

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 novembre 2021

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
MM. Neu, juge, et Küng, juge assesseur  
Greffière : Mme Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à (...), recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat à Lausanne,

et

**O.** \_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

## **En fait :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est au bénéfice d'un certificat de capacité fédéral (CFC) de dessinatrice en électricité obtenu en [...]. Elle a travaillé en dernier lieu pour le groupe [...] dès septembre 2000, à un taux de 60-70%. Elle a été licenciée en mai 2017, à la suite d'une restructuration et d'un conflit avec son employeur.

Le 10 avril 2018, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI et l'intimé) en indiquant, au titre de l'atteinte, souffrir d'un épuisement physique et psychologique, de crises d'angoisse, d'une détresse émotionnelle et de troubles du sommeil.

[...], assureur perte de gain, a produit son dossier à l'OAI en juillet 2018, dont sont extraits les deux rapports suivants :

- un rapport médical intermédiaire du 24 mars 2017 établi par la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, qui a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1). Elle a précisé que « à la suite de critique de son travail, de menaces de licenciement, de rétrogradation au rang de stagiaire dans l'entreprise, la patiente développe des symptômes de la lignée dépressive : angoisses, asthénie, insomnie sévère, inappétence, tristesse, idées noires, troubles de la concentration + de la mémoire, dépréciation d'elle-même ». L'incapacité de travail était totale depuis le 27 janvier 2017.
- un rapport de la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 12 septembre 2017, laquelle a évoqué une recrudescence de la symptomatologie dépressive (état dépressif moyen, F32.1) suite au licenciement en mai 2017, justifiant une incapacité totale de travail. Elle a également retenu le diagnostic de trouble mixte de la personnalité

(F61) avec trait de personnalité borderline et trait de personnalité dyssoziale.

Dans un rapport du 9 novembre 2018 à l'OAI, la Dre R. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3) depuis l'adolescence, d'état dépressif moyen (F32.1 ; probable trouble dépressif récurrent), au moins depuis février 2017 et de trouble anxieux généralisé (depuis un an et demi au moins). Le pronostic pour une activité à 100% était réservé dès lors que l'assurée n'avait jamais pu travailler sur une période prolongée à 100% et avait obtenu lors de son emploi antérieur un aménagement de ses horaires de travail parce qu'elle n'arrivait pas à gérer le stress d'une activité à plein temps. La Dre R. \_\_\_\_\_ a également évoqué au titre de la situation médicale (2.1 du rapport) un passif de toxicomanie (héroïne, cocaïne et autres substances) au début de l'âge adulte, avec actuellement une consommation de cannabis le soir et une dépendance tabagique.

La Dre R. \_\_\_\_\_ a répondu aux questions complémentaires de l'OAI le 25 février 2019, en indiquant que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait pas encore de reprendre une activité même adaptée. Le trouble de la personnalité antérieure à la décompensation dépressive actuelle faisait craindre une chronicisation et émettre des réserves quant au recouvrement d'une capacité de travail dans l'activité antérieure. Les limitations fonctionnelles étaient la fatigue, la perte d'intérêt, une labilité émotionnelle, une irritabilité avec difficulté à gérer les frustrations et une impulsivité dans ce contexte, une anxiété importante devant toute tâche nouvelle occasionnant souvent une insomnie complète et des difficultés de concentration. La situation devait être réévaluée dans trois à six mois avant d'envisager une mesure professionnelle.

L'OAI a réinterpellé la Dre R. \_\_\_\_\_ le 25 mars 2020, avec une série de questions concernant l'état de santé de l'assurée et son évolution depuis le dernier rapport du mois de février 2019, auxquelles elle a répondu le 19 mai 2020. Elle a mentionné un diagnostic d'épisode dépressif léger, tout en indiquant que l'évolution restait fluctuante, en lien

avec des difficultés psychosociales, la présence de crises de colère, de menace d'auto et/ou d'hétéro-agressivité et de prise d'alcool. Il existait une notion d'isolement social et d'irritabilité avec agitation psychomotrice. Les limitations fonctionnelles d'ordre strictement psychiatrique étaient la fatigue, le manque de motivation, l'impossibilité à se mobiliser le matin et la difficulté à garder un rythme diurne-nocturne, des difficultés majeures dans la gestion des émotions, des difficultés dans la gestion de stress mineur et des difficultés d'adaptation aux changements. L'assurée présentait très peu de ressources mobilisables, les contacts sociaux étaient en général mal vécus, source de tension aboutissant souvent à des crises de colère ou d'angoisse. La seule ressource était son goût pour les activités manuelles fines et la peinture. A la demande de l'OAI, la Dre R.\_\_\_\_\_ a décrit une journée-type de l'assurée comme suit : « elle se lève entre 11h et 14h, boit quelque chose mais ne prend pas de petit déjeuner, fait une toilette rapide. Elle fait souvent un peu de rangement et de ménage mais n'arrive pas à se motiver pour faire un ménage complet de la maison. Elle prend 1 fois par jour un repas préparé par son mari. L'après-midi elle se consacre parfois à des tâches administratives ou à des rendez-vous ou sort faire les courses 2 à 3 fois par semaine. Elle fait la lessive avec l'aide de son mari 1 fois par semaine. Elle fait occasionnellement une promenade. Elle regarde la télévision et passe du temps sur internet mais indique qu'elle est souvent passive et qu'elle n'est pas longtemps concentrée sur l'émission de télévision ou la recherche sur internet. Elle se couche entre 2 et 4 h du matin depuis de nombreuses années (même quand elle avait un travail) ». Pour le surplus, la Dre R.\_\_\_\_\_ a maintenu le diagnostic psychiatrique déjà retenu dans ses précédents rapports et confirmé que la capacité de travail était toujours nulle dans toute activité.

Le 29 octobre 2020, la Dre R.\_\_\_\_\_ a transmis, à la demande de l'OAI, un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2017 établi par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychothérapie, à l'attention du médecin conseil de [...]. Il résumait la situation de l'assurée comme suit :

« L'on est en présence d'une assurée de 45 ans, en couple, qui œuvre depuis à peu près seize - dix-sept ans en qualité de dessinatrice électricienne dans une entreprise de construction, qui a été confrontée à des changements dans ses conditions de travail qui

semblent avoir été progressivement de plus en plus pénibles. Ces dernières ne sont peut-être plus compatibles avec sa santé.

Après l'exposition à un facteur de stress psychosocial qui est un licenciement qui se révèle ne pas en être un de façon claire, elle a présenté un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) qui, dans l'intervalle, s'est aggravé en un épisode dépressif moyen (F32.1), en cours de rémission.

Les symptômes sont en partie confirmés à l'observation directe. L'on a néanmoins une rémission suffisante des symptômes pour envisager un retour à l'emploi dans un bref délai, dès le 1<sup>er</sup> mai ou au plus tard dès le 8 mai 2017. Elle en a été informée de vive voix.

L'assurée serait mieux avisée de donner son congé pour motif de santé, trouver un autre employeur ou s'inscrire à la caisse de chômage ».

Le Dr L. \_\_\_\_\_ a ajouté que l'assurée présentait un possible trouble de la personnalité (F60.9) ou une modification gênante de la personnalité (F61.1), en lien avec une enfance qui n'avait pas été toujours heureuse et propice à un bon développement.

Afin de clarifier la situation, l'évolution des troubles psychiques, les diagnostics psychiatriques et les limitations fonctionnelles, l'OAI a reconnu la nécessité d'une expertise médicale psychiatrique. L'office a mandaté le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour sa mise en œuvre, lequel a établi son rapport le 23 décembre 2020. Aux termes de ses investigations, cet expert n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant et a conclu à une pleine capacité de travail sans diminution du rendement depuis janvier 2017. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert-psychiatre a retenu un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, puis léger, avec des attaques de panique hebdomadaire (sans impact sur le quotidien), depuis janvier 2017, dans le contexte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante, non décompensé, et d'une dépendance éthylique et au cannabis. L'assurée gardait de bonnes capacités et ressources personnelles, puisqu'elle arrivait à gérer son quotidien sans difficultés et à avoir une vie sociale réduite mais pas avec un isolement social total. L'expert X. \_\_\_\_\_ n'a par ailleurs retenu aucune incohérence avec une assurée authentique,

qui n'exagère pas la journée type ou les activités encore possibles, la seule incohérence étant une demande AI avec l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques objectivables chez une personne qui gère son quotidien sans difficultés objectivables depuis janvier 2017, a plusieurs hobbies, fait des activités variées et sort de chez elle. L'expert a qualifié de primaire la dépendance éthylique, utilisation épisodique et au cannabis utilisation continue depuis le début de l'âge adulte, celle-ci ayant précédé de plus d'une décade les rechutes dépressives de 2017. L'évolution était globalement stationnaire depuis janvier 2017, avec un suivi peu fréquent, sans prise en charge de la dépendance au cannabis et à l'alcool et sans traitement antidépresseur à des taux sanguins efficaces.

Le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a retenu, dans un rapport du 5 janvier 2021, que l'expertise psychiatrique du Dr X. \_\_\_\_\_ était concluante grâce à une discussion convaincante, de sorte que l'OAI pouvait considérer, à l'égard de l'assurée, qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans toute activité, depuis toujours.

L'OAI a fait parvenir un projet à l'assurée le 1<sup>er</sup> février 2021 par lequel il l'informe qu'elle n'a droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité, dès lors qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante.

L'assurée s'est opposée, par l'intermédiaire de son conseil Me Gilles-Antoine Hoffstetter, à ce projet par courriers des 5 février et 12 mars 2021, critiquant en particulier l'expertise du 23 décembre 2020 qui comportait selon elle de nombreuses erreurs et imprécisions auxquelles elle souhaitait que le Dr X. \_\_\_\_\_ soit confronté. Elle a en outre transmis le 15 mars 2021 un rapport du 8 mars 2021 établi par la Dre R. \_\_\_\_\_, dans lequel elle identifie différents points qui entachent l'appréciation du Dr X. \_\_\_\_\_. Elle conteste en particulier l'appréciation de l'expert s'agissant du trouble de personnalité, relevant d'une part que le concept « décompensé/ non-décompensé » d'un

trouble de personnalité ne fait pas partie de la CIM-10, et reprochant d'autre part au Dr X. \_\_\_\_\_ d'avoir mal pris en compte les conséquences de ce trouble sur l'inadaptation de l'assurée au monde professionnel depuis l'adolescence. Au sujet de la dépendance éthylique et de l'utilisation du cannabis, elle a critiqué l'appréciation de l'expert qui a retenu une dépendance primaire, alors que pour sa part, la dépendance fait partie du trouble de la personnalité. La Dre R. \_\_\_\_\_ a poursuivi en relevant que l'état de santé de l'assurée aurait nécessité à plusieurs reprises des hospitalisations, auxquelles l'intéressée s'était opposée, de crainte d'être confrontée à des patients encore plus mal qu'elle et par peur de l'inconnu. Elle a rappelé que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré constamment adapté à son état clinique et à sa capacité d'élaboration. S'agissant de la médication, elle a précisé que l'assurée était particulièrement méfiante à l'égard des médicaments mais qu'elle avait pu initier un antidépresseur qui avait permis d'améliorer l'humeur. Enfin, la Dre R. \_\_\_\_\_ est revenue sur plusieurs constatations de l'expert en relevant que si l'assurée avait refusé des mesures professionnelles, c'est qu'elle ne se sentait pas capable de faire face au stress qu'elles représentaient, que l'assurée lui avait toujours indiqué n'avoir aucun amis, qu'elle avait progressivement amélioré la communication avec sa famille et ses proches au travers de nombreuses consultations, que reprendre une activité quotidienne à heure fixe en dehors du domicile représentait un stress important alors qu'elle avait déjà beaucoup de difficultés à gérer son quotidien. Dans ce contexte, une mesure de réinsertion telle une mesure de réentraînement de type art-thérapie en groupe, semblait actuellement la seule chose dans son état qui soit exigible.

Dans un avis SMR du 30 mars 2021, la Dre [...], a considéré que le rapport de la Dre R. \_\_\_\_\_ ne constituait qu'une appréciation psychiatrique différente d'un même état de fait et qu'en particulier elle ne démontrait aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif sur le plan psychiatrique qui justifierait une péjoration clinique

durable de l'état de santé psychique de l'assurée depuis le rapport SMR du 27 janvier 2021.

Par décision du 1<sup>er</sup> avril 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1<sup>er</sup> février 2021.

**B.** Par acte du 6 mai 2021, S.\_\_\_\_\_, représentée par Gilles-Antoine Hofstetter, a interjeté un recours à l'encontre de cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2018 au plus tard, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Elle reproche en substance à l'intimé d'avoir fondé sa décision sur le rapport d'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_, alors qu'il comporte nombres d'imprécisions, de lacunes et d'erreurs, identifiées par la Dre R.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 mars 2021, notamment s'agissant du diagnostic retenu, des répercussions du trouble de la personnalité sur la capacité de travail, de la description des activités quotidiennes, de la retranscription des antécédents professionnels et personnels et de l'évaluation de sa situation sociale.

Dans sa réponse du 22 juin 2021, l'OAI a rappelé la jurisprudence selon laquelle il se justifie d'attacher plus de poids aux constatations de l'expert qu'à celles du médecin traitant, lequel est plus enclin à prendre parti pour son patient. Il a ainsi renvoyé aux conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_ ainsi qu'à celles du SMR du 30 mars 2021, pour préavis en faveur du rejet du recours et du maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 13 juillet 2021, la recourante a relevé que la réponse de l'office intimé était lacunaire puisqu'il se contentait de se prononcer sur l'éventuelle survenance d'une modification significative de son état de santé psychique depuis l'avis SMR du 30 mars 2021, alors que son recours portait essentiellement sur l'appréciation médicale divergente de l'importance de ses troubles incapacitants. Elle

a rappelé à cet égard les nombreuses erreurs et imprécisions qui affectaient l'expertise du 23 décembre 2020 et sur lesquels l'intimé ne se déterminait pas.

Le 2 août 2021, l'intimé a répliqué en rappelant que le rôle des experts consistait à émettre un jugement sur l'état de santé d'un assuré et d'en évaluer les répercussions sur la capacité de travail sans se laisser influencer par des éléments psychosociaux ou socio-culturels étrangers à l'invalidité. Il a renvoyé pour le surplus aux pièces médicales du dossier ainsi qu'à son mémoire du 22 juin 2021.

La recourante observe dans ses déterminations du 10 août 2021 que l'intimé ne précise pas en quoi l'appréciation médicale opérée par la Dre R. \_\_\_\_\_ aurait été influencée par des éléments psychosociaux et sociaux culturels étrangers à l'invalidité.

### **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.** 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. 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.

**5. 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).

**6. a)** 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).

**b)** 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).

**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).

**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).

**7.** En l'espèce, l'intimé a fondé la décision litigieuse sur le rapport d'expertise établi par le Dr X. \_\_\_\_\_ le 23 décembre 2020, lequel a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant. L'OAI a ainsi retenu que, dans la mesure où la recourante présentait une pleine capacité de travail depuis toujours, elle n'avait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

La recourante pour sa part se prévaut d'une complète inaptitude à reprendre une quelconque activité lucrative et prétend à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité.

**a)** Il n'est pas contesté que sur le plan strictement somatique, la recourante ne présente aucune atteinte invalidante. Elle a certes décrit dans le cadre de sa demande AI présenter des problèmes de dos, de genoux et d'arthrose, et a indiqué souffrir de douleurs musculaires et de somatisations dues à sa condition psychique. Cela étant, rien dans la documentation médicale au dossier ne tend à prêter un caractère invalidant à ces pathologies dont la recourante ne se prévaut d'ailleurs plus au cours de la procédure d'examen de sa situation médicale par l'intimé. On observera que dans ce contexte, l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une somatisation alors que l'intéressée ne rapporte pas sérieusement de plaintes douloureuses, n'entre pas en ligne de compte.

Sur la base de ces éléments, on peut conclure que l'assurée présente une pleine capacité de travail sur le plan somatique.

**b)** Le volet psychiatrique a fait l'objet d'une expertise réalisée par le Dr X.\_\_\_\_\_. Il ressort de ses conclusions (expertise psychiatrique, p. 40, ch. 7) que la recourante présente un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, puis léger depuis janvier 2017 au présent (F33.11/F33.0), un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante actuellement non décompensé (F61), de phobie sociale légère (F40.1), et de dépendance à plusieurs substances éthylique avec utilisation épisodique et au cannabis avec utilisation continue sans impact sur le quotidien (F19.2). Le Dr X.\_\_\_\_\_ a exclu le diagnostic d'anxiété, lui préférant celui de troubles paniques hebdomadaires, sans impact sur le quotidien (F41.0). L'évaluation du Dr X.\_\_\_\_\_ repose sur un entretien et une anamnèse détaillée (Ibid., pp. 11-24) et une analyse de l'ensemble des critères diagnostics relatifs en particulier aux troubles des lignées dépressive et anxieuse, aux troubles de la personnalité et de l'adaptation et à l'évaluation des dépendances (Ibid., pp. 28-39). Sur le plan clinique, l'expert a dressé le tableau suivant (Ibid., pp. 24 à 28, ch. 4) :

« L'assurée a une bonne présentation et une hygiène adéquate. Elle porte un jogging gris, un pull violet, un gilet sans manche noir et un

foulard sur la tête et elle porte un piercing au nez, sans maquillage et elle fait un peu plus jeune que son âge.

Interactions, coopération et motivation : l'assurée a eu une coopération excellente, sans un contact de type psychotique. (....).

Constats somatiques : Nihil, dans l'absence de limitations fonctionnelles significatives, sans positions antalgiques, ni mimiques algiques.

Constats psychiatriques :

- fonctions cognitives (attention, concentration) : Dans la norme, sans troubles de la concentration objectivables, ni de la mémoire au cours des entretiens d'expertise, chez une assurée qui peut gérer l'administratif, lire et conduire la voiture.
- Pensée : Dans la norme, sans troubles du cours ou du contenu de la pensée.
- Symptômes anxieux, Attitude anxieuse, transpirations, frottement des mains, autres signes physiques d'anxiété : Pas de signes d'anxiété visibles.
- Affectivité (intérêt, plaisir pour les activités de la vie quotidienne) : L'assurée a des plaisirs conservés avec son mari, en famille avec des amis, lors des promenades, des lectures, quand elle surfe sur internet, quand elle fait des bricolages, etc.
- Tristesse (sentiment de désespoir, sentiment d'inutilité) : Modérée, parfois légère, mais présente la plupart de la journée depuis janvier 2017 selon l'anamnèse.
- Thymie haute (hypomanie, manie) : Absente.
- Fuite d'idées, coq à l'âne : Absents.
- Pleurs spontanés : Non.
- Confiance en soi : Diminuée selon l'assurée depuis toujours, plus basse depuis janvier 2017 au présent.
- Culpabilité : Idées de culpabilité pathologique absentes.
- Appétit/BMI : L'assurée a un appétit diminué, avec un poids actuellement stable et une prise pondérale dans le passé en lien avec des grignotages selon l'anamnèse.
- Libido : Fluctuante.
- Idées noires : l'assurée présente des idées noires passives sans désir de passage à l'acte.
- Perception de l'avenir en général : L'assurée a une vision pessimiste par rapport à son avenir professionnel avec des avantages secondaires clairement exprimés estimant ne pas pouvoir trouver un emploi adapté à son âge après une pause professionnelle, tout en ayant du temps pour récupérer après ses abus éthyliques hebdomadaires.
- Comportement observable, Ralentissement psychomoteur ou agitation : Absents.
- Compulsivisé (décrit ou observé) : Absente.
- Evitement (décrit ou observé) : L'assurée évite les situations sociales chargées avec une phobie sociale légère.
- Le cours de la pensée : normal, sans troubles du cours ou du contenu de la pensée.
- Symptômes psychotiques : Absents au moment de l'expertise.
- Attitude d'écoute : Absente.
- Hallucinations auditives exprimées spontanément ou sur demande : Non.

- Bizarreries du comportement : Non
- Délire avec thématique et mécanisme : Non.
- Blocages, barrages, émoussement affectif : Non ».

Eu égard à la grille des indicateurs instaurée par le Tribunal fédéral, le degré de gravité du tableau clinique et la question des capacités, des ressources et des difficultés de la recourante ont été commentées par le Dr X.\_\_\_\_\_. Il a en particulier relevé que l'intéressée gardait de bonnes capacités et ressources personnelles, car elle arrivait à gérer son quotidien d'un point de vue psychiatrique, à faire des bricolages, à avoir quelques contacts sociaux, à faire les courses et le ménage, à lire, à gérer l'administratif, à conduire la voiture, à se promener, à avoir des bonnes relations en famille ou avec des amis (Ibid., p. 41). D'après l'expert, la symptomatologie psychiatrique de l'assurée n'engendrait aucune limitation fonctionnelle psychiatrique significative, puisqu'il n'avait objectivé qu'une tristesse subjective fluctuante ou légère sans répercussion sur le quotidien, une impulsivité modérée, une phobie sociale légère, des difficultés de concentration subjectives, une fatigue subjective, sans isolement social total, mais partiel tout au plus et sans autres limitation objectivables et avec des attaques de panique hebdomadaires et des prises épisodiques d'alcool (Ibid., pp. 40-41). L'atteinte à la santé n'était par conséquent pas grave, en l'absence de limitations fonctionnelles significatives chez une assurée qui gérait seule son quotidien sans aide (Ibid., p. 42). S'agissant spécifiquement du trouble de la personnalité, l'expert a précisé que l'assurée présentait certes des comportements durables et stables nettement dysharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, mais que ce trouble, non décompensé, n'avait pas empêché l'assurée de gérer son quotidien sans limitations. Elle avait pu se former et travailler sans limitations dans le passé durant dix-sept ans dans la même entreprise à un taux de 60 à 70%.

S'agissant de la médication, le Dr X.\_\_\_\_\_ a observé une certaine insuffisance des mesures thérapeutiques, en indiquant que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était globalement stationnaire depuis janvier 2017, avec un traitement antidépresseur sous dosé et un

suivi psychiatrique seulement mensuel ou bimensuel et sans sevrage aux substances (Ibid., p. 42, ch 7.4).

Quant à la question de la cohérence et de la plausibilité, il s'est exprimé comme suit :

« Nous n'avons retenu aucune incohérence chez une assurée authentique, qui n'exagère pas la journée type ou les activités encore possibles, la seule incohérence étant une demande AI, dans l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques objectivables chez une assurée qui gère son quotidien sans difficulté objectivables depuis janvier 2017, les courses, le ménage, l'administratif, conduit la voiture, etc.

Nous ne retenons pas de discordance entre les troubles dépressifs récurrents moyens et puis légers dans un contexte de trouble de la personnalité émotionnellement labile décrits par la psychiatre traitante et la journée type. Par contre, nous ne retenons pas d'anxiété généralisée chez une assurée qui n'est pas tout le temps sur la brèche, mais plutôt des attaques de panique hebdomadaires.

Nous ne retenons pas de discordance entre un trouble dépressif moyen décrit par le premier expert et la description de la journée type, mais nous retenons une nette discordance entre un trouble de l'adaptation qui serait présent en même temps que le trouble dépressif moyen. En effet, selon la CIM-10 les deux entités sont mutuellement exclusives, ce qui apparaît comme bizarre à retrouver dans une expertise psychiatrique. De plus l'expert ne discute pas les indices jurisprudentiels de gravité lorsqu'il apprécie la capacité de travail d'un point de vue purement clinique.

Nous retenons des discordances entre un trouble de la personnalité qui serait incapacitant selon la psychiatre traitante chez une assurée qui a pu se former et travailler de façon stable durant 17 ans à 60-70% dans la même entreprise et qui n'est pas décompensé, sans hospitalisation psychiatrique, sans traitement psychotrope à des taux sanguins efficaces et sans suivi hebdomadaire et sans impact sur le quotidien selon la journée type.

Nous retenons des discordances significatives entre une capacité de travail diminuée ou nulle selon la psychiatre traitante et les activités possibles durant une journée type chez une assurée qui gère son quotidien sans difficultés significative, qui peut réaliser les courses, le ménage, préparer à manger, qui se promène, qui conduit la voiture, qui lit, qui surfe sur internet, regarde la télévision et qui passe des bons moments en famille, avec son mari, des membres de famille, ou avec des amis malgré un isolement social partiel mais pas total, qui s'occupe parfois des animaux de sa voisine, qui fait des bricolages, etc.

L'absence d'une hospitalisation en psychiatrie, le suivi psychiatrique mensuel ou bimensuel et pas hebdomadaire, sans traitement antidépresseur à des taux sanguins efficaces pris avec une compliance partielle et sans changement du traitement

antidépresseur depuis 2017 au présent, plaide indirectement contre des limitations fonctionnelles significatives et contre un trouble psychique incapacitant (Ibid. p. 23) ».

Plus loin, l'expert retient ce qui suit :

« (...). Nous avons objectivé une cohérence faible entre certaines plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue subjective et le constat objectif ou des plaintes subjectives, s'inscrivant dans un contexte de trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante avec des bénéfices primaires et des bénéfices secondaires exprimés, mais sans exagération des plaintes (Ibid, p. 43, ch. 8.7) ».

Au regard de la description qui précède, on observera que l'expertise tient compte des indicateurs pertinents (consid. 6 supra), telles que la cohérence et la plausibilité ainsi que des ressources de la recourante, dans l'évaluation de son état de santé psychique et des répercussions – en l'occurrence aucune – sur sa capacité de travail. L'expert s'est prononcé en pleine connaissance de l'ensemble des pièces du dossier et au terme d'un examen minutieux de la situation de la recourante. Cette dernière a eu l'occasion de faire part de ses plaintes et d'exposer l'ampleur de ses atteintes sur les plans personnel et professionnel. Les raisons conduisant à nier l'existence d'une atteinte invalidante au plan psychiatrique est largement étayée et les conclusions sont claires et bien motivées. On peut donc retenir que le rapport d'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_, fondant la décision litigieuse, remplit tous les réquisits jurisprudentiels (cf. supra consid. 7) pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

**c)** De son côté, la recourante n'apporte pas d'élément de nature à remettre sérieusement en cause les conclusions de l'expert psychiatre. Elle les conteste néanmoins vivement, concentrant l'essentiel de ses griefs sur les éléments de fait retenus par l'expert. D'après elle, son rapport est truffé d'erreurs et d'imprécisions (cf. recours p. 10) et dès lors qu'il se fonde sur une constellation factuelle lacunaire, voire orientée, il n'est pas probant.

Le Dr X.\_\_\_\_\_ aurait ainsi retenu à tort que l'assurée a plusieurs hobbies, ou qu'elle s'occupe des animaux de sa voisine

(hérissons et chat), pour conclure que les capacités et ressources personnelles sont préservées. Elle a pourtant déclaré à l'OAI qu'elle avait pour hobby de faire des bricolages (dossier AI : pièce 4, p. 9, point 4 - *l'assurée a pour hobby de faire du bricolage et plus particulièrement des maisons de fées*). Cet élément figure également dans son curriculum vitae (Ibid., pièce 10), puis a été relevé comme ressources disponibles par la psychiatre traitante (Ibid., pièces 38 et 49) ainsi que par l'expert L. \_\_\_\_\_ (Ibid., pièce 70). Quant au fait que l'assurée a des liens avec sa voisine et qu'elle s'occupe de son chat et de ses hérissons (expertise psychiatrique, pièce 80, p. 20), on voit mal qu'il s'agisse d'éléments imaginés par l'expert, tant il est peu commun de s'occuper de hérissons. Il est en outre précisé qu'elle s'entend bien avec cette voisine, ce qui suggère que ses propos ne se sont pas limités à dire qu'elle s'occupe de ses bêtes mais à donner des détails sur la relation (bonne entente avec la voisine). C'est aussi qu'elle nie, dans le cadre de son recours, avoir des liens sociaux (recours, p. 14). D'après l'expert, elle a pourtant déclaré avoir quelques liens sociaux, qu'elle sortait de chez elle sans difficulté, étant précisé qu'elle voyait occasionnellement des amis de son mari et partageait des moments avec sa sœur et sa mère deux à trois fois par mois (expertise psychiatrique, pp. 12 et 14). S'agissant des actes quotidiens, l'assurée arrive à les gérer sans difficultés objectivables et partage les tâches avec son mari (expertise psychiatrique, p. 14). Elle a précisé que le couple partageait les tâches ménagères de la même manière qu'avant son arrêt de travail et qu'elle gère son administratif seule. Ces éléments concordent avec la description d'une journée type relatée par la psychiatre traitante dans son rapport du 19 mai 2020.

La recourante affirme, pour ce qui concerne la conduite, qu'il est *complètement faux* de retenir qu'elle peut se déplacer en voiture sans difficulté (cf. recours, p. 12). On observe néanmoins que la psychiatre n'a d'abord émis aucun doute sur la capacité de l'intéressée à conduire sa voiture, sous réserve d'une évaluation fréquente en fonction de la tolérance à la médication (dossier AI : pièce 38). L'expert X. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée se déplaçait en voiture sans difficultés en évitant de boire de l'alcool quand elle conduit (expertise psychiatrique, p. 21) ; ce

point a fait l'objet d'une discussion entre l'expert et l'expertisée et fait suite à l'indication qu'elle a eu un retrait de permis après avoir conduit en état d'ébriété. Manifestement, l'assurée conduit. S'agissant des transports en commun, il est indiqué qu'elle peut y recourir ponctuellement sans difficulté significative. A cet égard, le fait qu'elle a dû se faire accompagner pour se rendre sur le lieu de l'expertise et qu'elle était très angoissée à l'idée de devoir se rendre en région genevoise n'est pas suffisant pour en déduire qu'elle n'est pas capable de prendre les transports publics, étant admis de penser que la simple perspective de se rendre à Genève pour se soumettre à une expertise psychiatrique peut être source d'angoisse.

Pour la recourante, le Dr X. \_\_\_\_\_ a par ailleurs retenu, *de façon incompréhensible*, qu'elle ne bénéficiait pas de suivi psychologique. Cette assertion est pourtant correcte puisqu'en réalité elle bénéficie, ainsi qu'elle l'explique elle-même (recours, p. 21) d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique. Ce traitement a été mentionné par le Dr X. \_\_\_\_\_, qui a d'ailleurs parlé d'un suivi psychiatrique *seulement* mensuel ou bimensuel, sous entendant que c'était insuffisant pour une prise en charge adéquate de l'intéressée (expertise psychiatrique, p. 42, ch. 7.4).

Les nombreuses critiques formulées par l'assurée à l'égard de l'expertise consistent essentiellement à contester les éléments factuels retranscrit par l'expert, en partant du principe qu'il a établi un rapport orienté en vue de limiter l'impact de ses atteintes psychologiques sur sa capacité de travail. La recourante ne parvient toutefois pas à convaincre que l'expert aurait arrangé les faits et adapté les déclarations de l'assurée (notamment s'agissant des relations sociales, des hobbies et autres activités entreprises au domicile) à sa convenance pour orienter le résultat de l'examen, puisque le rapport de l'expert est étayé par des documents et même par les propres déclarations de la recourante faites hors expertise, qui se recourent. On rappellera par ailleurs qu'en droit des assurances sociales s'applique de manière générale la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un

fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2 et la référence citée). Il n'y a pas lieu en l'occurrence de s'écarter de cette jurisprudence.

**d)** S'agissant plus spécifiquement des rapports médicaux au dossier, la psychiatre traitante a posé les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité (F61) avec trait de personnalité borderline et trait de la personnalité dyssociale et état dépressif moyen (F32.1 ; dossier AI : pièce 17). Plus tard, elle a retenu le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3) depuis l'adolescence, état dépressif moyen (F32.1) devenu trouble dépressif récurrent léger (F33.0), depuis au moins février 2017 et trouble anxieux généralisé (F41.1) depuis l'été 2016 (Ibid., pièces 38 et 49). L'expert X. \_\_\_\_\_ a posé des diagnostics proches. La divergence porte essentiellement sur l'impact de ces diagnostics sur la capacité de travail, dans la mesure où, pour la psychiatre-traitante, ils sont totalement invalidants alors qu'ils permettent une pleine capacité de travail pour l'expert. La psychiatre traitante retient par ailleurs un trouble anxieux que l'expert a pour sa part écarté au terme d'une analyse qui est convaincante. A l'examen clinique, il a expliqué avoir pu constater l'apparition en quelques minutes d'au moins quatre symptômes physiques d'anxiété et cela sans raison apparente, avec des attaques de panique une fois par semaine selon l'anamnèse. L'assurée a en effet décrit des palpitations et des battements de cœur plus importants lors de l'arrivée imprévisible des angoisses, présenter des transpirations diffuses, des tremblements durant les moments de panique et des sensations de dyspnée, ce qui l'angoissait encore plus durant les attaques de panique, ainsi qu'une peur de perdre le contrôle, et de devenir folle, voire peur de mourir. L'expert a toutefois retenu que les attaques de panique ne duraient que quelques minutes et qu'elles n'avaient pas d'impact sur le quotidien. Il n'a pour le surplus pas relevé de préoccupation excessive pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée chez une assurée qui n'est pas constamment sur la brèche et n'a pas pu

mettre en exergue de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif ni de phobie, en dehors d'une phobie sociale légère. A l'examen psychométrique pour l'anxiété, la passation de l'échelle d'anxiété de Hamilton a révélé une anxiété mineure. L'expert a ainsi écarté l'existence de troubles anxieux spécifiques, les symptômes anxieux résiduels faisant partie de troubles dépressifs récurrents moyens et parfois légers depuis janvier 2017 au présent. Il n'a en particulier pas retenu d'anxiété généralisée chez une assurée qui n'est pas tout le temps sur la brèche, mais plutôt des attaques de panique hebdomadaires. Cette appréciation est motivée et fondée sur des examens complets. Elle peut être suivie, ce d'autant que la psychiatre-traitante n'étaye guère son diagnostic si ce n'est en évoquant la symptomatologie rapportée par sa patiente (sentiment de nervosité, palpitations et autre symptômes) et ceux objectivés en entretien (tremblement quand on parle d'un sujet sensible, mouvement des doigts, transpiration profuse, souffle court).

Pour ce qui est de l'impact sur la capacité de travail des atteintes retenues, la psychiatre-traitante élabore essentiellement autour des conséquences du trouble de la personnalité sur l'inadaptation au monde professionnel depuis l'adolescence. Elle a rappelé à cet égard les difficultés rencontrées par l'assurée pour terminer sa formation, puis s'adapter à son poste de travail. Elle avait dû en effet repasser ses examens à trois reprises avant de décrocher son certificat de capacité, puis elle n'avait jamais été en mesure de travailler à 100% malgré son souhait. Son patron avait accepté qu'elle ne travaille qu'à 60-70% parce qu'elle ne parvenait jamais à être à l'heure le matin et avait besoin de prendre beaucoup de pauses pendant la journée. Elle avait encore rapporté qu'elle n'avait jamais assumé les mêmes responsabilités que ses collègues mais que cela avait été toléré jusqu'à ce que son responsable soit remplacé. Depuis lors, sa situation professionnelle s'était largement péjorée, et elle avait fini par être licenciée. Pour la Dre R.\_\_\_\_\_, les difficultés professionnelles rencontrées par l'assurée étaient une indication de ses difficultés d'adaptation au milieu professionnel en lien avec son trouble de personnalité, qui justifiaient de lui reconnaître une incapacité de travail.

On relèvera en premier lieu que le fait de subir des échecs dans le cursus d'une formation n'a rien d'inhabituel et que même à devoir s'y reprendre à trois fois pour obtenir un CFC n'est pas nécessairement le signe de limitations fonctionnelles ou intellectuelles. On notera d'ailleurs que l'assurée a finalement obtenu son certificat et que ses échecs peuvent tout aussi bien avoir été favorisés par un épisode dépressif, ou par sa consommation excessive de produits alcooliques ou stupéfiants. Elle a en effet mentionné la résurgence de ses troubles à ses 17 ans et un premier épisode dépressif, suivi d'un deuxième à ses 25 ans, l'actuel étant le troisième (expertise psychiatrique, pp. 14-15). Elle a par ailleurs été en mesure d'occuper plusieurs emplois au cours de sa carrière professionnelle, dont le dernier durant dix-sept années auprès de la même entreprise. La recourante dit certes n'avoir jamais donné satisfaction à son employeur, ce qui paraît toutefois questionnable vu la durée des rapports de travail. Le courrier du 3 juillet 2017 (dossier AI ; pièce 87), visiblement rédigé par l'employeur dans le contexte d'un conflit de travail avec l'assurée au sujet de l'établissement d'un certificat de travail, n'est pas déterminant. En tous les cas, il ne saurait attester de l'existence d'une incapacité de travail alors qu'il est patent que la recourante a du mal à respecter les horaires de travail depuis le début de son emploi et sachant que l'insatisfaction d'un employeur, au demeurant au bout de dix-sept ans, n'est pas encore le signe d'une incapacité de travail de l'employé. Il est relevé encore que le dossier de la cause ne comporte aucune indication d'arrêts de travail attestés pendant la durée de son engagement auprès de [...], pas plus qu'il n'y a d'éléments concrets permettant d'objectiver l'insuffisance de rendement ou de qualité du travail alléguées, celles-ci relevant pour l'essentiel du propre discours de l'assurée, lequel est rapporté par sa médecin-psychiatre dans son rapport du 8 mars 2021. On souligne encore que la Dre J.\_\_\_\_\_, médecin-traitante, de même que la psychiatre-traitante, ont attesté d'une incapacité de travail dès le 27 janvier 2017 (Ibid., pièces 33 et 104), à la suite du licenciement de la recourante. Pour ce premier médecin, la recourante avait développé un état anxio-dépressif à la suite d'un conflit du travail et une activité identique chez un autre employeur devait être

possible. La psychiatre-traitante a évoqué quant à elle que le conflit du travail et ses tracasseries administratives était à l'origine d'une majoration importante de l'angoisse, d'insomnies, du retour de l'alcoolisation et d'une majoration de la consommation de cigarettes et de cannabis (Ibid., pièce 17), ce qui plaide en faveur d'une limitation passagère réactive à un événement, à savoir le conflit avec l'employeur et le licenciement qui a suivi. C'est seulement par la suite que la psychiatre-traitante a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 19 septembre 2018 (Ibid., pièce 40 p. 113), mentionnant que celle-ci était probablement déjà entravée depuis des années (Ibid., pièce 49). Cette incapacité de travail antérieure n'est toutefois objectivée que par le fait que la recourante a dû s'y reprendre à trois fois pour obtenir un CFC et qu'elle a été licenciée après avoir passé dix-sept ans auprès d'un même employeur. Les suivis auprès de la médecin traitante et de la psychiatre remontent d'ailleurs à 2017, ce qui ne va pas dans le sens de l'existence d'une atteinte psychiatrique si grave qu'elle aurait été invalidante depuis que l'assurée est jeune adulte.

La Dre R.\_\_\_\_\_ critique l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_ pour qui la dépendance éthylique et l'utilisation du cannabis est une dépendance primaire. En effet, pour la psychiatre-traitante, l'usage de substances est fréquent dans les troubles de personnalité émotionnellement labile, parce qu'elles sont le moyen d'apaiser une angoisse permanente. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a quant à lui expliqué de façon cohérente que la dépendance, mise en évidence par les questionnaires DETA et AUDIT soumis à l'assurée, a précédé de plus d'une décade les rechutes dépressives de 2017 et n'était pas accompagnée de troubles psychiques porteurs de limitations fonctionnelles significatives selon la journée type. La Dr R.\_\_\_\_\_ n'a d'ailleurs fait qu'évoquer la consommation d'alcool sans en tirer de conclusions dans ses rapports médicaux, et n'a pas étayé dans le sens d'une influence sur la capacité de travail.

Toujours s'agissant des rapports médicaux établis par la Dre R.\_\_\_\_\_, il est relevé que ce médecin a renoncé à attester l'incapacité

de travail de la recourante afin qu'elle puisse percevoir des indemnités de chômage alors qu'elle se disait incapable de travail. Elle a également expliqué avoir renoncé à faire hospitaliser sa patiente ou à augmenter sa médication, pour ne pas aller contre sa volonté (dossier AI : pièces 4, 17, 19 et 90). Ces faits témoignent de la complexité de la relation thérapeutique qui lie le médecin à sa patiente, et sont autant d'autres éléments qui poussent la Cour à se distancer de l'appréciation de la Dre R.\_\_\_\_\_, étant rappelé que de jurisprudence constante le juge peut et doit tenir compte, pour apprécier le caractère probant d'un rapport médical, 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 asséculoologique (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Les conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_ concernant l'absence d'effet incapacitant des atteintes sont quant à elles convaincantes et rejoignent d'ailleurs celles du Dr L.\_\_\_\_\_ qui a vu l'assurée début 2017 et qui avait retenu, pour l'essentiel, que le mal-être de l'assurée était lié pour une part importante à ses conditions de travail et que la capacité de travail était entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2017 auprès d'un autre employeur. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a examiné la situation sous plusieurs angles, d'abord par un examen de la cohérence (expertise psychiatrique, pp. 22-23), puis il a observé que la médication (médication légère), la journée type ponctuée d'activités, de sorties et parfois de contacts sociaux, avec une prise charge en commun avec le conjoint, des tâches ménagères et administratives, ne corroboraient pas une influence des troubles psychiatriques sur la capacité de travail. Il a également noté, dans le cadre de son examen, les avantages secondaires clairement exprimés par l'assurée (impossibilité exprimée à trouver un emploi adapté après une pause professionnelle, tout en ayant du temps pour récupérer après les abus éthyliques hebdomadaires). Les conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'influence de l'atteinte psychiatrique sur la capacité de travail sont pour le surplus objectivées par des observations cliniques, des tests et des constats effectués sur la base des propos recueillis auprès de l'assurée.

Au vu de ces conclusions, selon lesquelles la recourante est dotée d'une pleine capacité de travail dans toutes activités, 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.

**8. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 1<sup>er</sup> avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour S. \_\_\_\_\_),
- 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).

La greffière :