

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 janvier 2024

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Dormond Béguelin et Silva, assesseures
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, est divorcée et mère d'un fils désormais adulte. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de libraire et d'un diplôme de secrétaire, elle a exercé diverses activités en qualité d'assistante administrative à temps partiel.

A l'issue d'une procédure de détection précoce, elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 12 juillet 2018 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle précisait souffrir de dépression, d'une dépendance à l'alcool et d'une perte de confiance consécutive à la perte de son emploi. Etaient produits les certificats d'incapacité de travail établis à compter du 22 décembre 2016 par la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le Dr G._____, médecin généraliste traitant, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 23 octobre 2018, mentionnant les diagnostics d'une dépendance à l'alcool et d'une ancienne toxicomanie (héroïne et cocaïne). Sa patiente présentait des troubles psychologiques et des difficultés d'insertion professionnelle. Il ne pouvait se prononcer sur sa capacité de travail et indiquait que la prise en charge spécialisée était assumée depuis quelques mois par le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

A la demande de l'OAI, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 80 % par intérêt personnel et financier. Elle consacrerait le reste du temps au ménage, à l'éducation de son fils, à du bénévolat et à l'assistance de ses parents.

Le Dr D._____ a fait parvenir un rapport à l'OAI le 19 novembre 2018, précisant avoir repris le suivi de l'assurée depuis le 29 mai 2018. Il a retenu les diagnostics incapacitants d'un état dépressif moyen, avec syndrome somatique, d'une anxiété généralisée et de

troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de cocaïne depuis 2015. Ceux d'un syndrome de dépendance au cannabis, utilisation occasionnelle, et de traits de personnalité labile et dépendante, étaient considérés comme sans incidence sur la capacité de travail. L'assurée présentait une symptomatologie avant tout anxieuse et dépressive, des attaques de panique, une anxiété généralisée, associée à des symptômes dépressifs sous forme de perte d'espoir, de dévalorisation et de crainte face à l'avenir, avec des troubles de la concentration et une difficulté à initier et à maintenir des projets. Elle ne manifestait toutefois pas d'idéations suicidaires, de symptomatologie psychotique, de troubles du cours de la pensée ou de troubles de l'humeur bipolaire. L'hypothèse de troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention n'était pas confirmée. Sur le plan addictologique, l'assurée consommait de l'alcool et de la cocaïne plusieurs fois par semaine, ainsi qu'occasionnellement du cannabis. Une médication antidépressive avait été introduite. L'incapacité totale de travail, prononcée par la Dre N._____, se poursuivait, en dépit d'activités bénévoles exercées occasionnellement. L'objectif de déployer ces activités à hauteur de trois demi-journées par semaine ne pouvait encore être atteint. Le pronostic demeurait bon, en présence d'une assurée « intelligente » et « qui avait travaillé toute sa vie ».

Sur questions du Service médical régional (SMR) du 19 mars 2020, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie partageant le cabinet du Dr D._____, a fait état, le 6 juillet 2020, des diagnostics de trouble affectif persistant (dysthymie), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne et d'alcool et de probable trouble hyperkinétique, lesquels se répercutaient durablement sur la capacité de travail de l'assurée. Il s'est prononcé comme suit sur les limitations fonctionnelles et le status psychiatrique de cette dernière :

« [...] Il s'agit avant tout d'un épuisement chronique chez une patiente sans cesse débordée, et ce malgré l'absence d'activité professionnelle. Elle arrive dans le cabinet généralement en retard et en marchant d'un pas saccadé, essoufflée, elle s'assied dans le fauteuil de consultation à bout de nerfs et décrit avec un débit rapide et agacé les multiples difficultés relationnelles et organisationnelles auxquelles elle a été confrontée depuis la

dernière séance. Elle présente des difficultés de concentration, d'organisation et de planification de ses journées et de la tenue de ses affaires administratives. Elle reste toutefois absolument cohérente et ne présente pas d'élation de l'humeur, raison pour laquelle un diagnostic de trouble bipolaire n'est pas retenu. Elle ne présente pas de symptôme floride psychotique ni d'idée suicidaire. Sa tenue et son hygiène sont tout à fait soignées même si les années d'abus de substances commencent à être visibles. L'anxiété est aussi présente de manière significative en fonction des éléments contextuels.

[...]

La grande difficulté réside principalement à organiser de manière cohérente les choses, à tenir des plannings et à arriver au bout de ce qui avait été prévu. L'impatience peut également amener à des coups d'éclat relationnels réguliers tant au niveau familial qu'amical. [...]

Le Dr F. _____ soulignait que l'assurée n'avait plus été en mesure de travailler au-delà d'une activité bénévole de quelques heures par semaine depuis cinq ans. Une reprise d'activité ne pouvait être envisagée que dans un cadre protégé. Le pronostic s'était assombri, le spécialiste considérant désormais qu'une capacité de travail n'excédant pas 50 % pouvait être atteignable dans les années à venir. A la question de l'exigibilité d'un sevrage, le Dr F. _____ a communiqué sa réponse en ces termes :

«[...] Le sevrage constitue une option thérapeutique qui ne correspond pas aux connaissances addictologiques actuelles et ne saurait en rien représenter une mesure « exigible » : la prise en charge des problématiques addictologiques se fait en général en ambulatoire et sur le long terme au vu de la nature chronique de ces affections.

Les hospitalisations sont parfois nécessaires lorsque la situation n'est pas gérable à domicile mais Madame B. _____ n'a jamais eu besoin de recourir à une hospitalisation.

La place du sevrage (interruption brutale de la prise de toute substance dans un encadrement hospitalier sur quelques semaines), la place du sevrage donc dans les trajectoires de soins addictologiques est tout à fait relativisée par les connaissances actuelles en psychiatrie et en addictologie ; pour mémoire, ce qui s'appelait avant le Centre cantonal de sevrage à Cery a été transformé en une unité d'addictologie hospitalière et il n'y a plus que quelques institutions (généralement marquée par une idéologie ne s'appuyant pas sur des connaissances scientifiques mais bien souvent religieuse ou tout au moins philosophique) qui proposent un encadrement de sevrage. Aucune ne se trouve sur le canton de Vaud, les institutions ayant changé de manière de procéder au vu du peu d'efficacité de ce genre de mesure somme toute brutale sur un parcours addictologique qui encore une fois est chronique.

Donc il me semble qu'hormis dans des condamnations pénales, je n'ai jamais rencontré de situations où l'on considérerait qu'un sevrage pouvait être exigé.

Pour ce qui est de Madame B._____, elle présente des phase d'abstinence prolongées sur quelques semaines régulièrement. [...] »

Par avis du 13 novembre 2020, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'un examen neuropsychologique de l'assurée, dont le mandat à été confié à la spécialiste en neuropsychologie J._____. Dans son rapport du 6 janvier 2021, elle a communiqué les conclusions suivantes :

« [...] Le présent examen a été effectué dans de bonnes conditions chez une assurée montrant des signes de fébrilité avec une précipitation et une légère désinhibition sur le plan comportemental, ayant besoin de deux pauses durant l'examen, partiellement nosognosique de ses difficultés cognitives. Les résultats intra-tests et inter-tests sont cohérents et, par conséquent, l'examen peut être considéré comme valide. Il met en évidence :

- Des troubles mnésiques épisodiques antérogrades modérés présents dès l'apprentissage, avec une légère perte des informations et une tendance aux intrusions (difficultés d'encodage, de récupération et de consolidation) ;
- Une légère dysfonction exécutive et attentionnelle dans les tests de mémoire de travail, de flexibilité mentale, d'inhibition, de programmation motrice, d'attention sélective et d'attention divisée ;
- Des difficultés en calcul écrit, difficiles à interpréter ;
- Un jugement critique préservé (critique d'une histoire absurde) ;
- Des capacités instrumentales (langage oral, praxies, gnosies visuelles) globalement préservées.
- Un langage écrit préservé.

Le tableau est celui d'une atteinte cognitive légère caractérisée au premier plan par une dysfonction exécutive et attentionnelle légère et des troubles mnésiques épisodiques antérogrades modérés, chez une assurée connue pour une dysthymie, consommant régulièrement et depuis de nombreuses années de l'alcool, du cannabis et de la cocaïne.

On ne peut pas exclure que le comprimé de Ritaline® qu'elle a pris ce matin l'ait aidé dans les tests attentionnels et exécutifs, mais il est difficile d'en être certain sans connaître l'heure de la prise, le dosage et le mode de libération.

Étant donné la consommation actuelle, il est impossible de se prononcer sur l'existence conjointe d'un TDA/H (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) sur la base des tests. En effet, la consommation de substances peut à elle seule expliquer le tableau, mais on ne peut pas exclure qu'elle aggrave une faiblesse préexistante. Toutefois, le fait que Mme B._____ ait pu travailler de nombreuses années sans problème laisse penser que si TDA/H il y avait, ce dernier serait d'intensité légère. En outre, les troubles psychiatriques aggravent potentiellement le tableau. [...]

Les limitations fonctionnelles sont avant tout d'origine psychiatrique, liés à la toxicomanie et à la dysthymie, qui engendrent notamment des difficultés d'adaptation, une irritabilité et une faible tolérance au stress.

Sur le plan strictement neuropsychologique, les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

- Le dysfonctionnement exécutif diminue de manière significative les capacités d'adaptation et l'autonomie de l'assurée dans les situations complexes : il faut éviter les fortes contraintes temporelles, les situations de doubles tâches ou de multiples tâches successives, les interférences, les situations de stress excessif, qui pourraient exacerber les difficultés. Il faut privilégier les activités routinières et les horaires fixes.
- En raison des troubles attentionnels il faut éviter les tâches où une erreur peut être préjudiciable, telles que la conduite de véhicules à des fins professionnelles et éviter les situations dans lesquelles elle doit se concentrer de manière soutenue telles que la saisie informatique ou les tâches de vérification.
- Les troubles mnésiques entravent les nouveaux apprentissages et ne permettent pas à l'assurée de se fier à sa mémoire pour se souvenir de ce qu'elle doit faire / a déjà fait. Le risque d'erreurs et d'oublis est présent et par conséquent l'usage de notes écrites ou d'un agenda est nécessaire ; la supervision d'une tierce personne est souhaitable pour les tâches complexes et importantes.

Sur le plan neuropsychologique, les ressources sont les suivantes :

- Un langage oral et écrit fonctionnel, qui permet à l'assurée une bonne communication sur le plan formel. Les consignes peuvent être données par oral ou par écrit, pour autant qu'elles soient simples et explicites.
- L'assurée est apte à assumer des tâches sollicitant les aptitudes visuo-constructives et visuo-perceptives (lecture et dessin de plans/schémas).
- Le jugement critique est préservé.

Sur le plan strictement cognitif, l'assurée serait capable de travailler à temps complet dans un emploi adapté aux limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus, avec une baisse de rendement pouvant varier selon le type de tâches.

Néanmoins, en tenant compte des troubles comportementaux (irritabilité, faible tolérance à la frustration, fatigue psychique lui demandant de faire des pauses régulières), il est difficile d'imaginer actuellement Mme B. _____ travailler dans l'économie libre et, comme le suggère son psychiatre, un emploi au sein d'une structure bienveillante serait plus adapté. Dans une telle structure, en tenant compte des troubles neuropsychologiques et des troubles du comportement, elle pourrait travailler à 50 %. [...] »

Dans un avis du 26 janvier 2021, le SMR a relevé que la capacité de travail de l'assurée dans l'économie libre apparaissait, de son

point de vue, essentiellement limitée par des symptômes hyperkinétiques en lien avec la consommation toxique. La question du sevrage semblait par conséquent se justifier. Dès lors, le SMR a estimé nécessaire de procéder à une expertise psychiatrique auprès d'un spécialiste en addictologie.

Le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a été mandaté aux fins d'expertise le 8 avril 2021. Il a communiqué la version définitive de son rapport, datée du 15 juin 2021, à l'issue de deux entretiens passés avec l'assurée les 12 et 17 mai 2021. Il a retenu les diagnostics de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis décembre 2016 au présent et de trouble panique depuis décembre 2016 au présent avec attaques de panique hebdomadaires selon les périodes, lesquels étaient susceptibles d'entraver la capacité de travail. Les diagnostics de dépendance éthylique et au cannabis avec utilisation continue, à la cocaïne, amphétamines avec utilisation périodique et aux opiacés, actuellement abstinent, de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante, actuellement non décompensé, et de troubles de l'attention avec hyperactivité léger depuis l'enfance étaient qualifiés de non incapacitants. L'expert a conclu à une capacité de travail de 50 % sans baisse de rendement depuis décembre 2016 et considéré la dernière activité exercée comme adaptée. Il a justifié son appréciation du cas comme suit :

« [...] Nous objectivons des troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique avec trouble panique avec des attaques de panique hebdomadaires, selon les critères diagnostiques de la CIM-10 depuis décembre 2016 au présent, dans le contexte d'une dépendance primaire à plusieurs substances et d'un trouble mixte de la personnalité et d'une hyperactivité avec trouble de l'attention. Les troubles dépressifs susmentionnés selon les critères diagnostiques de la CIM-10, ont provoqué depuis décembre 2016 au présent des limitations fonctionnelles modérées mais significatives cliniquement dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré ou une agitation selon les périodes qui fait que tout lui prend plus de temps, des troubles de la concentration légers, ou modérés lors des prises de toxiques plus importantes, d'une fatigue objectivable, d'une tristesse modérée présente la plupart de la journée, des attaques de panique hebdomadaires, d'une faible estime de soi, avec isolement social partiel, mais pas total, sans anhédonie totale mais partielle et avec une impulsivité et une intolérance à la frustration.
[...]

1. Degré de gravité fonctionnelle

Selon le dossier asséurologique, les examens cliniques et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique F33.11 depuis décembre 2016 au présent sans changement dans un contexte d'attaques de panique et de trouble de la personnalité mixte émotionnellement labile et dépendante, avec des abus de plusieurs substances avec dépendances primaires et hyperactivité avec trouble de l'attention.

Au moment de l'expertise et ce depuis décembre 2016 au présent on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques modérées dans le sens d'une tristesse modérée, d'une intolérance au stress avec impulsivité, des difficultés de concentration légers ou modérés, d'une fatigue objective avec ralentissement psychomoteur modéré ou agitation qui fait que tout lui prend plus de temps qu'auparavant, sans isolement social total, mais partiel et avec des attaques de panique hebdomadaires et une anhédonie partielle.

Cet indice est partiellement présent d'un point de vue psychiatrique depuis décembre 2016 au présent selon l'anamnèse, l'examen clinique et la journée type.

2. Atteinte à la santé

Cet indice de gravité est partiellement présent, dans la présence de limitations fonctionnelles significatives mais modérées.

3. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont remplis pour les entités diagnostiques susmentionnées depuis décembre 2016 au présent.

4. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard

Nous objectivons une évolution stationnaire des troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique avec des attaques de panique dans un contexte de trouble de la personnalité mixte et de troubles de l'attention avec hyperactivité, malgré un traitement peu adéquat pour les troubles susmentionnés, dans l'absence d'un sevrage aux substances et avec arrêt du traitement antidépresseur. La motivation pour une réadaptation professionnelle est nulle, l'assurée exprimant des avantages secondaires spontanément, mais qui ne remettent pas en question des limitations objectivées. Le traitement pharmacologique est inexistant, dans la mesure où la Focaline (dexméthylphénidate) apparaît avec un intérêt plus que limité vu l'abus massif de substances et l'absence d'abstinence n'est pas adéquate, car il existe une exigibilité asséurologique pour un sevrage, pour diminuer le déconditionnement et améliorer le pronostic.

5. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques susmentionnées sont des troubles qui entraînent des limitations fonctionnelles depuis décembre 2016 mais pas auparavant chez une assurée qui a pu se former et travailler sans limitations dans le passé.

6. Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assurée présente des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permet de retenir la présence d'un trouble de la personnalité mixte.

Selon les critères diagnostiques de la CIM-10, nous retenons des troubles de la personnalité émotionnellement labile et dépendante. Soulignons que ces troubles de la personnalité présents depuis le début de l'âge adulte n'ont pas empêché une formation, ni un travail sans limitations dans le passé.

7. Contexte social

Au moment de l'expertise l'assurée garde de bonnes capacités et ressources personnelles, car elle arrive à garder des bonnes relations avec quelques membres de sa famille et avec des amis qu'elle fréquente et un compagnon, donc, nous ne retenons pas d'isolement social total, mais un isolement social partiel. La diminution de la vie sociale date depuis décembre 2016, moment de l'écllosion des troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique et des attaques de panique.

8. Cohérence

Nous avons objectivé une bonne cohérence entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la mauvaise motivation pour une reprise professionnelle et le constat objectif, s'inscrivant dans un contexte d'un trouble de la personnalité mixte émotionnellement labile et dépendante avec des bénéfices primaires et secondaires.

9. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie

Au moment de l'expertise l'assurée garde de capacités et ressources personnelles limitées mais existantes, car elle n'arrive à gérer son quotidien que partiellement d'un point de vue psychiatrique en étant ralentie par un ralentissement psychomoteur objectivable modéré ou parfois une agitation qui fait que tout lui prend plus de temps, sa tristesse et ses attaques de panique, mais avec des activités variées conservées durant une journée type. Nous retenons des limitations fonctionnelles significatives mais modérées d'un point de vue psychiatrique d'une façon uniforme et significative depuis décembre 2016 au présent dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré, ou d'une agitation, de troubles de la concentration légers ou modérés lors des abus de toxiques plus importants et d'un isolement social partiel avec des attaques de panique selon les périodes, avec impulsivité et intolérance à la frustration.

10. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation

L'assurée présente une motivation nulle pour une reprise professionnelle dans un contexte d'avantages secondaires et une bonne motivation pour le suivi psychiatrique et ambivalente pour les antidépresseurs qui lui ont été prescrits, mais sans motivation pour un sevrage.

En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité pour les troubles susmentionnés sont partiellement remplis depuis décembre 2016 au présent, malgré une prise en charge

psychiatrique mensuelle dans le sens d'une capacité de travail de 50 %.

7.2. En cas de maladie addictive, existence ou non d'un autre trouble important ayant causé le développement de la dépendance, et/ou présence ou non de dommages irréversibles consécutifs à la dépendance

Nous avons identifié une dépendance primaire à plusieurs substances, car les dépendances précèdent l'éclosion des troubles dépressifs récurrents moyens et des troubles paniques évoluant depuis décembre 2016 au présent.

De plus, nous retenons une augmentation des consommations ayant précédé la rechute dépressive moyenne depuis décembre 2016 au présent.

Nous ne retenons pas de dommages irréversibles chez une assurée avec des capacités intellectuelles modestes mais congruentes au niveau d'acquisition, selon les résultats obtenus aux matrices de Raven 1938 et selon la journée type, ce qui est concordant aussi avec l'examen neuropsychologique.

La question des liens complexes existant entre le trouble de la personnalité et la toxicodépendance reste ouverte, car l'installation de la toxicomanie a cristallisé le trouble de la personnalité et vice-versa le trouble de la personnalité a favorisé les rechutes toxicomaniaques, sans pouvoir vraiment séparer les causes des conséquences, les deux troubles étant concomitants depuis le début de l'âge adulte. Toutefois, malgré la coexistence de la toxicomanie et du trouble de la personnalité, l'assurée a pu gérer une bonne partie de son quotidien.

Un nouvel examen neuropsychologique apparaît actuellement inutile, tenant compte de la journée type et des activités encore possibles.

[...]

Avis concernant la personnalité de l'assuré, notamment au regard de ses ressources, avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social

Actuellement les ressources de l'assurée sont limitées, car elle arrive à gérer partiellement son quotidien avec difficultés dans le contexte d'un ralentissement psychomoteur modéré ou d'une agitation et à avoir une vie sociale avec un isolement social partiel, mais pas total.

8.2. Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Nous constatons une évolution stationnaire depuis décembre 2016 au présent, des troubles dépressifs moyens avec syndrome somatique, avec un suivi psychiatrique et sans un traitement antidépresseur et sans sevrage.

Le traitement nous semble peu adéquat actuellement tenant compte de l'absence d'un sevrage, sans un traitement psychotrope adéquat et avec un suivi psychiatrique seulement mensuel et pas hebdomadaire. Le pronostic d'une reprise professionnelle reste réservé et dépend avant tout de la motivation de l'assurée à reprendre une activité professionnelle, ce qui n'est pas le cas actuellement.

En cas d'abstinence et de prise d'un traitement antidépresseur différent que celui essayé dans le passé (venlafaxine 225mg/jour par

exemple) à des taux sanguins suffisants, les chances de résolution des troubles sont d'environ 50 % dans une année pour récupérer une capacité de travail de 100 %. Toutefois, le pronostic d'une reprise professionnelle est quasi nul, tenant compte des avantages secondaires exprimés et de la faible motivation pour un sevrage.

[...]

Nous n'avons pas retenu des incohérences chez une assurée authentique qui n'exagère pas les activités possibles et ses plaintes et ses consommations d'alcool, de cocaïne, d'amphétamines et de cannabis (et dans le passé d'opiacés) sont mieux décrites par l'assurée, que dans le dossier asséculoologique qui ne détaille pas toutes ses dépendances.

Les activités possibles durant la journée type sont concordantes avec les plaintes. La seule discordance que nous retenons est en lien avec une demande de rente AI à 100 % dans la présence de limitations fonctionnelles objectivables modérées et pas sévères, dans le sens d'un ralentissement psychomoteur ou d'une agitation qui fait que tout lui prend plus de temps, mais des activités variées restent possibles sans une aide extérieure.

Par ailleurs, l'assurée explique clairement des avantages secondaires, ce qui montre qu'elle est très authentique : difficulté à reprendre une activité professionnelle après une longue pause professionnelle, dans un contexte de dettes qu'elle ne souhaite pas rembourser et de besoin de plus de temps pour récupérer après ses abus quotidiens de toxiques.

Nous ne retenons pas des discordances entre les diagnostics de troubles de la personnalité, de dépendance à plusieurs substances, de troubles dépressifs récurrents moyens (dans plusieurs rapports) avec une capacité de travail de 50 %, les plaintes et la journée type. Le rapport neuropsychologique est aussi concordant avec des troubles cognitifs légers et une capacité de travail de 50 %, ce qui est cohérent avec les plaintes et la journée type.

Nous retenons une discordance significative entre une capacité de travail nulle (rarement retenue dans le dossier asséculoologique ou dans un rapport de réadaptation) et la journée type chez une assurée qui peut faire les courses, préparer les repas, le ménage, l'administratif léger, malgré une fatigue ou une agitation qui font qu'elle a besoin de plus de temps, qui peut conduire le scooter, aider une amie pour son administratif, ses parents, qui peut faire une demi-journée de bénévolat par semaine, qui passe des bons moments avec son copain, son fils, ses parents, des amis, malgré un isolement social partiel et pas total, fait du bricolage, du yoga, lit des romans, regarde la télévision plusieurs heures par jour, se promène, etc.

Malgré l'existence des dépendances, du trouble de l'attention avec hyperactivité et du trouble de la personnalité l'assurée a pu se former et travailler sans limitations dans le passé, mais depuis décembre 2016 elle serait ralentie par une fatigue, ou par une agitation en lien avec une rechute dépressive qui fait que tout lui prend plus de temps. Le fait que les limitations sont modérées et pas sévères est aussi concordant avec un suivi psychiatrique seulement mensuel et pas hebdomadaire, sans traitement antidépresseur actuellement mais uniquement dans le passé et sans hospitalisation psychiatrique. [...] »

Le SMR s'est rallié aux conclusions du Dr C._____ dans un avis du 2 juillet 2021, qualifiant de convaincant le rapport d'expertise de ce dernier.

Le 17 janvier 2022, l'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage, réalisée par téléphone, dont le rapport établi le même jour a mis en évidence des empêchements ménagers totalisant 8,1 % (en particulier dans les domaines de l'alimentation, de l'entretien du logement, du soins aux enfants et aux proches et de la garde des animaux).

Le Service juridique de l'OAI a estimé, le 10 mars 2022, que le rapport d'expertise du Dr C._____ revêtait pleine valeur probante. Toutefois, il retenait que le traitement préconisé (sevrage et changement de médication) n'était pas exigible en raison des faibles chances de succès d'une reprise professionnelle et de l'âge de l'assurée.

Par projet de décision du 22 mars 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui allouer un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 41,62 % (40 % d'invalidité dans la sphère professionnelle et 1,62 % d'invalidité dans la sphère ménagère, après pondération), à compter du 1^{er} janvier 2019.

Le 11 avril 2022, l'assurée a contesté le projet précité et requis l'envoi de son dossier à son psychiatre traitant.

Par correspondance du 9 juin 2022, l'assurée, désormais assistée de Procap, a complété ses griefs à l'encontre du projet de décision du 22 mars 2022, concluant à une instruction complémentaire de sa situation. Elle a contesté la valeur probante conférée au rapport d'expertise du Dr C._____, considérant que ce dernier avait procédé à une analyse caduque, lacunaire et incomplète de sa situation. En particulier, il n'avait pas investigué les conséquences de sa dépendance aux toxiques à la lumière de la jurisprudence fédérale pertinente. Il avait minimisé les conséquences de cette dépendance, sans tenir compte de

l'évaluation étayée de la neuropsychologue J._____ et des rapports de son psychiatre traitant. L'assurée s'est prévalu d'un nouveau rapport rédigé par le Dr D._____ le 23 mai 2022, notamment en ces termes :

« [...] Tout d'abord force est de constater que, en opposition avec mon rapport de 2018 et mon courrier de 2020, l'AI ne retient pas les difficultés addictologiques de la patiente comme impactant la capacité de travail de cette dernière, suivant dans ce sens l'avis de l'expert.

Il faut noter que l'expert base son raisonnement sur une notion archaïque de *distinguo* entre une dépendance primaire et une dépendance secondaire [...].

Il est regrettable que l'AI continue à utiliser ce *distinguo*, considérant de fait que les dépendances primaires n'ouvrent pas droit à une invalidité alors que les dépendances secondaires (qui seraient la conséquence d'une maladie psychiatrique) quant à elles ouvrent un droit à une invalidité. Depuis 2019, cette manière de faire n'est plus acceptable et il faut dorénavant considérer l'addictologie comme de la psychiatrie à part entière, et non plus comme une demi-fantaisie d'un être humain mal avisé.

En effet, il ne suffit pas de dire à un patient souffrant d'addiction qu'il doit arrêter de consommer, tout comme il ne suffit pas de dire à un patient déprimé qu'il doit se motiver et s'éclater un peu plus ou de dire à un patient schizophrène qu'il doit voir la vérité en face.

C'est en cela que le jugement de 2019 est fondamental, c'est pour cela qu'il n'est plus acceptable que [l'AI] continue à ne pas reconnaître l'impact des addictions.

Dans ce sens, je réaffirme ici que Madame B._____ présente une pathologie addictologique significative, principalement une dépendance à la cocaïne et à l'alcool sous forme continue (la patiente consomme au minimum 3 fois par semaine), il s'agit d'une pathologie qui impacte significativement la vie de la patiente en ayant des répercussions majeures sur les jours suivant les épisodes de consommation de substances.

Du fait du manque de sommeil, de la fatigue physique due aux substances, et également en péjorant le trouble de l'attention et le trouble dépressif.

Il s'agit d'une pathologie qui a minima représente un 30 % d'incapacité de travail. Si l'on veut ergoter de façon abstraite, on pourra dire qu'il est certain que puisque la patiente consomme au moins trois nuits par semaine, alors 3 matins par semaine la patiente ne sera pas capable de travailler en raison de ses pathologies-là. Si l'on prend en compte l'aggravation des pathologies attentionnelle et dépressive, il faut alors compter avec un 40 %.

Il s'agit d'une pathologie évoluant depuis plus de 25 ans, ayant conduit à un licenciement en 1999 lorsqu'à l'époque elle consommait par injection cocaïne et héroïne. La patiente avait pu mettre un terme aux pratiques d'injections, mais il faut bien reconnaître l'ampleur des difficultés addictologiques et se rendre compte que la patiente est arrivée au bout de ses ressources adaptatives : que ce qui était gérable il y a encore 10 ans ne l'est plus du tout maintenant.

Cela étant posé je vais maintenant répondre à vos questions de manière structurée.

1. évolution de l'état de santé de l'assurée depuis votre suivi et depuis juin 2021 (soit après l'expertise)

L'état de santé de ma patiente va en se péjorant en lien avec l'épuisement de ses ressources adaptatives et à la fragilisation progressive de son état de santé et des répercussions sociales qui en découlent. Je rappelle que j'avais débuté le suivi en 2018, notamment car la psychiatre traitante qui avait initié l'arrêt de travail ne se sentait pas compétente en terme addictologique et avait besoin d'un renfort addictologique. Il est donc regrettable que l'expertise psychiatrique banalise complètement cette composante majeure de la symptomatologie de la patiente.

2. nomination du/des diagnostics (étayé/s par les critères CIM-10 et corrélé/s par le status et les éléments anamnestiques)

Il s'agit donc de considérer que la patiente présente un syndrome de dépendance aux substances multiples F19.25, c'est-à-dire une utilisation régulière des substances suivantes (alcool, cocaïne et cannabis). Il est erroné de considérer que la consommation d'alcool et de cocaïne plusieurs fois par semaine correspond à la définition d'une utilisation occasionnelle qui n'aurait aucun impact sur la capacité de travail.

3. mettre en évidence les éléments nouveaux justifiant une aggravation de l'état de santé de Madame B._____

Il n'y a pas à proprement parler d'éléments nouveaux mais bien une banalisation de la situation de cette patiente par un expert se basant sur des critères médico-théoriques à la validité juridique nulle depuis la décision du Tribunal fédéral des assurances de 2019 précédemment mentionnée.

[...]

5. énumération des limitations fonctionnelles supplémentaires à celles déjà retenues

il est important de considérer que les éléments addictologiques engendrent une péjoration récurrente et cyclique des pathologies d'hyperactivité et dépressive et qu'elles engendrent en elles-mêmes un absentéisme récurrent, avec un impact sur l'inversion du rythme nyctéméral, des difficultés de concentration et de mémoire, ce qui impacte significativement l'incapacité de Madame à exercer dans son activité habituelle.

6. taux de présence possible (en %) dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes les limitations fonctionnelles, pour quel motif et depuis quand

Je pense qu'actuellement un maximum de 20 % est possible pour cette patiente qui travaille en effet bénévolement dans des activités caritatives et des magasins de seconde main.

7. faut-il s'attendre à une baisse de rendement dans une activité adaptée ? Si oui, à quel pourcentage, pour quel motif et depuis quand

Oui, les difficultés que présente Madame B._____ ne sont pas liées au type d'activité, sa pathologie notamment addictologique impacte de manière globale sa capacité à tenir un rythme de travail, à tenir une présence à des horaires précis et à fournir un effort constant dans une quelconque activité. [...] »

Sollicité pour avis, le SMR a conclu, le 8 août 2022, que le Dr D._____ n'avait pas communiqué d'éléments nouveaux justifiant de s'écarter des conclusions du Dr C._____.

Par correspondance du 25 août 2022, l'OAI a indiqué maintenir les termes de son projet de décision du 22 mars 2022. Deux décisions d'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2019 ont dès lors été établies les 24 octobre et 14 novembre 2022.

B. B._____, représentée par Procap Service juridique, a déféré les décisions susmentionnées à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 24 novembre 2022. Elle a conclu, à titre principal, à la réforme des décisions litigieuses dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2019 et, subsidiairement, à leur annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a fait grief à l'OAI de s'être basé exclusivement sur le rapport d'expertise du Dr C._____, lequel n'avait pas procédé à l'analyse de la dépendance aux toxiques conformément aux exigences posées par le Tribunal fédéral (grille d'indicateurs). Elle relevait en outre que l'ensemble des autres spécialistes consultés convergeaient pour estimer que la mise à profit d'une capacité de travail (de 50 % ou moins) n'était envisageable que dans un cadre protégé.

L'OAI a répondu au recours le 30 janvier 2023, produisant un avis du SMR du 8 décembre 2022 et une communication de son Service de réadaptation du 11 janvier 2023. Le SMR considérait qu'il y avait lieu de retenir les limitations mises en évidence par la neuropsychologue J._____ dans son domaine de compétences. Le Service de réadaptation avait procédé à un calcul du préjudice économique de l'assurée, compte tenu de l'ensemble de ses restrictions fonctionnelles, aboutissant à un degré d'invalidité de 63,77 % dans la sphère professionnelle. Compte tenu des empêchements dans le ménage et après pondération, l'OAI constatait que le degré d'invalidité de l'assurée se montait en définitive à 53 %, ce qui lui ouvrait le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité dès le 1^{er}

janvier 2019. Au surplus, l'OAI estimait que l'expertise réalisée par le Dr C. _____ s'avérait conforme aux exigences jurisprudentielles.

Par réplique du 22 mars 2023, l'assurée a maintenu ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière et a réitéré ses griefs à l'encontre de l'expertise du Dr C. _____. Elle s'est prévalu d'un nouveau rapport du Dr D. _____, libellé notamment en ces termes le 13 mars 2023 :

« [...] Dans un premier temps je trouve que Madame B. _____ a raison de poursuivre dans le recours face à l'Office AI, en effet il est difficilement acceptable qu'un pan entier de sa psychopathologie ne soit pas pris en compte. En effet, la pathologie addictologique est une pathologie active et ses difficultés liées à l'utilisation de la cocaïne et de l'alcool ont un impact quasi quotidien sur elle malgré un suivi psychiatrique addictologique de longue date. Il me semble particulièrement problématique que l'AI refuse de considérer cette partie-là.

[...] Il est délicat de déduire que la patiente présente « vraisemblablement » un THADA léger en arguant du fait qu'elle ait pu travailler de longues années. Il s'agit d'un avis tout à fait réducteur. De nombreux patients souffrant de THADA perdent des ressources adaptatives au fil des ans. Et même si Madame B. _____ a pu travailler 24 ans [...] il ne faut pas oublier qu'il s'agit tout de même d'un environnement plutôt protecteur mais dans lequel elle s'est tout de même fait licencier, justement en raison des difficultés liées à l'intrication entre son trouble de la concentration et sa problématique addictologique. Et elle a eu depuis une grande difficulté à s'inscrire dans une activité stable. Arguer des longues années de travail pour inférer la légèreté de ses troubles est réducteur et il faut au contraire souligner l'engagement de cette patiente pour tenir « quoi qu'il arrive » jusqu'à l'épuisement de ses ressources que l'on constate actuellement. Et sa situation ne fait que de se dégrader.

Je relève également dans ce rapport une information fautive. [Le SMR] écrit que la patiente consulte mon cabinet une fois par mois et qu'elle n'a pas de traitement. C'est erroné car je reçois Madame B. _____ à mon cabinet toutes les deux semaines et elle est au bénéfice d'un traitement de Méthylphénidate (Focalin XR) à hauteur de 10 mg par jour associé à une médication anxiolytique de Lexotanil® 1,5 mg, deux comprimés par jour en réserve. [...]

Pour finir je pense qu'il n'est absolument pas correct de mettre les éléments addictifs dans la catégorie des éléments extramédicaux. Le syndrome de dépendance aux substances multiples (alcool et cocaïne) est une pathologie psychiatrique à part entière comme validée par le tribunal fédéral des assurances. Je considère qu'il s'agit d'un aspect très important d'une situation complexe déjà chronifiée qui doit être considérée à sa juste valeur. L'AI ne peut pas continuer à balayer cette pathologie de la sorte. [...] »

Dans une duplique du 25 avril 2023, l'OAI a maintenu sa position et fourni un nouvel avis du SMR du 20 avril 2023, où ce service relevait que, de son point de vue, la situation était demeurée stationnaire entre le premier rapport du Dr D._____ et l'évaluation expertale du Dr C._____, de sorte qu'il n'y avait aucune raison d'écarter les conclusions de ce dernier. Quant au trouble de l'attention avec hyperactivité qualifié de « léger », cette appréciation ressortait des explications fournies par l'expert.

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

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la requérante à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} janvier 2019.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI]

[Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

b) En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'occurrence, les décisions attaquées datent des 24 octobre et 14 novembre 2022. Elles portent sur une demande de prestations déposée formellement par la recourante le 12 juillet 2018, compte tenu d'une incapacité totale de travail prononcée en tout cas depuis décembre 2016. Les pièces médicales et les événements fondant ces décisions sont ainsi pour l'essentiel antérieurs au 1^{er} janvier 2022, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer l'ancien droit.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité

de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

5. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

b) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI ; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

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) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient 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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle 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 (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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. a) En l'espèce, quoi qu'en dise l'intimé, respectivement le SMR, le rapport d'expertise rédigé par le Dr C._____ le 15 juin 2021 apparaît insuffisant pour statuer valablement sur le droit aux prestations revendiquées par la recourante.

b) On peut certes constater que l'expert a procédé à deux entretiens de trois heures avec la recourante, à divers tests et à des analyses sanguines et urinaires, tout en ayant eu à sa disposition la totalité du dossier médical. Les diagnostics retenus sont par ailleurs proches de ceux évoqués par le psychiatre traitant de la recourante, en ce sens que l'expert a mentionné des troubles dépressifs, un trouble panique, un trouble de la personnalité et un syndrome de dépendance. L'expert diverge néanmoins sensiblement des conclusions communiquées par le Dr D._____, ainsi du reste que par la neuropsychologue J._____, dans la mesure où il a considéré d'emblée que le syndrome de dépendance affectant la recourante devait être considéré comme non incapacitant. Quand bien même les tests sanguins et urinaires conduits au cours de l'expertise ont permis de constater une utilisation continue d'alcool et une utilisation de cannabis, de cocaïne et d'amphétamines, l'expert a qualifié la dépendance de « primaire pour des raisons cliniques et pronostiques ». Il a, au surplus, indiqué procéder à l'appréciation de la capacité de travail en fonction de la grille d'indicateurs préconisée par la jurisprudence fédérale (cf. rapport d'expertise du Dr C._____ du 15 juin 2021, p. 26). Cela étant, l'expert ne s'est pas conformé à cette exigence et a, de facto, écarté l'analyse du syndrome de dépendance à l'aune des indicateurs pertinents, après l'avoir classé, sans justification étayée ou convaincante,

au titre des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail. Il s'est, dans ce contexte, contenté de relever que ce syndrome n'avait pas entravé les capacités professionnelles de la recourante dans le passé, sans se positionner par rapport à la situation décrite par le psychiatre traitant (consommation régulière de toxiques plusieurs fois par semaines).

c) Or, force est de constater que s'il est établi que la recourante présente divers troubles psychiques en sus d'un problème de dépendance à diverses substances, le tableau clinique, décrit tant par ses médecins traitants que par la neuropsychologue J._____, apparaît de longue date dominé par la toxicomanie, dans laquelle la recourante a replongé depuis décembre 2016 au moins. Dès lors, en dépit du caractère « primaire » au sens médical du terme et du potentiel adaptatif démontré par la recourante au cours de son parcours professionnel, l'expert ne pouvait se passer d'une analyse des conséquences actuelles de cette toxicomanie au regard des critères jurisprudentiels pertinents.

d) On ajoutera qu'en sus de ce défaut, l'expert n'a pas pris en considération, ni discuté les conclusions ressortant de l'examen neuropsychologique réalisé le 4 janvier 2021 par Mme J._____, en particulier s'agissant des limitations fonctionnelles découlant des déficits observés lors de la passation des tests. L'expert n'a pas davantage débattu des observations et des restrictions fonctionnelles quotidiennes rapportées de manière exhaustive par le Dr D._____. On ajoutera, ainsi que l'a relevé ce praticien, que le Dr C._____ s'est mépris sur l'intensité de la prise en charge spécialisée et sur la médication prescrite à la recourante (cf. corrections formulées par le Dr D._____ dans son rapport du 13 mars 2023). L'expert a par ailleurs mentionné à plusieurs reprises « des limitations fonctionnelles significatives, mais modérées » (cf. rapport d'expertise du 15 juin 2021 du Dr C._____, par exemple p. 40) en justifiant cette observation contradictoire a priori uniquement sur le descriptif d'une journée type rapporté par la recourante. On constate également que le psychiatre traitant a fourni des explications convaincantes sur la question du sevrage et le caractère désuet de cette démarche thérapeutique (cf. rapport à l'intimé du 6 juillet 2020), sans que

l'expert ne se détermine à cet égard. On relèvera enfin que la lecture du rapport du Dr C._____ est rendue fastidieuse par de nombreuses redondances, sans toutefois que l'on y trouve des explications étayées et convaincantes sur les raisons l'ayant conduit à écarter le syndrome de dépendance des diagnostics incapacitants et lui permettant de justifier son appréciation de la capacité résiduelle de travail.

e) Enfin, compte tenu des critiques formulées à l'encontre du rapport d'expertise du Dr C._____, des conséquences quotidiennes de la toxicomanie précisément exposées et de l'évolution défavorable relatée par le Dr D._____ (cf. rapport du 23 mai 2022), l'intimé ne pouvait se contenter de la détermination du SMR du 8 août 2022 pour rendre les décisions litigieuses. Il se justifiait - à tout le moins - de solliciter une prise de position de l'expert dans le cadre d'un complément d'expertise.

f) Compte tenu des lacunes de l'expertise réalisée par le Dr C._____ et des divergences inconciliables entre les conclusions de cet expert et celles du psychiatre traitant, corroborées par la neuropsychologue J._____, la Cour de céans ne dispose pas d'un avis psychiatrique objectif et exhaustif sur les répercussions des multiples dépendances de la recourante, de sorte qu'elle n'est pas en mesure de se prononcer dans la présente cause.

9. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'espèce, faute à l'intimé d'avoir élucidé à satisfaction les éléments médicaux pertinents pour déterminer si la recourante est effectivement dotée d'une capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi, il s'impose de lui renvoyer la cause pour procéder à un complément d'instruction. Dans ce contexte, il lui appartiendra de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante, confiée à un service spécialisé en addictologie ou à un psychiatre spécialiste des addictions, laquelle devra prendre en compte l'ensemble des évaluations précédemment effectuées, y compris sur le plan neuropsychologique, et se prononcer sur le syndrome de dépendance affectant la recourante à l'aune de la grille des indicateurs ressortant de la jurisprudence fédérale.

11. a) En définitive, le recours doit être admis et les décisions litigieuses annulées, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** Les décisions rendues les 24 octobre et 14 novembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique, à Bienne (pour B. _____),
- 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 :