

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 janvier 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Dessaux, juge et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

Q. _____, à Bière, recourante,

et

E. _____, à Vevey, intimé.

Art. 7 et 8 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958 au Portugal, est arrivée en Suisse en 1992, où, au bénéfice d'un permis d'établissement C, elle a d'abord travaillé dans le nettoyage, puis comme ouvrière d'usine. Elle a été employée du 15 juin 1998 au 31 juillet 2015 par la société coopérative [...] dans le secteur de la restauration, au [...], à un taux de l'ordre de 75%.

L'assurée a été en incapacité de travail depuis le 10 octobre 2014 à la suite d'une éruption cutanée, prise en charge par le service de dermatologie du [...], ainsi que d'un état dépressif avec symptomatologie anxieuse de degré moyen et des dorsalgies sous scapulaire gauche, suivis et traités par la Dre O._____, médecin généraliste.

Le 30 janvier 2015, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne, a posé notamment le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec trouble anxio-dépressif réactionnel. Il a constaté que ce trouble était pris en charge de manière adéquate et qu'une reprise du travail était prévue le 14 février 2015.

En février 2015, l'assurée a reçu une lettre de licenciement.

A la suite d'une dégradation de son état en raison de plusieurs facteurs (conflit avec ses filles et son époux, suicide d'une amie, augmentation de la consommation d'alcool et troubles du sommeil), l'assurée a été hospitalisée du 14 avril 2015 au 4 mai 2015 à l'Hôpital psychiatrique de [...] afin de stabiliser une exacerbation d'un état anxiodépressif. Le Dr T._____ et la Dre I._____, tous deux médecins assistants du département de psychiatrie du [...], ont indiqué dans leur rapport du 9 juillet 2015 que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), avec idées suicidaires, et de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation nocive de l'alcool (F10.1). Ils ont ajouté qu'elle était connue pour un tableau dépressif

chronicisé et qu'une stabilisation de la symptomatologie dépressive avait pu être constatée après introduction d'un antidépresseur ; les troubles du sommeil avaient pu être traités avec succès et le traitement antidépresseur était maintenu, avec la recommandation d'un suivi psychiatrique ambulatoire. Ces médecins ont relevé que les conflits conjugaux n'avaient pas été solutionnés et que ceux-ci pourraient maintenir le trouble dépressif et la consommation d'alcool. Toutefois, compte tenu de la rémission complète des symptômes et de l'absence d'idées suicidaires, la sortie de l'établissement avait pu être organisée.

b) L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 juin 2015 en raison d'une dépression sévère et d'abus d'alcool, faisant valoir que ses atteintes s'étaient aggravées en 2015.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2015, la Dre O._____ a fait état, comme atteintes incapacitantes, d'un épisode dépressif moyen et de troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation nocive de l'alcool et a mentionné une hypertension artérielle et des cervico-brachialgies bilatérales non invalidantes.

Un suivi psychiatrique auprès du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et chef de clinique à l'hôpital de [...], a été instauré. Ce praticien a diagnostiqué, le 27 août 2015, un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique (F33.2). Il a précisé que l'assurée présentait des idées noires, n'arrivait pas à se projeter dans le futur et que le sentiment de mal-être était à mettre en relation avec la relation qu'elle entretenait avec sa famille. Elle avait des difficultés à mener à bien les tâches quotidiennes en raison d'une fatigabilité importante, de douleurs physiques et d'un manque d'élan vital. Elle n'était pas apte à reprendre une activité professionnelle mais une amélioration de sa symptomatologie était attendue dans les mois à venir, compte tenu du traitement antidépresseur introduit.

L'assurance perte de gain a mandaté le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour une expertise médicale, lequel a été assisté de B._____, psychologue, pour les tests psychométriques. Il a rendu son rapport d'expertise le 10 décembre 2015 et a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif majeur récurrent, de gravité moyenne et, sans répercussion sur la capacité de travail, de probable dépendance éthylique et de personnalité dépendante. L'expert a observé qu'il existait une relative mauvaise concordance entre les tests psychométriques d'hétéro- et auto-évaluation qui paraissaient globalement tous surcotés. Le profil suggérait une certaine tendance à l'amplification et à la dramatisation des plaintes, ce qui pouvait expliquer en partie la discordance potentielle d'appréciation entre l'expert et le médecin traitant, le second faisant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient. L'expert a constaté que les difficultés psychologiques de l'assurée étaient apparues peu après son mariage avec un époux apparemment violent, éthylique et dépensier. Il a identifié une symptomatologie dépressive marquée par un manque d'envie, de motivation, des sentiments très négatifs de l'assurée face à elle-même, sa situation, un vécu globalement d'impuissance, la fatigabilité et des troubles du sommeil. Il n'a pas observé d'anhédonie ni d'aboulie marquée, l'assurée étant capable d'investir dans sa relation avec ses filles et ses petits-enfants, de sortir voir une amie ou boire un café. Il a ajouté qu'on pouvait probablement parler d'un épisode dépressif majeur récurrent de gravité moyenne, en concordance avec les différents rapports médicaux. S'agissant de la problématique éthylique, elle était massivement minimisée par l'assurée, ce qui rendait difficile d'envisager une abstinence à court ou moyen terme, étant précisé que l'inactivité contribuait aussi à l'aggravation de son éthylisme. Il a considéré que la personnalité était probablement organisée sur le mode de la dépendance, avec quelques traits masochiques, l'assurée paraissant incapable de pouvoir prendre des décisions face à la maltraitance conjugale. Vu la situation médicale et l'évolution défavorable, il a suggéré une prise en charge pharmacologique intensifiée, à la mesure des symptômes actuels, et a conclu, moyennant cette adaptation, à une capacité de travail médico-théorique entière dès le 1^{er} janvier 2016.

L'assurée a une nouvelle fois été hospitalisée du 10 mai au 15 juin 2016 à l'Hôpital de [...] pour la mettre à l'abri d'idées suicidaires dans le contexte d'une symptomatologie anxiodépressive. L'assurée, qui ne prenait pas correctement et régulièrement ses médicaments, présentait des idées noires mais niait une intention de passage à l'acte. A sa sortie, outre le suivi auprès du psychiatre et du médecin traitant, le passage du Centre Médico-Social (CMS) a été mis en place deux fois par semaine pour organiser la médication et pour effectuer des tests d'alcoolémie.

Interrogée sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée, la Dre O. _____ a constaté, le 22 novembre 2016, une évolution favorable, mais a noté que la capacité de travail était toujours nulle compte tenu de limitations fonctionnelles d'ordre psychologique. Quant au Dr H. _____, dans un rapport du 8 mars 2017, il a posé les diagnostics de troubles dépressifs récurrents et épisodes dépressifs moyens, symptômes somatiques importants (F33.11), indiquant que le tableau clinique était stable grâce au traitement prescrit. Cependant, il a relevé que l'assurée manifestait toujours des symptômes dépressifs tels que des troubles du sommeil, thymie abaissée, angoisses intermittentes et persistantes, qui généraient de fortes limitations au niveau de ses capacités cognitives et de ses aptitudes physiques et qui aggravaient la pathologie somatique sous-jacente ostéo-articulaire.

En l'absence d'éléments suffisants pour se prononcer, le Dr W. _____, médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a recommandé un complément d'expertise le 26 avril 2017.

Interpellé par l'expert pressenti, le Dr H. _____ a répondu le 12 juin 2018 que l'assurée connaissait une stabilisation thymique raisonnable avec son traitement, qui permettait à l'intéressée de mener sa vie dans les limites de ce qu'elle devait faire au niveau de ses tâches ménagères. Il a ajouté que l'assurée avait eu des épisodes de consommation d'alcool par intermittence entrecoupés d'abstinence ; la

situation était toutefois raisonnablement surveillée par l'infirmière du CMS, la famille de l'assurée et le praticien. Les rechutes alcooliques de courtes durées avaient pu être contrôlées et gérées en ambulatoire.

L'assurée a toutefois encore été hospitalisée du 13 au 29 juin 2018 à l'Hôpital de [...] afin de la mettre à l'abri d'idées suicidaires dans le contexte d'une alcoolisation aiguë et qui a abouti à l'introduction d'un traitement à l'Antabus. L'assurée présentait des idées noires mais niait une intention de passage à l'acte. L'hospitalisation intervenue sur un mode volontaire avait comme facteur de crise la dégradation de l'état de santé de l'époux de l'assurée et l'évaluation de l'état de santé de cette dernière dans le cadre de la présente procédure AI.

Le 21 juin 2018, le Dr V._____, toujours assisté de la psychologue B._____, a rendu son rapport d'expertise contenant une anamnèse complète, ainsi qu'un examen clinique, des tests psychométriques et l'indication des plaintes de l'assurée. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent de gravité tout au plus subclinique à légère, trouble de l'usage de l'alcool léger (ou en rémission, difficile d'être précis à cet égard) et de traits de personnalité dépendants, sans répercussion sur la capacité de travail, en motivant de manière détaillée les diagnostics retenus. En substance, il a retenu une incapacité de travail totale du 13 octobre 2014 au 31 décembre 2017 et, compte tenu de la bonne compliance de l'assurée aux divers traitements et de l'amélioration de sa situation médicale et personnelle, à une capacité de travail entière dès le 1^{er} janvier 2018, sans diminution de rendement.

Le 4 juillet 2018, le Dr W._____ a déclaré que les conclusions de l'expertise étaient convaincantes et pouvaient être suivies.

c) Le 22 août 2018, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rendu un projet d'acceptation de rente basé sur un degré d'invalidité de 100% durant la période du 1^{er} décembre 2015 au 31 mars 2018. L'assurée a cependant

contesté avoir connu une amélioration de son état de santé dès le 1er janvier 2018.

Le 27 novembre 2018, le Dr H._____ a rappelé que sa patiente présentait un cadre dépressif continu qui ne répondait que partiellement à l'administration des antidépresseurs prescrits. Elle présentait des troubles importants du sommeil, une thymie abaissée, des angoisses intermittentes et de la fatigue. Il a en outre rapporté les plaintes somatiques de l'assurée. Selon lui, le traitement en cours permettait une légère amélioration avec une récupération suffisante pour que la patiente pût être autonome vis-à-vis des activités de la vie quotidienne. Cependant, en raison d'une symptomatologie persistante et résiduelle, il n'était pas possible de reprendre une activité professionnelle à n'importe quel taux d'activité, comme il l'avait déjà mentionné dans son rapport de 2015.

Dans un avis du 8 mars 2019, la Dre J._____, médecin auprès du SMR, a constaté que l'anamnèse à la suite de la nouvelle hospitalisation intervenue en juin 2018 n'avait mis en évidence aucun élément nouveau, que le status était plutôt rassurant dès lors que l'évolution avait été rapidement favorable, après sevrage et mise sous Antabus, et qu'aucun élément psychique nouveau ou aggravé n'avait été relevé. Elle a souligné que la dépendance à l'alcool de l'assurée était connue et discutée dans l'expertise réalisée par le Dr V._____ et a maintenu les conclusions du SMR du 4 juillet 2018.

Par décision du 26 juillet 2019, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée du 1^{er} décembre 2015 au 31 mars 2018.

B. Par acte du 24 août 2019, posté le 26 août 2019, Q._____ a recouru à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud contre la décision du 26 juillet 2019 concluant implicitement à sa réforme en ce sens que la rente d'invalidité entière lui soit octroyée au-delà du 31 mars 2018 et contestant l'amélioration de son état de santé au 1^{er} janvier 2018.

Dans ses déterminations du 15 octobre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit l'avis de la Dre J. _____ du 1^{er} octobre 2019 qui observe que l'assurée est plus ou moins abstinente depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, qu'aucun trouble cognitif ne la limite dans les différents axes de vie et qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles en lien avec la consommation d'alcool ou d'atteinte à la santé consécutive à cette consommation. Pour ce qui concerne le trouble dépressif léger, il n'occasionne pas de limitation fonctionnelle durable, l'assurée étant traitée efficacement, disposant de bonnes ressources pour surmonter ses difficultés qui se limitent à de la fatigue.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité de la recourante, singulièrement sur la question de savoir si elle présente une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité au-delà du 31 décembre 2017.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui

résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

b) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de toxicomanie et autres dépendances à des substances addictives (TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019). Il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies et autres dépendances à des substances addictives primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndrome de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 141 V 281) 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 (TF 9C_724/2018 précité consid. 5.3.2). Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des toxicomanies et autres dépendances à des substances addictives doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références).

Il s'agit 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). 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).

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).

c) Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquent immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (ex nunc et pro futuro). Elle s'applique donc également, mais sans effet rétroactif, quand l'événement assuré s'est produit avant le prononcé du changement de jurisprudence. S'il est vrai que l'interdiction de la rétroactivité implique qu'une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci ne soit pas appliquée à des faits entièrement révolus avant son adoption (rétroactivité proprement dite), ce principe ne s'oppose pas à ce que la nouvelle jurisprudence soit appliquée à des faits ayant pris naissance antérieurement au prononcé judiciaire, mais qui déploient encore des effets postérieurement à ce moment (rétroactivité improprement dite), sous réserve des droits acquis (ATF 140 V 154 consid. 6.3.2 et les références ; TF 9C_346/2017 du 14 novembre 2017 consid. 5.3.1).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) En l'espèce, il est admis que la recourante était en incapacité totale de travail du 10 octobre 2014 au 31 décembre 2017. La recourante conteste avoir connu une amélioration de son état de santé dès le 1^{er} janvier 2018 et disposer d'une entière capacité de travail.

b) En présence de troubles psychiques et de troubles addictifs, une fois les diagnostics posés, 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).

c) S'agissant des diagnostics, les différents médecins qui ont examiné la recourante s'accordent sur la présence d'un état dépressif récurrent et d'une dépendance à des substances addictives, à savoir l'alcool, mais leurs avis divergent s'agissant du degré de gravité des atteintes et sur leur incidence sur la capacité de travail.

aa) L'expert a posé en 2018 le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent de gravité tout au plus subclinique à légère.

Lors de l'examen clinique, l'expert n'a pas remarqué de dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, d'une aboulie ou d'un apragmatisme ; l'assurée assumait ses loisirs, ses relations sociales et sa vie familiale. Parfois, elle était très légèrement anxieuse sans raison particulière. Elle n'avait qu'occasionnellement des troubles de

l'endormissement et avait bon appétit. Il n'y avait plus de suicidalité, l'assurée se plaignant parfois d'une légère fatigabilité et de problèmes de concentration. Il n'y avait pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique. Il a ajouté qu'au vu de la CDT (Carbohydre Deficient Transferrin), il y avait peut-être en parallèle une consommation occasionnelle d'alcool, quand bien même la recourante prétendait être abstinerne depuis 2015, et il a indiqué que la récurrence était probable.

Le Dr H. _____ a persisté à qualifier le trouble de moyen à sévère avec des syndromes somatiques importants dans un rapport du 27 novembre 2018 ; pour étayer son diagnostic, il s'est référé aux plaintes somatiques de la recourante et a indiqué que celle-ci ne répondait que partiellement à l'administration des antidépresseurs prescrits sans toutefois donner de précision. Les symptômes décrits par le Dr H. _____, tels que des troubles importants du sommeil, une thymie abaissée et des angoisses intermittentes ainsi que de la fatigue, ont été pris en compte dans l'appréciation de l'expert qui en a toutefois fait une évaluation différente et motivée ; s'agissant particulièrement des troubles du sommeil, l'expert a précisé que ceux-ci étaient peu fréquents et que de manière générale la recourante dormait bien jusqu'au matin. Pour ce qui est de la thymie, le Dr H. _____ parlait, dans son avis du 12 juin 2018, de stabilisation thymique raisonnable avec le traitement. La différence d'appréciation entre le 12 juin 2018 et le 27 novembre 2018 n'est toutefois pas explicitée et le médecin n'a pas évoqué de péjoration de situation depuis juin 2018 dans son rapport du 27 novembre 2018.

L'appréciation divergente du Dr H. _____, qui repose essentiellement sur les déclarations de la recourante, ne convainc pas face à l'examen circonstancié de l'expert. En outre, ce dernier a procédé à une première expertise en 2015, de sorte qu'il a pu constater l'évolution de la situation, notamment à la suite des différentes prises en charge médico-thérapeutiques et de l'adaptation de la médication qu'il avait préconisée en 2015 et qui a été instaurée par le Dr H. _____ ; il a ainsi noté que le degré du trouble était passé de moyen à léger. Il est relevé

qu'en 2015, le Dr T. _____ et la Dre I. _____, comme l'expert, avaient retenu une gravité moyenne, alors que le Dr H. _____ retenait une gravité sévère du trouble. Entre 2015 et 2018 ont été instaurés un suivi psychiatrique avec une intensification du traitement médicamenteux, une surveillance par le CMS notamment pour la prise des médicaments et l'alcoolémie, puis un traitement à l'Antabus. Sur le plan personnel, la recourante a noué des liens solides avec ses filles et a retrouvé un époux abstinent et soutenant. Objectivement, ces éléments sont de nature à améliorer la symptomatologie.

bb) L'expert a en outre retenu le diagnostic de traits de personnalité dépendants, dès lors que l'assurée apparaissait relativement dépendante de son époux et de ses filles, sans que l'on fût en présence d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Selon le Dr V. _____, l'assurée manquait de capacité à s'affirmer et préférait accepter une situation conjugale, dans le passé décevante ou difficile, plutôt que de se retrouver seule. Ce diagnostic n'est pas remis en cause et est motivé.

cc) Pour ce qui concerne le trouble de l'usage de l'alcool, l'expert a indiqué que la recourante affirmait ne plus consommer d'alcool depuis 2015, mais que certains éléments du dossier, notamment le rapport du Dr H. _____ du 8 mars 2017, laissaient planer quelques doutes. Il a considéré qu'il n'y avait pas de foetor éthylique et a relevé que la GGT (Gamma Glutamyl Transférase) était à 108 U/l, soit qu'elle était nettement moins élevée que lors du test réalisé le 13 juin 2016 avec une GGT à 426 U/l. En outre, la CDT (Carbohyrate Deficient Transferrin) se situait dans les normes. L'expert a posé un diagnostic différentiel de trouble de l'usage de l'alcool en rémission ou trouble de l'usage de l'alcool tout au plus léger, lequel paraissait le plus probable. Il a qualifié le trouble de primaire, l'alcoolisme ayant débuté dans le cadre de la consommation de couple et n'ayant pas d'argument permettant de suggérer qu'il fût dans le cadre d'une problématique psychopathologique significative.

dd) En définitive, pour poser les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent de gravité tout au plus subclinique à légère, de trouble de l'usage de l'alcool léger (ou en rémission) et de traits de la personnalité dépendants, l'expert a notamment procédé à un examen clinique et à des tests psychométriques. Il a effectué une étude circonstanciée de la situation, après une anamnèse complète et la prise en compte des plaintes de la recourante. Il a en outre pu faire une comparaison de son propre examen sur l'état de santé de l'assurée et son évolution entre 2015 et 2018. Ses conclusions sont motivées et les documents médicaux au dossier ne permettent pas de les mettre en doute. Les atteintes ont dès lors été diagnostiquées par l'expert selon les règles de l'art.

d) Il y a lieu d'examiner si les limitations fonctionnelles et les ressources de la recourante peuvent être déterminées à la lumière des indicateurs prévus par la jurisprudence.

S'agissant des ressources, l'expert a notamment relevé que l'époux de l'assurée, abstinent depuis qu'il souffrait d'un cancer hépatique sur cirrhose éthylique, accompagnait et secondait l'assurée pour les tâches quotidiennes. Cet élément est un changement important puisqu'en 2015 l'époux n'était pas soutenant, mais était même suspecté d'être violent, dépensier et éthylique. L'expert a rappelé que les difficultés psychologiques de la recourante étaient survenues peu après son mariage, tout comme la consommation abusive d'alcool intervenue dans le cadre de la consommation de couple. On peut dès lors observer que les facteurs de crise liés à la maltraitance conjugale ont donc nettement diminué, voire même disparu en 2018.

Par ailleurs, l'assurée a de nombreuses amies et d'excellentes relations avec ses filles qui l'aident pour les tâches domestiques. L'expert a noté que l'assurée assumait toutes les tâches domestiques et préparait le repas de midi, puis se promenait avec une amie ou regardait la télévision, avant de préparer le repas du soir. Le Dr H. _____ a

également reconnu que la recourante était autonome vis-à-vis de ses activités quotidiennes.

S'agissant de la cohérence, l'expert a constaté tant en 2015 qu'en 2018 une très mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation, ce qui pouvait suggérer une certaine tendance à la dramatisation, mais ce profil était néanmoins pondéré par le faible niveau de scolarisation de l'assurée. Cette discordance suggérant une amplification des plaintes expliquait en outre l'absence de cohérence avec l'appréciation du Dr H. _____ qui évoquait un état dépressif sévère en 2015, alors que l'expert l'estimait de degré moyen, étant donné que le médecin traitant faisait le plus souvent le postulat de sincérité de son patient. En effet, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, il convient de tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. L'appréciation du Dr H. _____ surtout fondée sur des éléments subjectifs ne saurait dans cette situation être de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations objectives du Dr V. _____.

L'expert a constaté que la compliance au traitement était bonne. Il résultait des examens paracliniques que la consommation d'alcool était nettement mieux contrôlée, et ceci en concordance avec les marqueurs de l'alcoolisme chronique, et que le traitement était bien observé. Il avait préconisé une intensification du traitement médicamenteux en 2015, car il le trouvait insuffisant compte tenu des symptômes. Le Dr H. _____ a suivi cette recommandation. L'expert a ainsi constaté en 2018 que la recourante bénéficiait d'une prise en charge dans les règles de l'art et a préconisé la poursuite de la prise en charge psychothérapeutique en intégrant la problématique éthylique sous-jacente afin d'éviter la rechute. Le Dr H. _____ a indiqué le 12 juin 2018 que la recourante avait eu des épisodes de consommation d'alcool entrecoupés d'abstinence mais que les rechutes alcooliques étaient de courtes durées et avaient pu être contrôlées et gérées en ambulatoire. Certes, on

constate que la recourante a été hospitalisée volontairement quelques jours en juin 2018 à la suite d'une alcoolisation aiguë, mais la rémission a été rapide et un traitement à l'Antabus a été ajouté afin de soutenir le sevrage. Dans les cas de dépendance addictive, les risques de rechute existent, ce qui, de facto, ne saurait exclure une stabilisation de l'état de santé ni l'existence d'une éventuelle capacité de travail.

Dans le cadre de l'appréciation des limitations fonctionnelles, l'expert a indiqué que, mise à part une légère fatigabilité, on ne pouvait pas considérer que l'assurée fût diminuée dans une activité de femme de ménage. Elle assumait ses tâches ménagères, ne s'isolait pas, prenait des initiatives pour voir du monde et développait des activités de loisirs dans le monde extra-professionnel. Le Dr V._____ a relevé que rien n'indiquait qu'elle ne fût pas capable de planifier, structurer ou d'organiser ses journées ; elle pouvait se déplacer et paraissait largement autonome pour toutes ses activités quotidiennes, son hygiène et ses soins corporels. Il a estimé qu'elle présentait une capacité de travail entière dans son activité de femme de ménage et a ajouté que des facteurs sortant du champ médical, tel l'âge, l'absence de qualification professionnelle, la durée de l'éloignement du monde du travail, éventuellement des conditions socio-culturelles jouaient un rôle dans la revendication d'un statut de malade. Ainsi, d'un point de vue objectif, le pronostic était bon, mais l'assurée ne semblait pas prête à reprendre l'emploi pour des raisons probablement qui sortent du champ médical. Partant, l'expert a considéré que la diminution des capacités fonctionnelles était surtout liée d'une part à l'atteinte somatique, néanmoins jugée non incapacitante par le médecin généraliste, mais aussi à des facteurs non pris en considération par l'assurance-invalidité. Après avoir appliqué le Mini CIF-TAPP, il a considéré qu'en tous les cas, aucun indice depuis le 1^{er} janvier 2018 n'indiquait que la capacité de travail de l'assurée ne fût pas entière.

Le Dr H._____ a indiqué que le traitement permettait une légère amélioration avec une récupération suffisante pour que la patiente pût être autonome vis-à-vis des activités de la vie quotidienne, mais, en raison d'une symptomatologie persistante et résiduelle, il n'était pas

possible de reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel. Il a ajouté que le cadre clinique déclenchait des manifestations générant des limitations au niveau de ses capacités cognitives et de ses aptitudes physiques. Cette appréciation ne convainc pas. En effet, on peine à comprendre que la recourante puisse être en mesure de s'occuper de ses tâches quotidiennes, comme la préparation des repas et le ménage, mais soit totalement incapable de reprendre son activité de femme de ménage même à un taux réduit. En outre, l'expert a relevé que les limitations d'ordre physique ne justifiaient pas une incapacité de travail, en se référant à l'avis du médecin généraliste traitant. Le Dr V. _____ n'a pas retenu de troubles cognitifs significatifs, après avoir eu connaissance de deux rapports du Centre de la Mémoire [...] datant d'octobre et décembre 2017 signalant des troubles cognitifs légers d'origine toxique probable, soit compatibles avec des séquelles d'intoxication éthylique, mais mettant en évidence une grande amélioration de la mémoire antérograde qui s'était normalisée, une diminution du ralentissement et une amélioration du temps de traitement de l'information. En définitive, les conclusions de l'expert sont fondées sur des constatations objectives et tiennent compte d'une évolution objective de la situation de la recourante.

On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de l'expert V. _____, étant souligné que le rapport d'expertise remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce sens qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation par un spécialiste dans son domaine et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci peuvent donc être suivies.

En conséquence, l'OAI était fondé à retenir une incapacité de travail totale pour la durée limitée du 13 octobre 2014 au 31 décembre

2017 et à admettre la récupération d'une capacité de travail entière dès le 1^{er} janvier 2018.

e) Compte tenu de ce qui précède, la décision de l'OAI de limiter l'octroi de la rente entière à une période allant du 1^{er} décembre 2015 au 31 mars 2018 est justifiée, cette dernière date correspondant à l'échéance du délai de trois mois dès l'amélioration déterminante de la capacité de travail (art. 88a al. 1 RAI).

5. a) En définitive, le recours 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 contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 26 juillet 2019 est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de Q._____.
- 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 :

- Q. _____,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :