

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Piguet, juge et Mme Gay, assesseure
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

H. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) Le 12 avril 2016, H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a déposé une demande de détection précoce de l'assurance-invalidité (AI) en raison d'une dépression, type impulsif, et de douleurs abdominales.

Née en Suisse en 1985, elle a grandi au [...] et est revenue en Suisse en 2003, où elle a cumulé les emplois en travaillant dans une entreprise de nettoyage, puis comme employée de maison chez des particuliers. De 2006 à 2009, elle a été employée en tant qu'ouvrière à temps complet chez F._____. A la naissance de sa fille en 2009, elle a cessé son activité car elle n'avait pas de solution de garde. Dès 2011, elle a repris un emploi à temps partiel comme employée de maison (ménage et garde d'enfants) dans deux familles successivement jusqu'au 15 mars 2014, puis elle a exercé une activité non déclarée jusqu'en août 2016.

Le 26 avril 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a consigné dans un rapport initial des renseignements complémentaires au sujet de l'assurée, laquelle a notamment déclaré qu'elle avait deux sœurs et un père en Suisse mais qu'elle ne pouvait pas compter sur eux, qu'elle n'avait pas d'amis et qu'elle allait amener et chercher sa fille à l'école, mais que parfois elle n'arrivait pas à se réveiller le matin et amenait sa fille en retard à l'école. Ce rapport indique que l'assurée ne livre pas beaucoup de détails sur sa situation professionnelle et personnelle et qu'il n'est pas possible de déterminer quelles sont ses vraies ressources par rapport à une intégration professionnelle.

b) Le 12 mai 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations AI.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de

l'assurée. On relève en particulier que, dans un rapport du 29 juin 2016, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F61) et de trouble dépressif épisode actuel moyen (F32.1). L'assurée souffrait en outre de douleurs abdominales sans répercussion sur la capacité de travail. Le médecin a indiqué que l'assurée lui avait décrit une difficulté de concentration, avec une difficulté à agir dans ses activités de la vie quotidienne, notamment à mettre des limites à sa fille. Il a constaté que l'assurée présentait une anhédonie, une perte de l'élan vital, une incapacité à se projeter dans l'avenir, une perte d'estime de soi et une incapacité à faire face à la situation. Il a ajouté qu'elle se sentait souvent dépassée par la situation et seule dans son rôle de parent et qu'elle consommait de l'alcool de manière impulsive et occasionnelle. La thymie était plutôt triste avec une anxiété profonde et une peur de perdre le contrôle (impulsivité). L'assurée avait en outre des idées suicidaires fluctuantes et des troubles du sommeil de type insomnies. Il a cité les restrictions dans l'exercice d'une activité suivantes : diminution de la concentration, dominée par des inquiétudes familiales et financières, un sommeil perturbé de type insomnie, une résistance limitée au stress et des difficultés à s'adapter à une nouvelle situation. Ces restrictions se manifestent au travail, d'après la patiente, par une diminution de la capacité à exécuter des travaux qui nécessitent une grande concentration, une fatigue, une irritabilité, une humeur dépressive, une perte d'énergie et un ralentissement psychomoteur.

L'assurée a séjourné du 7 au 21 mars 2017 en admission volontaire pour mise à l'abri de mise en danger répétée dans un contexte d'alcoolisation aiguë au Service de psychiatrie générale de l'Hôpital C._____, site de G._____. La Dre O._____, cheffe de clinique, et la Dre T._____, médecin assistante, ont établi un rapport le 10 avril 2017 indiquant qu'il s'agissait de la deuxième hospitalisation dans leur établissement et qu'elle avait été retrouvée à terre, alcoolisée, sur le bord de la route cantonale présentant une amnésie circonstancielle. Elles ont posé les diagnostics de trouble schizo-affectif (F25.0), syndrome de

dépendance à l'alcool, utilisation épisodique (F10.26) et probable retard mental, en cours d'investigation. Elles ont relevé une thymie triste et une perte de l'élan vital : l'assurée présentait des idées suicidaires scénarisées sans projet de passage à l'acte imminent. Les médecins n'ont pas constaté d'aboulie ni d'anhédonie. Elles ont évoqué un probable diagnostic de trouble schizo-affectif devant la persistance, en dehors des épisodes thymiques, d'hallucinations acoustico-verbales et d'hallucinations visuelles et olfactives. Elles ont conclu qu'à la faveur du cadre contenant de l'hospitalisation et des adaptations médicamenteuses, l'assurée présentait une évolution favorable avec une disparition des hallucinations acoustico-verbales et visuelles et une amélioration thymique.

Une évaluation neuropsychologique de l'assurée a été effectuée par M._____, neuropsychologue, qui a constaté dans son rapport du 9 février 2017 que le bilan indiquait un profil cognitif situé dans les normes inférieures et associé à des difficultés relevées dans plusieurs autres domaines (mémoire bimodale, vitesse de traitement, cognition sociale, mémoire de travail). Les difficultés relevées semblaient corroborer avec les plaintes de l'assurée qui semblaient présenter un grand handicap dans le fonctionnement de l'intéressée au quotidien. Ces dernières étaient toutefois à interpréter dans le cadre d'un trouble de l'humeur important, ainsi que dans le contexte d'une problématique liée au manque de sommeil, engendrant chez l'assurée une importante fatigue psychique et physique.

Un examen psychologique effectué le 7 octobre 2016 (rapport du 7 avril 2017) par J._____, psychologue-psychothérapeute, a révélé une structure psychotique avec les caractéristiques du fonctionnement schizophrénique de la pensée avec des traits paranoïdes ainsi qu'une composante mélancolique. Elle a mis en évidence un trouble du rapport à la réalité perceptive, des contenus et des récits qui évoquent les hallucinations visuelles et auditives et la lutte contre les hallucinations auditives. La psychologue a noté qu'une activité professionnelle dans un milieu non protégé ne lui paraissait pas envisageable en l'état.

Le 23 octobre 2017, les Drs N._____, Z._____ et W._____, respectivement médecins et psychiatres auprès du Centre X._____, ont confirmé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble schizo-affectif de type dépressif (F25.1), expliquant avoir retenu ce diagnostic car la symptomatologie dépressive et anxieuse ainsi que les symptômes psychotiques étaient conjointement présents et quasi-constants en dépit de la pharmacothérapie. Ils ont précisé que l'assurée présentait une symptomatologie dépressive avec des troubles de la lignée psychotique (hallucination visuelle et auditive). Ils ont notamment tenté de mettre en place l'aide du CMS pour aider l'assurée à gérer son quotidien et améliorer la compliance au traitement, mais au bout de quelques semaines elle a arrêté le suivi car elle se sentait très persécutée. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont indiqué que la symptomatologie dépressive et anxieuse se manifestait par une fatigue générale avec une perte de plaisir et de motivation. Ils ont ajouté que l'assurée présentait un retrait social et que les tâches du quotidien et l'accompagnement de sa fille étaient devenus lourds et parfois irréalisables. Concernant les symptômes psychotiques, l'assurée présentait un contact méfiant avec des sentiments de persécution au sein de sa famille et à l'extérieur. Ils ont conclu à une incapacité de travail totale depuis juin 2016, malgré une légère amélioration due au traitement en cours.

Afin de déterminer plus précisément la capacité de travail de l'assurée, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a été assisté par B._____, psychologue. Dans son rapport circonstancié du 18 juillet 2018, l'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, et a posé les diagnostics suivants sans incidence sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, puis léger depuis 2014 au présent (F33.11/F33.0), trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante actuellement non décompensé (F60.9), dépendance éthylique primaire avec utilisation épisodique depuis l'adolescence au présent (F10.26) et

trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance (F90). Il a considéré que la capacité de travail était pleine et entière sans diminution de rendement depuis 2014 dans l'activité exercée en dernier lieu.

Dans un avis médical daté du 7 août 2018, le Dr K._____, médecin auprès du SMR, s'est rallié aux conclusions, motivées et convaincantes, de l'expert.

c) Par projet de décision du 10 août 2018, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles, compte tenu de l'absence d'atteinte invalidante. L'assurée y a fait opposition, contestant bénéficière de bonnes ressources personnelles et soutenant que l'expertise n'était pas suffisamment motivée sur plusieurs points.

Le 13 février 2019, l'OAI a rendu une décision rejetant la demande de rente et de mesures professionnelles. Faute d'atteinte invalidante, l'assurée est en mesure d'exercer son activité habituelle à plein temps et ne peut faire valoir ainsi aucun préjudice économique ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Le 4 mars 2019, l'assurée a produit un rapport médical de la Dre Z._____ datant du 13 décembre 2018 et dans lequel elle indique les points sur lesquels son appréciation diffère de celle de l'expert.

B. Par acte du 13 mars 2019, H._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Elle a conclu à l'annulation de la décision du 13 février 2019 et à ce qu'elle soit mise au bénéfice des prestations relevant de l'assurance-invalidité auxquelles elle aura droit à l'issue de l'expertise psychiatrique qu'il y avait lieu de mettre en œuvre. A titre subsidiaire, elle a conclu au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante fait valoir en substance que le rapport d'expertise contient des lacunes, qu'il fait une analyse insuffisante des diagnostics différents retenus par les autres médecins, qu'il fait application de critères diagnostiques peu fiables et qu'il comporte

des contradictions. Selon la recourante, c'est donc à tort que l'intimé lui a reconnu une pleine valeur probante, une nouvelle expertise devant être mise en œuvre. Elle a produit un rapport médical du 5 mars 2019 des Drs V._____, psychiatre, et P._____, médecin assistant au Centre X._____, dont il ressort notamment que ces médecins ont rencontré l'assurée à deux reprises et qu'ils n'ont donc pas suffisamment de recul par rapport à sa situation.

Dans sa réponse du 7 mai 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 23 mai 2019, la recourante a déclaré maintenir les réquisitions et conclusions de son 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 l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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

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

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGGA).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin

que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et les références citées).

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

aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

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

Dans une jurisprudence récente, le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion que sa pratique antérieure ne pouvait plus être maintenue. Du point de vue médical, une dépendance correspond clairement à un phénomène ayant caractère de maladie. Il s'impose dès lors, comme pour les autres troubles psychiques à l'examen spécifique desquels s'appliquent des critères objectifs, de se poser la question de savoir si la personne concernée peut malgré l'affection diagnostiquée médicalement exercer à plein temps ou à temps partiel une activité (adaptée). C'est pourquoi, toute pertinence ne peut plus être d'emblée niée à un syndrome de dépendance ou à un trouble d'utilisation de substances addictives diagnostiqué irréfutablement par des spécialistes. Il s'agit, comme pour toutes les autres maladies psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 141 V 281 précité) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail.

L'obligation de diminuer le dommage s'applique aussi en cas de syndrome de dépendance. Il peut par exemple être exigé de la personne concernée une participation active à des traitements médicaux raisonnables. Si celle-ci ne se conforme pas à son obligation de diminuer le dommage et permet ainsi le développement de son état pathologique, un refus ou une réduction des prestations est possible (TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019).

5. a) En l'espèce, l'intimé a fondé son appréciation sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr L._____, contre lequel la recourante a émis un certain nombre de griefs qu'il convient d'examiner en premier lieu.

b) La recourante estime que le rapport d'expertise est incomplet, en particulier l'anamnèse serait incomplète. Elle fait notamment grief à l'expert de ne pas avoir tenu compte de son hospitalisation à G._____ ni des constatations faites par ses médecins.

Ce moyen est dénué de fondement dès lors que, contrairement aux allégations de la recourante, l'expert a eu connaissance de l'hospitalisation et des divers avis médicaux qu'il a soigneusement repris aux pages 6 et suivantes de son rapport et examinés au fur-et-à-mesure de son analyse. On observe par ailleurs que la Dre O._____ a constaté une évolution favorable à la faveur d'un cadre contenant de l'hospitalisation et des adaptations médicamenteuses avec une disparition des hallucinations acoustico-verbales et visuelles et une amélioration thymique, ce qui va dans le sens des conclusions de l'expert.

c) Selon la recourante, l'expert n'indiquerait pas pour quel motif il s'écarte des constatations des avis médicaux au dossier. La recourante reproche en particulier à l'expert de ne pas avoir retenu le diagnostic de troubles schizo-affectifs de type dépressif et conteste l'échelle diagnostique utilisée par l'expert (matrice de Raven).

aa) S'agissant des symptômes psychotiques, l'expert a fait une analyse détaillée, fondée sur un examen clinique, anamnestique et psychométrique. C'est en vain que la recourante conteste l'échelle diagnostique utilisée par l'expert dès lors qu'elle ne rend pas vraisemblable que celle-ci n'est pas adéquate et dès lors que l'expert ne s'est pas fié à ses seuls résultats mais a fait une appréciation d'ensemble.

A l'examen clinique des symptômes psychotiques, l'expert a considéré que l'anamnèse ne lui permettait pas de retenir ces symptômes d'une façon fiable, bien que des symptômes d'allure psychotique puissent être ponctuellement présents lors des abus éthyliques et des décompensations du trouble de la personnalité.

En effet, l'assurée a notamment déclaré qu'elle avait travaillé au noir en tant que femme de ménage jusqu'en août 2016 et qu'elle avait arrêté car elle n'avait plus de travail, alors que son état de santé demeurait inchangé depuis son enfance jusqu'à présent. L'assurée a expliqué qu'elle avait eu des hallucinations auditives, visuelles et olfactives constantes et inchangées depuis l'âge de 15 ans, avec des idées

délirantes également constantes, sans changement malgré le suivi psychiatrique et un traitement psychotrope antipsychotique et antidépresseur. Toutefois, lorsque l'expert lui a demandé comment elle avait pu travailler dans le passé, y compris au noir, malgré la présence constante et inchangée des troubles susmentionnés, elle a souri et dit ne pas pouvoir expliquer ce point. Lorsque l'expert lui a demandé, après la réalisation de la prise de sang montrant des taux sanguins très faibles, si elle prenait bien l'antipsychotique, elle a expliqué sa compliance très partielle (« j'ai pris un peu juste avant l'expertise »), par le fait qu'elle n'avait pas besoin d'un tel médicament, car elle n'était pas folle, mais elle avait juste suivi ce qu'on lui avait demandé de faire pour obtenir une rente AI dont elle avait besoin. Lorsque l'expert l'a confrontée au fait qu'au moment du bypass gastrique personne n'avait relevé de symptômes psychotiques, ni d'ailleurs dans le rapport neuropsychologique du 9 février 2017, ni dans le rapport médical du 29 juin 2016, ni dans le rapport initial AI du 26 avril 2016, l'assurée a dit ne pas avoir oublié d'évoquer ces symptômes psychotiques présents depuis l'enfance mais qu'au moment de ces consultations elle ne souhaitait simplement pas une rente AI mais uniquement des médicaments pour sa dépression et cesser sa consommation d'alcool. Enfin, lorsque la psychologue lui a demandé dans le cadre de l'expertise comment elle avait pu travailler sans difficulté malgré les hallucinations dont elle se plaignait depuis l'âge de 15 ans, elle a demandé à la psychologue s'il était possible de dire que les hallucinations avaient commencé en 2014 ou 2016 et pas avant.

L'expert a ensuite fait une évaluation des symptômes psychotiques ; l'échelle PANSS a montré un état psychotique absent, voire à la limite de la norme, et le modèle pyramidal des symptômes psychotiques n'a révélé aucune symptomatologie psychotique.

L'expert a ainsi écarté les symptômes psychotiques retenus par certains médecins soignants en motivant ses conclusions fondées sur un examen minutieux clinique et anamnestique. Il a ajouté que des décompensations ponctuelles de la personnalité dans le contexte d'abus éthyliques pouvaient passer pour des troubles psychotiques. Les

appréciations divergentes de certains médecins traitants ne permettent pas de mettre en doute ces conclusions. On note que tous les médecins traitants n'ont pas posé le diagnostic de trouble schizo-affectif. Ainsi, le Dr R. _____ n'a pas posé ce diagnostic et la neuropsychologue M. _____ n'en a pas fait état, comme l'a d'ailleurs relevé l'expert. Enfin, la Dre O. _____ a qualifié ce diagnostic de probable.

bb) Pour poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, puis léger depuis 2014 au présent, l'expert a procédé à un examen clinique, un examen psychométrique pour la dépression et un examen biologique.

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

qui est de l'appétit, le poids de l'assurée était stable sans changement récent.

L'examen psychométrique a révélé une dépression légère (score 17 sur l'échelle de dépression de Hamilton) et l'échelle de l'estimation de la sévérité de la manie a montré que la manie était absente, voire improbable (score 9 sur l'échelle de Young).

Le diagnostic a ainsi été posé après un examen détaillé et circonstancié de la situation.

cc) L'expert a écarté l'existence de troubles anxieux spécifiques, les symptômes anxieux résiduels faisant partie de troubles dépressifs récurrents moyens et parfois légers. A l'examen clinique, il a relevé qu'il n'avait pas pu constater l'apparition en quelques minutes d'au moins quatre symptômes physiques d'anxiété et cela sans raison apparente, ni d'attaque de panique, ni de préoccupation excessive pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée, ni de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif, ni de comportement compulsif. A l'examen psychométrique pour l'anxiété, la passation de l'échelle d'anxiété de Hamilton a révélé une anxiété mineure.

Cette appréciation est motivée et fondée sur des examens complets. Elle peut être suivie.

dd) S'agissant des troubles de la personnalité, l'expert a retenu un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante actuellement non décompensé (F60.9), tout en relevant que ce trouble n'avait pas empêché l'assurée de travailler à plein temps dans le passé ni à gérer son quotidien sans limitation.

A l'examen clinique, l'expert a analysé la situation à l'aune des différents critères des troubles de la personnalité émotionnellement labile. Au sujet de l'impulsivité, l'expert a constaté que l'assurée avait fait état de plusieurs événements de vie où elle avait pris des décisions

importantes impulsivement : des ruptures sentimentales et amicales ou des liens importants suite à des frustrations, voire à des disputes. S'agissant du manque de contrôle de soi, l'assurée a relaté plusieurs événements frustrants où une rupture de lien avait fait suite à un conflit, en rapport avec une perte de contrôle et avec un débordement émotionnel colérique intense. Concernant l'instabilité, l'assurée souffrait de la présence des « hauts et des bas » fréquents sans être reliés aux contextes, caractérisés par des moments de désespoir ou d'impulsivité. Pour ce qui est du comportement auto dommageable, l'assurée avait eu plusieurs idées dommageables dans le passé avec tentative de suicide médicamenteuse et avec des idées noires récentes mais sans désir de passage à l'acte et de nombreuses scarifications.

L'expert a relevé que le trouble de la personnalité était actuellement non décompensé et que les critères pour un trouble de la personnalité dépendante étaient remplis, ce qui se caractérisait chez l'assurée par une crainte d'être abandonnée, un sentiment d'impuissance et une difficulté à faire face à certaines exigences de la vie quotidienne.

Les constatations de l'expert et ses conclusions sont claires et justifiées. Il n'y a pas lieu de s'en écarter.

ee) L'expert a exclu la présence d'un trouble de l'adaptation en raison de l'existence de troubles dépressifs récurrents moyens et légers et il a posé le diagnostic de trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance.

Ces points ne sont pas contestés.

ff) Au final, les diagnostics ont été posés après examens minutieux et circonstanciés, en toute connaissance de cause, et leur évaluation échappe à toute critique.

d) La recourante considère qu'il n'est pas suffisamment tenu compte de sa problématique liée à la consommation d'alcool.

Or, l'expert a procédé notamment à un examen psychométrique pour la consommation d'alcool, comprenant un questionnaire DETA confirmant avec une probabilité de 95,5% une dépendance éthylique de type épisodique selon l'assurée, un questionnaire AUDIT révélant une consommation excessive d'alcool dans le sens d'une dépendance éthylique à utilisation épisodique et un examen biologique avec des résultats de la prise de sang qui sont compatibles avec une utilisation épisodique plutôt que continue. L'expert a considéré qu'il s'agissait d'une dépendance éthylique, utilisation épisodique à un litre de vin rosé certains week-ends depuis l'adolescence au présent et qu'il s'agissait d'une dépendance primaire car elle avait précédé d'une décade les rechutes dépressives, n'était pas accompagnée de troubles psychiques porteurs de limitations fonctionnelles significatives et après l'obtention d'une abstinence, on constatait une amélioration thymique d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, vers un épisode dépressif léger. Il a relevé qu'il n'existait pas une anamnèse de toxicodépendance à l'alcool et que la recourante était abstinente depuis quelques mois.

Le diagnostic de dépendance éthylique avec utilisation épisodique depuis une décade au présent (F10.26) a été posé après analyse approfondie et a été motivé.

e) La recourante voit des contradictions dans le rapport d'expertise. Il lui paraît contradictoire de constater qu'elle présente des difficultés cognitives en relation avec sa formation scolaire et de conclure que ses fonctions cognitives sont dans la norme. Puis, elle estime qu'il est contradictoire que l'expert ait pris des conclusions péremptoires lui reconnaissant une pleine capacité de travail sans baisse de rendement, alors qu'il a relevé qu'elle devait poursuivre son traitement médical, le sevrage éthylique et qu'il y a avait lieu de mettre en place des mesures de réinsertion et un nouvel examen ultérieur.

S'agissant des fonctions cognitives, l'expert a d'abord simplement rapporté les propos de la recourante indiquant qu'elle avait connu des problèmes de concentration lors de sa scolarité, puis il a examiné ses fonctions cognitives, notamment sa capacité de concentration et de mémoire, et a conclu à des fonctions cognitives dans la norme. Il n'y a ainsi pas de contradiction dans l'appréciation faite par l'expert. On observe par ailleurs que le Dr R._____ avait relevé une diminution de la concentration dominée par des inquiétudes familiales et financières, donc sans lien avec les atteintes psychiques. Et la neuropsychologue M._____ a retenu un profil cognitif situé certes dans les normes inférieures, mais pas inférieur à la norme, dans un contexte d'une problématique liée au manque de sommeil et elle a précisé que l'assurée présentait un ralentissement psychomoteur important associé à une hypospontanéité verbale, ajoutant que l'assurée répondait essentiellement par oui ou par non et qu'elle étayait peu ses propos, alors que l'expert a relevé l'excellente interaction de la recourante et ses réponses sont détaillées, ce qui permet une appréhension plus circonstanciée de la situation.

Pour ce qui concerne la stabilité de son état de santé, l'expert a constaté une évolution globalement stationnaire depuis 2014 au présent, avec un suivi adéquat dans la mesure où elle ne prenait pas le latuda et le dormicum qui lui étaient prescrits mais dont elle n'avait probablement pas besoin. Il a estimé que les chances de guérison des troubles étaient bonnes en cas de réinsertion professionnelle. Il a ajouté que la situation n'était pas stabilisée et qu'elle devait être réévaluée dans une année. Il a évoqué un processus de sinistrose qui risquait de se mettre en place en cas d'absence de réinsertion professionnelle rapide. En réalité, il n'y a pas de contradiction dans ces propos, une maladie psychique étant toujours susceptible d'évoluer. L'expert a noté qu'au jour de l'expertise cette évolution était stationnaire depuis 2014, ce qui permettait de constater une certaine stabilité dans l'état de santé. Cette conclusion n'est pas critiquable et permet de considérer que la situation est suffisamment stable au sens du droit de l'assurance-invalidité pour se prononcer.

Pour ce qui concerne la capacité de travail, il y a lieu de distinguer entre la capacité de travail exigible qui est de 100% et le pronostic pour une reprise professionnelle que l'expert a considéré comme bon, au moins à temps partiel, dès lors que l'assurée ne présentait pas de limitation fonctionnelle objectivable. Il a ajouté que le pronostic était positif d'un point de vue théorique surtout en cas de mise en place de mesures de réinsertion professionnelle et d'abstinence éthylique. Dans ces conditions, il est admissible de recommander la mise en place d'un sevrage éthylique ainsi qu'un suivi psychiatrique qui a permis de stabiliser l'état de la recourante. Il n'y a pas de doute sur le taux de travail exigible, la question de savoir si l'assurée inspire un pronostic favorable ou pas et à quel hauteur étant indépendante et en l'occurrence sans portée sur la capacité de travail exigible. Puis, compte tenu de son obligation de diminuer le dommage, il est admissible d'attendre de la recourante qu'elle suive des traitements médicaux et un sevrage pour maintenir sa pleine capacité de travail.

Ces moyens sont donc infondés et doivent être rejetés.

f) S'agissant des indicateurs à prendre en compte pour l'évaluation de la capacité de travail, la recourante conteste avoir de bonnes capacités et ressources personnelles et se réfère notamment au rapport initial de l'OAI du 26 avril 2016.

Le rapport d'expertise fait référence au rapport initial de l'OAI, donc l'expert en a eu connaissance. Ce rapport initial, qui a fait suite à l'entretien de détection précoce, n'a toutefois pas de valeur probante particulière puisqu'il ne constitue pas une évaluation médicale des ressources de l'assurée mais une analyse de sa situation dans le but d'évaluer si le dépôt d'une demande de prestations AI est indiqué. On observe en outre que ce rapport indique que l'assurée ne livre pas beaucoup de détails sur sa situation professionnelle et personnelle et qu'il n'est pas possible de déterminer quelles sont ses vraies ressources par rapport à une intégration professionnelle.

S'agissant de ses capacités et ressources personnelles, la recourante a déclaré elle-même à l'expert que ses relations avec son père et sa sœur étaient bonnes et celle avec son mari était assez bonne. Elle a en outre expliqué gérer son quotidien sans difficulté, s'occuper adéquatement de sa fille et passer de bons moments avec son mari ainsi qu'avec quelques amies. Elle a indiqué qu'elle se réveillait à 7 heures, préparait sa fille pour l'école, l'amenait à pied à l'école, faisait des promenades avec le chien, préparait les repas, faisait le ménage et les courses. Elle a ajouté qu'elle voyait ponctuellement sa famille, amenait sa fille à la logopédiste et à la piscine, et restait avec elle pour passer de bons moments ou faire des jeux. Elle voyait quasi quotidiennement sa grande sœur, qui venait chez elle et la sortait de chez elle pour boire un café ou faire une promenade. Pour ce qui concerne les tâches ménagères, l'assurée recevait l'aide du CMS une fois par semaine mais, pour le reste, elle réalisait seule les tâches ménagères sans difficulté et s'occupait seule de la lessive sans difficulté. Elle utilisait les transports publics et s'est rendue seule aux entretiens avec l'expert. Elle préparait les repas, nettoyait la cuisine et faisait les provisions seule sans difficulté. Elle faisait les courses simples, sinon son mari les faisait avec elle. En outre, elle partait régulièrement en vacances. Puis, l'expert a observé que l'assurée avait fait preuve d'une excellente coopération avec l'expert, sans contact de type psychotique, et qu'elle avait une bonne présentation, notamment avec des ongles des pieds vernis de rose lors du premier entretien, et une coupe de cheveux rouge-bordeaux au deuxième entretien, sa sœur l'ayant amenée chez le coiffeur. Il a détaillé le déroulement d'une journée en reprenant chaque activité de l'assurée avant de constater qu'elle disposait de bonnes ressources personnelles (p. 18-19).

Cet indicateur a donc été correctement évalué après un examen minutieux des ressources de la recourante.

g) La recourante ne formule pas de grief précis à l'encontre de l'appréciation par l'expert des autres indicateurs prévus par la jurisprudence pour évaluer la capacité de travail en cas de troubles psychiques. Il convient toutefois de les passer en revue.

aa) L'expert a considéré que le trouble dépressif récurrent n'avait pas donné lieu à des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives car il avait objectivé uniquement une tristesse subjective fluctuante ou légère sans répercussion sur le quotidien, des difficultés de concentration subjectives, une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel tout au plus et sans autres limitations objectivables. L'expert a notamment relevé que l'assurée gardait de bonnes capacités et ressources personnelles car elle arrivait à gérer son quotidien d'un point de vue psychiatrique, à regarder la télévision, à avoir des contacts sociaux, à faire des courses et le ménage léger, à partir en vacances, à s'occuper adéquatement de sa fille et à passer des bons moments avec son mari. L'expert en a déduit que les indices de gravité fonctionnelle et de gravité de l'atteinte à la santé étaient absents d'un point de vue psychiatrique depuis 2014 au présent.

S'agissant du succès du traitement et de la réadaptation, l'expert a relevé que l'évolution du trouble dépressif récurrent était globalement stationnaire depuis 2014, avec un traitement antidépresseur au moment de l'expertise, et que la motivation pour une réadaptation professionnelle était ambivalente dès lors que l'assurée estimait devoir recevoir une rente AI en raison du fait qu'elle ne pourra pas trouver un emploi après une pause professionnelle aussi longue.

L'expert a objectivé une cohérence faible entre certaines plaintes subjectives et le constat objectif, ainsi qu'un décalage entre la fatigue subjective et le constat objectif. Il a aussi observé que des plaintes de la concentration étaient purement subjectives, s'inscrivant dans un contexte de trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante avec des bénéfices primaires et des bénéfices secondaires clairement exprimés. L'assurée bénéficiait notamment du soutien de son entourage depuis toujours, mais sans aide nécessaire au quotidien, et avait financièrement besoin d'une rente. L'expert a en outre considéré que

les plaintes étaient peu plausibles et a retenu une probable exagération des plaintes, en lien avec les bénéfices primaires et secondaires.

Examinant l'uniformité des limitations dans tous les domaines de la vie, l'expert a constaté, compte tenu des activités que l'assurée était capable d'assurer, qu'il n'y avait pas lieu de retenir de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique de façon uniforme depuis 2014 à ce jour.

S'agissant du poids des souffrances révélées par l'anamnèse, l'expert a observé que l'assurée présentait une bonne motivation pour un suivi psychothérapeutique et pour un traitement par antidépresseurs, mais nulle pour les antipsychotiques dont elle estimait ne pas avoir besoin, ce qui le confortait aussi quant à l'absence de symptômes psychotiques.

L'expert a par conséquent conclu que les indices jurisprudentiels de gravité du trouble dépressif récurrent n'étaient pas remplis depuis 2014.

bb) Pour le trouble de la personnalité, l'expert a constaté que celui-ci n'avait pas empêché l'assurée de travailler sans limitation. En outre, il a rappelé que les ressources de l'assurée étaient bonnes, qu'elle arrivait à gérer son quotidien sans difficulté d'un point de vue psychiatrique, à avoir une vie sociale, à partir en vacances, à gérer sa fille sans difficulté, à passer des bons moments avec son époux. L'expert n'a ainsi retenu aucune répercussion de ce trouble sur la capacité de travail.

cc) S'agissant de la dépendance éthylique primaire avec utilisation épisodique depuis l'adolescence, l'expert a rendu son rapport avant la nouvelle jurisprudence instaurant l'application de la grille des indicateurs en cas de syndrome de dépendance. Toutefois, on peut reprendre ses observations pour constater que ce syndrome n'influence pas la capacité de travail de la recourante. Il ne résulte en effet pas de l'anamnèse que les épisodes d'alcoolisations aiguës aient eu une répercussion dans les différents domaines de la vie de la recourante, sous

réserve de son hospitalisation. On constate qu'elle a été en mesure de tenir un ménage et s'occuper d'enfants dans le cadre de son emploi d'employée de maison, à la satisfaction de ses employeurs. Le contexte social et les ressources personnelles de la recourante sont favorables comme indiqué plus haut. L'expertise recommande un sevrage éthylique afin de maintenir sa capacité de travail et relève que la recourante est dans une période d'abstinence ; l'assurée est donc accessible à un sevrage, lequel est efficace. Partant, le syndrome de dépendance n'a pas d'influence sur la capacité de travail.

dd) La recourante soulève à tort que l'expert n'examine pas l'interaction entre les différents diagnostics.

L'expert a notamment constaté que la dépendance éthylique n'était pas accompagnée de troubles psychiques porteurs de limitations fonctionnelles significatives et qu'en période d'abstinence, on observait une amélioration thymique d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique vers un épisode dépressif léger. En outre, lorsqu'il a examiné la gravité du trouble dépressif récurrent, il a retenu que ce trouble évoluait dans le contexte d'un trouble de la personnalité labile et dépendante. La prise en compte de l'interaction de ces différents troubles dans l'évaluation de la capacité de travail ressort également dans les appréciations des différents indicateurs.

Ce moyen est donc infondé et doit être rejeté.

h) En définitive, le rapport d'expertise satisfait aux critères jurisprudentiels. L'évaluation de l'état de santé et la répercussion des atteintes sur la capacité de travail font l'objet d'une étude circonstanciée. Le rapport se fonde sur une analyse complète de l'assurée et prend en considération ses plaintes et les avis médicaux au dossier. Ses conclusions sont claires, motivées et ne souffrent pas de contradictions. Les conclusions différentes de certains médecins traitants ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations de l'expert qui avait

connaissance de l'ensemble des aspects de la problématique et les a pris en compte dans son évaluation.

Les conclusions de l'expert, convaincantes, peuvent être suivies, de sorte que la décision de l'intimé de rejeter la demande de prestations AI faute d'atteinte invalidante est justifiée et doit être confirmée.

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

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 13 février 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de H._____.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz, avocat (pour H._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :