** Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) (teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance,

la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

**b)** Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

**c)** Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la

décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références citées). Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

**5. a)** Dans le cas d'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par N.\_\_\_\_\_ et a repris l'instruction de la cause. Il en ressort notamment que l'assurée, après avoir été licenciée de D.\_\_\_\_\_ avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2009, travaillait depuis avril 2011 comme répétitrice scolaire pour les devoirs surveillés, à raison de 6 heures 30 par semaine.

**b)** En ce qui concerne l'état de santé de la recourante au plan physique, il ressort des pièces du dossier qu'elle a fait une chute le 9 avril 2012 laquelle a causé une fracture à sa jambe droite associée à une fracture des malléoles interne et postérieure, traitées le 11 avril 2012 par réduction ouverte et ostéosynthèse des malléoles ainsi qu'un enclouage du tibia. En novembre 2012, l'intéressée a été examinée par la Dresse M.\_\_\_\_\_, qui a relevé que la patiente décrivait des douleurs aux genoux et disait être gênée par le matériel au niveau de la malléole. Elle a posé un pronostic favorable et relevé qu'il faudrait prévoir l'ablation du matériel d'ostéosynthèse une année après l'opération.

S'agissant de la capacité de travail de la recourante au plan somatique, vu l'avis largement concordant des médecins somaticiens, le Dr Q.\_\_\_\_\_ et le Dr S.\_\_\_\_\_, il convient de retenir que cette dernière a présenté une incapacité totale de travail depuis le 9 avril 2012 jusqu'au 20 mars 2013 à tout le moins (date du rapport médical du Dr Q.\_\_\_\_\_). En raison de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, l'assurée a de nouveau

présenté une incapacité totale de travail du 1<sup>er</sup> au 19 mai 2013. Le Dr [...] a attesté la possibilité d'une reprise d'activité à 100% dès le 20 mai 2013. S'agissant de l'évolution postérieure, et comme le relève l'avis SMR du 3 février 2015, aucun indice au dossier ou aucun élément avancé par l'assurée ne permettent de douter que la situation après l'ablation de matériel d'ostéosynthèse en mai 2013 n'a pas évolué favorablement et que l'assurée ne présente pas une capacité de travail entière dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques suivantes : peu de marche et de station debout (cf. avis SMR des 28 mars 2013 et 3 février 2015). Dans ces conditions, la capacité de travail de la recourante au plan somatique étant établie au degré de la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction, sous la forme d'une expertise orthopédique, comme elle le requiert.

**c)** Du point de vue psychiatrique, les rapports du Dr X. \_\_\_\_\_ et de l'experte W. \_\_\_\_\_ sont partiellement contradictoires. Au plan des diagnostics retenus d'abord, le Dr X. \_\_\_\_\_ a posé celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile compulsif ainsi que des troubles liés à l'utilisation de l'alcool, alors que la Dresse W. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble anxieux d'intensité légère présent depuis plusieurs années, incapacitant depuis 2012 et un trouble dépressif récurrent, en rémission au moment de l'expertise, avec un premier épisode en 1998 et un deuxième épisode en 2004. La Dresse W. \_\_\_\_\_ a en particulier expliqué de manière convaincante pourquoi elle ne diagnostiquait pas un trouble de la personnalité émotionnellement labile : en effet, pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité, ce dernier doit, d'après les explications de l'experte, se manifester dès l'enfance, persister à l'adolescence et émerger de manière floride à l'âge adulte, ce qui n'est pas le cas chez l'assurée. L'experte a néanmoins précisé que des traits de la personnalité impulsive étaient présents (cf. expertise p. 23). L'on ne peut donc suivre la recourante dans la mesure où elle reproche à l'experte de ne pas avoir expliqué pourquoi elle s'écartait du diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile posé par son psychiatre traitant, lequel n'a au demeurant pas explicité les critères sur lesquels il se fondait pour poser un tel diagnostic, ni les médecins de [...] (voir



expertise W.\_\_\_\_\_ p. 8). Les deux autres diagnostics posés par l'experte sont également étayés de manière claire et convaincante, étant fondés sur l'anamnèse et un entretien avec l'expertisée. L'experte a en particulier précisé que « la notion de plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de périodes de rémission permettait de retenir, selon la définition de la CIM-10, le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Actuellement ce trouble est en rémission ». Elle a également expliqué que chez la recourante, « le seuil anxiogène est abaissé et s'accompagne d'une anxiété anticipatrice avec parfois des conduites d'évitement. Ces symptômes correspondent, selon la définition de la CIM-10, à un trouble anxieux, sans précisions ». S'agissant de la dépendance à l'alcool, l'experte W.\_\_\_\_\_ a conclu qu'elle était secondaire au trouble dépressif récurrent et au trouble anxieux et n'était pas incapacitante au moment de l'expertise.

Cela étant, malgré les divergences au plan diagnostique entre le psychiatre traitant et l'experte, leur appréciation de la capacité de travail de la recourante d'un point de vue psychiatrique concorde largement s'agissant de la période courant de juillet 2012 à fin 2013. Ils sont en effet tous deux d'avis que la recourante était totalement incapable de travailler de juillet 2012 - date de son hospitalisation à [...] pendant une semaine dans le contexte d'une alcoolisation aiguë - à juillet 2013, moment à partir duquel le Dr X.\_\_\_\_\_ a attesté que la recourante pouvait reprendre une activité à 50% dans un cadre adapté. La Dresse W.\_\_\_\_\_ est également d'avis que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à 50% depuis mi-juillet 2013. Dans ces conditions, il convient de retenir que l'assurée a effectivement présenté une incapacité totale de travail au plan psychiatrique de juillet 2012 à juillet 2013. On ne saurait donc suivre l'intimé qui considère que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à compter de mars 2013, en se fondant sur l'avis du médecin traitant - lequel avait mentionné dans son rapport du 20 mars 2013 une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (soit une activité dans une ambiance calme et sans stress) (cf. l'avis SMR du 3 février 2015). En effet, concernant l'état de santé psychique de la recourante, l'opinion concordante des spécialistes en la matière doit l'emporter. Par ailleurs, on relèvera que le médecin traitant

s'était prononcé avant que la mesure auprès d'I.\_\_\_\_\_ ne soit interrompue pour des motifs somatiques (soit en raison de l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse effectuée en mai 2013) et psychiatriques (cf. le rapport d'I.\_\_\_\_\_ du 25 juin 2013).

En ce qui concerne la période courant à compter de janvier 2014, l'experte relève que l'assurée a de nouveau une relation suivie avec son ami, qu'elle a repris des loisirs et des contacts avec ses diverses amies et qu'elle sort quotidiennement se promener. Elle en conclut ainsi, de manière convaincante, que le trouble dépressif est en rémission. Par ailleurs, elle expose que le trouble dépressif récurrent et le trouble anxieux entraînent comme limitations des variations de la thymie en fonction des circonstances existentielles, une fatigabilité psychique, une vulnérabilité au stress et une diminution des capacités adaptatives et entraînent une diminution de 30% de sa capacité de travail ; l'experte précise que des activités sont exigibles de la part de l'assurée pour autant qu'elles s'exercent dans un environnement avec peu de stress. Ces explications sont dûment motivées, prennent en compte l'anamnèse et les plaintes de l'assurée et emportent ainsi conviction. Le grief de la recourante selon lequel l'expertise est contradictoire car l'experte estime qu'elle peut travailler 6h30 par jour malgré la vulnérabilité au stress et une diminution des capacités adaptatives, est infondé, dès lors que précisément l'experte a tenu compte de ces limitations en retenant que l'assurée avait une diminution de la capacité de travail de 30% et devait travailler dans un environnement avec peu de stress. On ne saurait non plus reprocher à l'experte de n'avoir pas procédé à des tests psychologiques complémentaires, vu la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise (cf. TF 9C\_732/2012 du 26 novembre 2012 consid. 4.2). On relèvera d'ailleurs qu'aucun médecin n'a suggéré la réalisation de tels tests.

Enfin, comme cela ressort de l'avis SMR du 12 novembre 2014, le rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2014 ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise. En effet, ce médecin ne pose pas un diagnostic différent de ceux retenus par l'experte, excepté le trouble

de la personnalité émotionnellement labile que celle-ci a réfuté de manière convaincante (cf. ci-dessus). Au demeurant, il convient de tenir compte du fait qu'en tant que psychiatre traitant, il peut être enclin à prendre le parti de sa patiente.

Par conséquent, la capacité de travail de la recourante au plan psychique est établie sur la base d'une expertise probante qui remplit les réquisits jurisprudentiels en la matière. En particulier, les points de divergence avec l'appréciation du psychiatre traitant sont étayés par l'experte de manière convaincante ; de plus l'évolution de la capacité de travail de la recourante jusqu'à la date de la décision litigieuse (cf. TF 9C\_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3 et les références, selon lequel le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative) a pu être établie au degré de la vraisemblance prépondérante, tant du point de vue psychique que somatique (cf. supra b). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction en la forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, ou de la tenue d'une audience en présence des Drs W.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3, ATF 134 I 140 consid. 5.3).

**d)** Vu ce qui précède, l'on ne peut suivre entièrement l'OAI dans son appréciation de la capacité de travail de la recourante, qui doit être fixée comme suit, vu les atteintes physiques et psychiques de la recourante : 0% dans toute activité du 9 avril 2012 à mi-juillet 2013, 50% de mi-juillet 2013 à fin 2013 dans une activité adaptée (soit une activité dans une ambiance calme, avec peu de stress, avec peu de marche et de station debout) et 70% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 dans une activité adaptée.

**6.** Il reste à examiner le taux d'invalidité de la recourante pour ces trois différentes périodes, respectivement le droit à la rente, étant donné que la recourante conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2013.

Dans le cas d'espèce, il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, l'assurée ayant déclaré dans le formulaire 531bis du 28 janvier 2013, ainsi que lors de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 31 octobre 2013, que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 80% pour des raisons financières (cf. supra consid. 3b). C'est donc à juste titre que l'OAI a retenu un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%. La recourante ne le conteste d'ailleurs pas.

**a) aa)** Selon la méthode générale de la comparaison des revenus (applicable à la part active), l'invalidité est évaluée en comparant le revenu que l'assuré pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait obtenu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'oeuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire

impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C\_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; TF 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C\_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). Ce n'est qu'en cas de circonstances particulières qu'il peut se justifier que l'on s'en écarte et que l'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser selon toute vraisemblance en tant que personne valide, par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (TFA B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2 et les références citées; voir également TFA I 201/06 du 14 juillet 2006, consid. 5.2.3).

Pour estimer le revenu d'invalidé lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; UELI KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in : SBVR, Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> édition, Bâle 2007, ch. 25, p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que

l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (cf. notamment : TF 9C\_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.5).

**bb)** Vu l'incapacité totale de travail de la recourante dans toute activité d'avril 2012 à juillet 2013, elle a le droit à une rente entière d'invalidité. En effet, le taux d'incapacité de travail se confond dans ce cas avec le taux d'invalidité pour la part active (cf. TF 9C\_137/2010 du 19 avril 2010 ; TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6) ; dès lors en l'occurrence, pour la seule part active, le taux d'invalidité s'élève à 80% (100% x 80%), à l'ouverture du droit à la rente, soit le 9 avril 2013 (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). Toutefois, la recourante ayant déposé sa demande de prestations AI le 31 décembre 2012, la rente entière est versée à compter du 1<sup>er</sup> juin 2013 (art. 29 al. 1 et al. 3 LAI), jusqu'au 31 octobre 2013, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail constatée à la mi-juillet 2013 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

**cc)** S'agissant de la période de mi-juillet 2013 au 31 décembre 2013, et celle à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, il se justifie, comme l'a relevé l'OAI dans sa fiche d'examen du droit à la rente du 3 septembre 2014, de se fonder sur l'ESS pour déterminer le revenu hypothétique sans invalidité, pour la part active, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante. En effet, il apparaît très vraisemblable que même sans atteinte à la santé celle-ci n'aurait pas conservé son travail auprès de [...], vu ses problèmes d'alcool. De plus, elle a cessé cet emploi le 1<sup>er</sup> novembre 2009, soit plus de trois ans avant de déposer sa nouvelle demande de rente le 31 décembre 2012. Par ailleurs, vu le taux d'occupation de l'assurée dans l'activité de surveillante de devoirs (6 heures 30 par semaine), qu'elle a exercée d'avril 2011 jusqu'à l'accident d'avril 2012, il apparaît que le

salaire qu'elle a perçu dans ce cadre ne correspond pas à ce qu'elle aurait été en mesure de réaliser selon toute vraisemblance en tant que personne valide, dès lors qu'il est hautement probable qu'elle rencontrait déjà des difficultés professionnelles en raison de son état de santé avant l'accident du mois d'avril 2012.

A cet égard, le salaire médian réalisé par les femmes en 2010, dans des activités simples et répétitives, était de 4'225 fr. par mois. Compte tenu d'un horaire de travail hebdomadaire dans les entreprises de 41.7 heures en moyenne en 2013 (La Vie économique, 11-2014, tableau B 9.2), de l'indexation de 1% en 2011 et de 0.8% en 2012 (La Vie économique 9-2013, p. 95, B. 10.2) et de 0.7% en 2013, (les données statistiques concernant la durée du travail et l'indexation en 2014 n'étant pas encore parues dans la revue La Vie économique à la date de l'arrêt de la Cour de céans), c'est un revenu annuel sans invalidité de 43'348 fr. 56 qu'il y a lieu de retenir à 80% (soit 54'185 fr. 70 à 100%) et non de 42'945 fr. comme l'a retenu l'intimé.

Pour fixer le revenu d'invalidé pour la période courant de mi-juillet 2013 au 31 décembre 2013, et pour celle courant à partir de janvier 2014, il sied également de se fonder sur l'ESS, la recourante n'ayant pas repris d'activité adaptée raisonnablement exigible et ne contestant pas le fait de se référer au salaire statistique. Dès lors, le salaire médian retenu ci-dessus est également déterminant. Cela étant, vu les limitations fonctionnelles physiques et psychiques de la recourante, il apparaît opportun d'appliquer un abattement de 15% sur ce revenu statistique. Dès lors, le revenu d'invalidé est de 23'028 fr. 95 pour la première période (27'092 fr. 85 - 4'063 fr. 90) et de 32'240 fr. 50 pour la seconde (37'929 fr. 99 - 5'689 fr. 49).

Vu ce qui précède, le taux d'invalidité pour la part active est de 46,9% pour la période de mi-juillet 2013 au 31 décembre 2013 ( $[43'348 \text{ fr. } 56 - 23'028 \text{ fr. } 95] / 43'348 \text{ fr. } 56 \times 100$ ) et de 25.62 % ( $[43'348 \text{ fr. } 56 - 32'240 \text{ fr. } 50] / 43'348 \text{ fr. } 56 \times 100$ ) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014.



**b)** La recourante conteste en substance la valeur probante du rapport de l'enquête économique sur le ménage du 4 novembre 2013 faisant valoir que ses « divers troubles, d'ordre psychique, diminuent significativement son rendement, respectivement ses capacités domestiques ».

**aa)** Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; cf. TF 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; cf. TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

**bb)** En l'espèce, l'enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de la recourante, de sorte que l'enquêtrice avait connaissance de la situation spatiale, et elle a dûment pris acte des limitations fonctionnelles et des atteintes à la santé de l'intéressée (cf. point 1 du rapport). L'enquêtrice a également tenu compte des indications de cette dernière s'agissant de sa situation médicale et économique. Pour le surplus, le rapport est détaillé et motivé en ce qui concerne les empêchements ménagers retenus, et repose sur les indications données

par la recourante. Dès lors, le rapport constitue une base fiable de décision, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'enquêtrice qui a fixé à 0.95% les empêchements ménagers. On relèvera à cet égard que dans son rapport d'expertise, la Dresse W.\_\_\_\_\_ a indiqué que dans l'activité de ménagère, la capacité de l'assurée était entière.

**c)** Vu ce qui précède, le taux d'invalidité de la recourante pour la période de mi-juillet 2013 au 31 décembre 2013 est de 37,7% (soit  $[80\% \times 46.9\%] + [20\% \times 0.95\%]$ ). Il est de 20.7 % (soit  $[80\% \times 25.65\%] + [20\% \times 0.95\%]$ ) dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Ces taux sont insuffisants pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI).

**7. a)** Ainsi le recours est partiellement admis, la décision attaquée étant réformée en ce sens que la recourante a le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2013 au 31 octobre 2013. Il appartiendra à l'OAI de calculer le montant de la rente et des intérêts dus sur les arriérés. En ce qui concerne la période à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2013, le taux d'invalidité est insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, le recourant qui obtient gain de cause a droit à l'allocation de dépens, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**c)** En l'espèce, la recourante obtient partiellement gain de cause. Ayant procédé par l'intermédiaire d'une représentante qualifiée du Centre social protestant - Vaud, qui peut se voir accorder des dépens, la recourante a droit à une indemnité de dépens réduits qu'il convient, compte tenu de l'ampleur des activités déployées en procédure judiciaire, de fixer à 600 fr. à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

L'émolument judiciaire, arrêté à 400 fr., est mis à la charge des deux parties, à raison de 200 fr. chacune (cf. art. 51 LPA-VD) (cf. art. 11 TFJDA [tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1).

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

- I. Le recours est partiellement admis.**

- II. La décision rendue le 17 novembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2013 au 31 octobre 2013. A compter du 1<sup>er</sup> novembre 2013, le taux d'invalidité est insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité.
  
- III. La cause est transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il calcule le montant de la rente et des intérêts dus sur les arriérés.
  
- IV. Les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) et mis à la charge des deux parties à raison de 200 fr. (deux cents francs) chacune.
  
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N. \_\_\_\_\_ une indemnité réduite de 600 fr. (six 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 :

- Centre social protestant (pour N. \_\_\_\_\_), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :