

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2021

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

Mme Pasche, juge, et M. Küng, assesseur

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 8 LPGA.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1988, célibataire et sans enfants, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce depuis 2009. Après avoir exercé cette activité, elle a également déployé celle de vendeuse dans le contexte de contrats de travail de durée déterminée.

Elle a été hospitalisée, à réitérées reprises dès 2014, au sein du Département de psychiatrie du Centre hospitalier C._____, en raison d'épisodes psychotiques aigus. Un rapport dudit département du 13 mars 2014 a relaté un séjour du 27 janvier au 9 février 2014, motif pris d'un trouble psychotique aigu et transitoire, survenu dans le contexte d'un conflit familial, chez une patiente connue pour une dépendance à l'alcool. Le 18 février 2014, ce même département a mentionné une demande d'hospitalisation formulée par l'assurée pour « pouvoir se reposer », retenant le diagnostic de troubles psychotiques aigus d'allure schizophrénique. Par rapport du 5 novembre 2015, était relaté un séjour du 4 au 29 octobre 2015, à la suite d'une tentative d'agression rapportée par l'assurée. Les diagnostics de trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision, et d'utilisation nocive de substances multiples (cocaïne et alcool) étaient pris en considération. Enfin, un rapport du 5 janvier 2016, ayant trait à un séjour du 10 novembre au 23 décembre 2015, indiquait les diagnostics de trouble schizo-affectif, type mixte, et de consommation continue d'alcool et de cocaïne. L'assurée avait, à chaque fois, pu réintégrer son domicile, munie d'un traitement médicamenteux, avec la recommandation de poursuivre une prise en charge psychiatrique ambulatoire.

B. B._____ a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 14 décembre 2017 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). A cette occasion, elle a précisé être atteinte dans sa santé physique et

psychique depuis environ 2012. Elle soulignait être en incapacité de travail « périodique » à hauteur de 100 %.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée, les Drs G._____, médecin généraliste, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a indiqué, le 23 février 2018, que sa patiente souffrait de troubles psychotiques d'allure schizophrénique depuis 2013, lesquels entravaient totalement sa capacité de travail depuis le 18 juillet 2017 (date de sa prise en charge en cabinet). Elle avait fait l'objet de plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique depuis 2013, présentant une grande labilité psychique, des troubles de la pensée, de la concentration et de l'humeur, dans le cadre d'une consommation passée de cannabis et de cocaïne. Le traitement psychothérapeutique était complété par un traitement anxiolytique. Le pronostic était « très réservé ». Etaient annexés les différents rapports émanant du Département de psychiatrie du Centre hospitalier C._____ à la suite des hospitalisations de l'assurée.

Par rapport du 26 février 2018, le Dr G._____ a évoqué les diagnostics de nuchalgie sur sténose canalaire C3-C4 et C4-C5 depuis plus de dix ans, de trouble dépressif récurrent (F.33.3) avec des troubles de la personnalité borderline, et d'état de stress post-traumatique (F43.1). Il précisait que l'assurée avait été victime d'un accident de la circulation, avec traumatisme de la colonne vertébrale, à l'adolescence. Sa capacité de travail était nulle de « longue date ». Elle bénéficiait de physiothérapie, de pharmacothérapie et d'un soutien psychologique.

Sur questions de l'OAI, le Dr G._____ a fait part, le 10 janvier 2019, d'un état de santé physique stationnaire, l'assurée étant au bénéfice de physiothérapie et de traitements antalgiques. Elle était connue pour sa consommation de substances toxiques. Sa capacité de travail était nulle en raison d'un « épuisement psychophysique ». Elle n'avait plus d'activité lucrative depuis 2016.

Quant au Dr F._____, il a signalé, en janvier 2019, n'avoir plus revu l'assurée à sa consultation.

L'OAI s'est procuré les résultats de l'imagerie, réalisée à la demande de l'Hôpital [...] à la suite de l'accident de la circulation survenu en 2001. Ces documents ont mis en évidence des fractures de la base du 5^{ème} rayon des métatarses des pieds gauche et droit, ainsi que des fractures-tassements de D8 à D 11, respectivement en D9.

Sur recommandation du Service médical régional (SMR) du 12 février 2019, l'OAI a diligenté une expertise bidisciplinaire de l'assurée, sur les plans rhumatologique et psychiatrique. Le mandat a été confié au H._____Sàrl par communication du 30 août 2019, où les Drs J._____, spécialiste en rhumatologie, et I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens cliniques de l'assurée le 16 octobre 2019. Ils ont requis une évaluation neuropsychologique, réalisée le 9 décembre 2019 par la neuropsychologue K._____, avant de communiquer leur rapport rédigé le 16 janvier 2020.

Les experts n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant. Les diagnostics de status post fracture de D9, de status post fracture des 5^{èmes} orteils des deux côtés, à la suite d'un accident en 2001, ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et de troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives avec trouble psychotique, étaient considérés comme sans incidence sur la capacité de travail. L'assurée avait subi des incapacités de travail de courte durée durant ses hospitalisations au Centre hospitalier C._____, mais avait recouvré une capacité de travail de 100 % au plus tard trois mois après l'hospitalisation de 2015 (cf. rapport d'expertise du 16 janvier 2020 du H._____Sàrl, pp. 11 - 13, 16 et 43).

Sur le plan somatique, les experts ont relevé que l'assurée avait mentionné des « douleurs cervico-dorsales avec séquelles douloureuses de la fracture de D9 survenue lors d'un accident en 2001 et des douleurs mécaniques étagées C3-C4 et C4-C5 », lesquelles étaient

« passées au second plan ». L'examen rhumatologique était au surplus « strictement normal », de sorte qu'aucune limitation fonctionnelle n'était objectivée (cf. ibidem, pp. 11, 12, 25 et 27).

Quant au registre psychique, les experts ont retenu les éléments suivants au terme de leur évaluation consensuelle du cas :

« [...] Au plan psychique

La personne assurée a une histoire psychiatrique d'hospitalisations récurrentes suite à des surconsommations de substances psychoactives et des comportements hétéro-agressifs. C'est une jeune femme de bonne présentation, au bénéfice du revenu minimum d'insertion, indépendante et autonome, elle vit en colocation et a une vie sociale bien remplie, elle a un groupe d'amis et aime partager des moments festifs avec eux.

La personne assurée, lors de l'évaluation de ce jour, présente un contact particulier voire une attitude méfiante. Les analyses de laboratoire, reviennent positives au cannabis et à la cocaïne. Le diagnostic retenu est : **F19.50 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives avec trouble psychotique en lien avec une addiction primaire, associé à l'émergence de troubles d'allure psychotique secondaires aux consommations addictives, actuellement cannabis et cocaïne.**

La prise en charge consiste en la mise en place de mesure de sevrage dans un centre spécialisé en addictologie, et mise en place de mesures de réinsertion professionnelle avec du coaching afin de rassurer la personne assurée et de pouvoir l'amener vers un retour à l'emploi.

[...]

La personne assurée présente des plaintes subjectives en lien avec des attaques de panique à répétition, et une reviviscence d'une agression subie en 2015, avec des réveils nocturnes, mise sous traitement anxiolytique : Xanax®, suivie par son médecin psychiatre, elle affirme ne plus consommer de substances psychoactives depuis plus de deux ans.

L'évaluation objective de ce jour retient un test de dépistage positif au cannabis et à la cocaïne ainsi qu'un contact particulier et une attitude méfiante en entretien.

La personne assurée face à nous présente des difficultés à répondre spontanément à chacune des questions, elle semble ne pas comprendre des questions simples. Celle-ci ne présente pas de dissociation de la pensée ou de l'émotion. L'émotion est syntone à l'entretien. Celle-ci sourit quand on lui sourit, en miroir. Celle-ci s'épanche et pleure quand il s'agit de l'évocation de la perte de sa mère, elle se montre tout à fait adéquate à ce niveau-là. L'assurée ne présente pas d'attitude d'écoute, pas de poursuite oculaire, pas d'hallucination acoustico-verbale, pas d'idée délirante de persécution, pas de syndrome d'automatisme mental, pas de syndrome d'influence ou d'écho de la pensée, pas de bizarrerie du comportement, la personne assurée présente une bonne hygiène et est particulièrement soignée et bien mise, elle se montre attentive

et adéquate durant toute la durée de l'entretien, pas de saut du coq à l'âne, pas d'élation de l'humeur et pas de trouble du cours de la [pensée], pas de fading, pas de néologisme. L'assurée se souvient avoir eu des comportements étranges avec probablement des hallucinations, pendant les périodes où elle surconsommait des substances psychoactives tels que l'alcool fort et la cocaïne. La personne assurée se socialise et se dit bien entourée actuellement, par contre elle n'a plus de contact avec ses proches. Elle semble parfois méfiante et interprétative.

Les troubles d'allure psychotique secondaires à une consommation de cocaïne ou de cannabis peuvent prendre plusieurs formes, selon les critères diagnostic CIM-10 de ce trouble F19.50 : *il s'agit d'un Ensemble de phénomènes psychotiques survenant durant ou immédiatement après la consommation d'une substance psychoactive, qui ne peuvent être entièrement expliqués par une intoxication aiguë et qui n'entrent pas dans le cadre d'un syndrome de sevrage. Ce trouble se caractérise par la présence d'hallucinations (typiquement auditives, mais souvent également polysensorielles), d'une distorsion des perceptions, d'idées délirantes (souvent de type paranoïaque ou persécutoire), de perturbations psychomotrices (agitation ou stupeur), et d'un affect anormal, pouvant aller d'une peur intense à l'extase. Les fonctions élémentaires ne sont habituellement pas touchées, mais il peut exister un certain degré d'obnubilation de la conscience, n'atteignant toutefois jamais le caractère d'une confusion grave.*

Tous les symptômes ne sont pas présents, la personne assurée a présenté une consommation importante de substances psychoactives, alcool, cannabis et cocaïne, durant plus de 10 ans, souvent à l'origine de symptomatologie d'allure psychotique avec une attitude méfiante et un comportement évitant.

La personne assurée se plaint de symptômes anxieux : attaques de panique et de troubles du sommeil avec des reviviscence du traumatisme subi en 2015 : des symptômes souvent nourris et exacerbés par des consommations de substances psychoactives. Pas de signe de la série dépressive. La personne assurée présente un syndrome somatique de la dépression qui est intégré au diagnostic de trouble d'allure psychotique secondaire à des consommations de toxiques. [...]

On ne retient pas de traits de personnalité pathologique, pas de retard mental, ni de troubles d'allure autistique, les comportements évitants, sont régulièrement secondaires aux consommations de substances psychoactives.

La personne assurée ne présente pas d'antécédent psychiatrique personnel ou familial et les consommations de toxiques sont anciennes : plus de 10 ans [...], à noter que la personne assurée est autonome et indépendante, elle ne bénéficie pas de mesure de curatelle, ni de suivi en milieu psychiatrique de secteur. La prise en charge médicamenteuse est légère : Xanax® 1 mg, occasionnellement et un suivi à la demande par le Dr F. _____, psychiatre, une fois par mois ou une fois tous les deux mois.

Le diagnostic retenu ce jour **F19.50 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives avec trouble psychotique** en lien avec une **addiction primaire**, associé à l'émergence de **troubles d'allure psychotique** secondaires aux consommations addictives, actuellement cannabis et cocaïne. [...] »

Les experts se sont par ailleurs exprimés sur la personnalité de l'assurée, ses ressources et la cohérence de son comportement, en ces termes :

« [...] Le comportement de la personne assurée vis-à-vis de la maladie est peu adéquat, l'assurée minimise la gravité du comportement addictif. Son sens des réalités et sa capacité de jugement sont conservés. Sa capacité relationnelle et son aptitude à nouer des contacts sont bonnes. Sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions sont conservées en dehors de la surconsommation de l'éthyle. Son estime de soi et sa capacité de régression sont bonnes. Son intentionnalité et son dynamisme sont ambivalents.

[...]

Les ressources sont en lien avec le fait qu'elle soit détentrice d'un CFC d'employée de commerce, elle a aussi un groupe d'amis qui semblent assez soutenant.

Les facteurs de surcharge sont en lien avec ses antécédents personnels de surconsommations de substances psychoactives qui semblent avoir laissé de nombreuses séquelles dans son psychisme actuel et sa situation socio-économique, ainsi que le fait qu'elle ne travaille pas.

Par ailleurs : Adaptation à des règles et à des routines : pas de limitation, la personne assurée se montre organisée et régulière dans son ménage et dans l'organisation de ses journées et de ses soirées. Planification et structuration des tâches : pas de limitation. Flexibilité et capacité d'adaptation : pas de limitation, en dehors de la consommation de substances psychoactives. Application des compétences et des connaissances professionnelles : pas de limitation. Capacité de décision et de jugement : pas de limitation. Endurance : pas de limitation pour raison psychiatrique. Capacité de s'affirmer : pas de limitation. Capacité d'entrer en contact et de converser avec des tiers : elle ne semble pas limitée, malgré un comportement méfiant et des interactions peu spontanées. Capacité d'évoluer au sein d'un groupe : pas de limitation, elle a un groupe d'amis, et elle se dit bien intégrée dans ce groupe. Capacité d'entretenir des relations familiales et intimes : limitées, la personne assurée a peu de contact avec les membres de sa famille depuis les périodes d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Initiative et activités spontanées : pas de limitation. Hygiène et soins corporels : pas de limitation. Mobilité et capacité de déplacement : pas de limitation.

[...]

Des incohérences sont relevées. La personne assurée se montre peu informative et affirme ne plus consommer de substances psychoactives ; or, les bilans confirment le contraire, l'assurée semble indépendante et dynamique dans sa vie de tous les jours et apprécie de voir ses amis et sortir, elle arrive à se socialiser et se maintient dans son groupe d'amis, ce qui contraste avec les plaintes de l'assurée. [...] »

Enfin, l'examen neuropsychologique a mis en évidence un discret fléchissement exécutif, ainsi qu'un ralentissement, en présence d'autres valeurs, dont le quotient intellectuel, dans les limites de la norme (cf. rapport d'évaluation de la neuropsychologue K. _____ du 9 décembre 2019, annexé au rapport du H. _____ Sàrl).

Se ralliant aux conclusions des experts du H. _____ Sàrl, le SMR a retenu, le 23 janvier 2020, l'absence d'atteinte à la santé invalidante et une capacité de travail préservée à 100 % dans toutes activités.

Par projet de décision du 3 février 2020, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de nier son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, compte tenu des résultats des investigations médicales.

L'assurée a contesté ce projet dans une correspondance du 2 mars 2020, faisant valoir ne plus être en mesure d'exercer son activité habituelle d'employée de commerce. Elle a sollicité une « proposition » de l'OAI en vue d'une activité alternative, adaptée à son état de santé.

L'OAI a entériné son projet de décision susmentionné dans une décision du 18 mai 2020.

C. B. _____ a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 19 juin 2020. Elle a mis en exergue une dégradation de son état de santé et relevé ne pas avoir « sincèrement répondu » aux questions des experts du H. _____ Sàrl. Concluant implicitement à l'annulation de la décision querellée, elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

L'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, par décision de la magistrate instructrice du 13 octobre 2020, l'exonérant de frais et d'avance de frais.

L'OAI a répondu au recours le 11 novembre 2020 et a conclu à son rejet, en se référant à la teneur du rapport d'expertise du H. _____ Sàrl.

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 (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 19 juin 2020 contre la décision de l'intimé du 18 mai 2020 a été interjeté en temps utile. Malgré son caractère succinct, il respecte globalement les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et pour autant

que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital ; art. 8 al. 3, let. b, LAI ; cf. également art. 15 à 18d LAI). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de travail, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TFA I 370/98 du 26 août 1999 consid. 2 et les références, in : VSI 2002 p. 112).

5. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

7. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de toxicomanie (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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 (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2).

b) Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des toxicomanies 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 (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).

c) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'une dépendance 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).

d) 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).

aa) 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).

bb) 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).

8. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'investigations approfondies sur les plans somatique et psychiatrique au sein du H._____Sàrl. On peut d'emblée constater que le rapport d'expertise corrélatif, daté du 16 janvier 2020, remplit l'ensemble des critères requis pour se voir accorder pleine valeur probante. En particulier, les experts du H._____Sàrl ont procédé aux examens spécialisés sollicités par l'intimé, qu'ils ont complétés à bon escient par une évaluation neuropsychologique

et des analyses sanguines. Ils ont communiqué des conclusions étayées et en parfaite cohérence avec leurs observations, sans manquer de se prononcer sur le cas de la recourante à l'aune des indicateurs pertinents dégagés par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 7c ci-dessus). On relève que la recourante n'a, à ce stade, fourni aucun élément médical nouveau ou inconnu des experts du H. _____ Sàrl, de sorte qu'on ne voit aucune raison de s'écarter de leur appréciation.

9. a) Il est établi, sur le plan somatique, que la recourante a été victime d'un accident de la circulation en 2001, lequel a entraîné une fracture-tassement en D9 et des fractures des 5^{èmes} orteils des deux pieds, demeurées sans séquelles objectivables en l'état. La recourante a au surplus relaté des douleurs mécaniques étagées en C3-C4 et C4-C5, également mentionnées par le Dr G. _____ (cf. rapport de ce médecin du 26 février 2018). L'investigation rhumatologique, conduite par le Dr J. _____ pour le compte du H. _____ Sàrl, a cependant permis d'écarter tout diagnostic incapacitant, en présence d'un état de santé stable et d'un status « strictement normal » (cf. rapport d'expertise du H. _____ Sàrl du 16 janvier 2020, pp. 11 et 25).

b) Faute de pièce médicale subséquente de nature à mettre en doute les observations rhumatologiques consignées au sein du H. _____ Sàrl, il s'agit de retenir les conclusions dudit centre. La recourante elle-même a, au demeurant, expressément admis auprès du Dr J. _____ que, sur le plan rhumatologique, « les plaintes [étaient] passées au second plan » (cf. ibidem, pp. 11 et 25). On ajoutera qu'une nouvelle expertise dans ce registre apparaît manifestement superflue, compte tenu de la pauvreté des constats objectifs rapportés par les experts du H. _____ Sàrl.

10. a) S'agissant du registre psychique, il n'est pas contesté que la recourante a présenté des épisodes psychotiques aigus, lesquels ont justifié plusieurs hospitalisations en milieu spécialisé en 2014 et 2015. Cela étant, on peut considérer, conformément aux observations communiquées par le Dr F. _____, relayées par la Dre I. _____ du

H._____Sàrl, que ces crises sont survenues dans le cadre d'intoxications massives (alcool, cocaïne et cannabis ; cf. rapport du Dr F._____ du 23 février 2018 et rapport d'expertise du H._____Sàrl du 16 janvier 2020, pp. 12 et 37). Compte tenu de la persistance de la consommation de drogues, attestée par les résultats des analyses sanguines actualisées, on peut retenir que l'addiction de la recourante est essentiellement responsable des troubles psychiques allégués. En dépit de ce contexte, les experts du H._____Sàrl ont toutefois démontré, à satisfaction, que la recourante dispose de ressources suffisamment importantes pour surmonter les conséquences de cette addiction et pour s'en guérir. En effet, ils ont relevé que la recourante était au bénéfice d'une formation professionnelle complète, qu'elle avait été en mesure de trouver par ses propres moyens et d'exercer diverses activités lucratives, alors qu'elle disposait d'un réseau social soutenant. Sa capacité d'adaptation, de planification et de contact demeurait préservée, de sorte qu'aucun élément n'entravait durablement sa capacité à s'intégrer dans le monde du travail. Par ailleurs, la recourante était susceptible de se défaire de son addiction au moyen d'un sevrage dans un centre spécialisé en addictologie, ce qui permettait d'exclure que la toxicomanie soit d'un degré grave dans le cas particulier. Enfin, les experts ont rapporté des incohérences évidentes entre les déclarations d'abstinence et les résultats des investigations sanguines, en présence d'une personne demeurant toutefois parfaitement capable de gérer son quotidien (cf. rapport d'expertise du H._____Sàrl du 16 janvier 2020, pp. 12, 13, 41 et 42).

b) Etant donné l'exhaustivité de l'examen psychiatrique, complété par une évaluation neuropsychologique dans les limites de la norme, on peut se rallier aux conclusions des experts du H._____Sàrl et retenir que la toxicomanie présentée par la recourante, à l'origine de ses troubles psychiques, ne revêt pas un degré de gravité susceptible de limiter sa capacité de travail. On ne voit pas, au surplus, qu'une nouvelle expertise, telle que requise par la recourante, soit de nature à fournir un éclairage différent de son cas. Celle-ci n'a en effet fourni aucun rapport médical complémentaire qui justifierait de faire douter des conclusions des experts. Qui plus est, son propre psychiatre traitant a en son temps fait

état d'un suivi irrégulier, voire inexistant, ce qui semble toujours d'actualité à la date de la décision entreprise (cf. réponse de janvier 2019 du Dr F. _____ à l'intimé).

11. Au vu des conclusions communiquées par le H. _____ Sàrl, selon lesquelles la recourante est dotée d'une pleine capacité de travail dans toutes activités, dont la profession apprise d'employée de commerce, elle ne remplit pas les conditions mises à la reconnaissance d'une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. Elle ne peut dès lors prétendre ni à une rente, ni à des mesures professionnelles.

12. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision de l'intimé du 18 mai 2020 confirmée.

b) La procédure en matière d'assurance-invalidité étant onéreuse (art. 69 al. 1^{bis} LAI), les frais judiciaires, fixés à 400 fr., doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe.

La recourante bénéficie toutefois, au titre de l'assistance judiciaire, de l'exonération d'avances et de frais judiciaires (art. 118 al. 1 let. c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Dès lors, les frais judiciaires sont provisoirement supportés par le canton. Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement correspondantes (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a pas lieu d'octroyer des dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause et qui n'est de toute façon pas représentée par un mandataire professionnel (art. 61 let. f LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 18 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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

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

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B._____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :