

# **VD\_GERICHTE ZD17.039882 vom 1. November 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-11-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.039882](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.039882)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.039882 du 1 novembre 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.039882 del 1 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 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).

- 8 - 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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

### **E. 2**

Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

### **E. 3**

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée 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). 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1

- 9 - et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le Tribunal fédéral a récemment retenu qu'il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques, et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles

douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs, puisque des problèmes de preuve analogues se posent pour les maladies psychiques (ATF 143 V 409 et 143 V 418). c) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI). Enfin, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit en outre ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, puis calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI). Pour évaluer le taux d'invalidité d'une personne travaillant dans son ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels. De longue date, le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette pratique (TF 9C\_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3).

- 10 - d) 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

#### E. 4

a) En l'occurrence, l'intimé a, sur le plan médical, fondé la décision litigieuse sur les conclusions du rapport d'examen clinique du SMR du 9 janvier 2017. Dans ledit rapport, les Drs N.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont estimé que la recourante ne présentait aucune atteinte incapacitante.

- 11 - Ils ont certes admis qu'elle souffrait de fibromyalgie, de status post synovectomie du poignet droit et débridement du ligament triangulaire du carpe, de status post traitement chirurgical d'une tendinopathie de de Quervain du côté droit, de préobésité, de cyclothymie (F34.0) et de status post dépressif, mais ont retenu que ces pathologies restaient sans répercussion sur sa capacité de travail. Au plan somatique, les Drs N.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont fait état d'un examen essentiellement dans les normes, excluant que la recourante souffre de synovite, de périarthrite des hanches, de syndrome rachidien cervical ou lombaire, de troubles dégénératifs conséquents au poignet droit, d'algodystrophie ou d'atteinte significative au bassin, notamment. Les médecins ont fait état d'un examen ostéoarticulaire surtout marqué par un ressenti douloureux extrêmement marqué au niveau des épaules, des coudes, des poignets, des mains, des hanches, des genoux, des chevilles, ainsi que du rachis cervical et lombaire. Ils ont ainsi admis la présence d'une fibromyalgie, tous les points de Smythe étant positifs, avec un sursaut (jump sign). Ils ont cependant estimé que le ressenti douloureux contrastait avec le comportement observé lors de la consultation, la recourante faisant au demeurant preuve d'autolimitation. Au plan psychiatrique, en regard du diagnostic de trouble bipolaire de type 2 (F31.8) posé par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 juillet 2016, les Drs N.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont indiqué qu'interrogée sur d'éventuelles périodes d'excitation, la recourante avait fait état de quelques phases très transitoires (2 à 3 jours) au cours desquelles elle avait connu un sentiment de bien-être inhabituel. Ils en ont conclu que ces phases ne répondaient pas, ni par leur intensité, ni par leur durée, à la définition d'épisodes hypomaniaques. Ils ont au demeurant émis l'appréciation suivante : En effet, les 3 critères majeurs de la dépression sont absents : humeur normale, ni augmentée, ni abaissée, pas de diminution de l'intérêt et du plaisir ; il existe une réduction de l'énergie, prédominant en début d'après-midi (l'assurée fait une sieste de 2 heures) et en fin d'après-midi, non d'origine dépressive. Par ailleurs, l'examen ne met pas en évidence de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir (l'assurée déclare espérer continuer à vivre ensemble et heureuse avec sa famille), pas d'idéation suicidaire, pas de perturbation du sommeil d'origine dépressive ni de diminution de l'appétit (l'assurée a pris 15 kg durant les 5 derniers mois). Enfin, aucun symptôme du syndrome somatique de la dépression n'est présent.

- 12 - Les éléments anamnestiques recueillis plaident en faveur du diagnostic de cyclothymie. En effet, comme le montre l'anamnèse psychiatrique, les épisodes dépressifs qu'aurait présentés l'assurée ne sont jamais clairement caractérisés. Quant aux phases d'élévation de l'humeur, l'assurée a précisé qu'elles sont extrêmement brèves (2 à 3 jours), d'intensité modérée, peu fréquentes et que de ce fait, elles ne répondent même pas aux critères de phases hypomaniaques. Dans ces conditions, nous réfutons le diagnostic de trouble bipolaire retenu par le Dr M.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, dans son rapport du 07.07.2016. Nous faisons aussi remarquer qu'un trouble bipolaire justifie la plupart du temps la prescription d'un thymorégulateur, ce dont l'assurée n'a jamais bénéficié. A la fin de l'entretien, l'assurée précise que depuis l'introduction du Cipralex®

en décembre 2015 par le Dr S. \_\_\_\_\_, MT [médecin traitant] de l'assurée, elle se sent mieux. Elle décrit une réaction dépressive secondaire aux douleurs, apparues il y a 3 ans. Le Dr M. \_\_\_\_\_, qui connaît l'assurée depuis le 05.02.2016, a introduit le Nozinan® dès le début de la prise en charge, ce qui a eu, d'après l'assurée, un effet bénéfique sur les douleurs et le sommeil. Comme nous l'avons mentionné plus haut, le Dr S. \_\_\_\_\_, dans son RM [rapport médical] du 26.08.2015, ne retenait aucun diagnostic psychiatrique, ne mentionnait aucun traitement psychotrope et attestait que les capacités de concentration, compréhension, adaptation et résistance étaient non-limitées. Août 2015 correspond aussi à la date des dernières vacances de l'assurée (l'assurée était partie 1 semaine en voiture en famille dans la région de Pontarlier). Ces vacances s'étaient bien passées (« c'était sympa, le camping était cool, il y avait des animations pour les enfants »). L'assurée a juste déploré la qualité de l'hébergement et le froid, qui a eu pour effet d'augmenter ses douleurs. On doit donc admettre que si l'assurée a effectivement connu un épisode dépressif caractérisé, celui-ci serait apparu au plus tôt en septembre 2015 et aurait disparu au plus tard en janvier 2016, suite à l'introduction du Cipralex®, dont l'assurée a déclaré qu'il avait eu un effet bénéfique sur son état de santé. Dans ces conditions, nous ne rejoignons pas le Dr M. \_\_\_\_\_ quand il évoque un pronostic très mauvais, qui plus est du fait de la baisse significative des fonctions cognitives (qui sont absolument normales à l'examen clinique). Toujours dans son rapport du 07.07.2016, le Dr M. \_\_\_\_\_ atteste une dépression continue d'intensité moyenne depuis 3 ans, alors qu'il n'a rencontré l'assurée qu'à partir du début février 2016. Comme nous venons de le démontrer, si l'assurée a connu une période d'épisode dépressif caractérisé, celui-ci ne peut se situer qu'entre septembre 2015 et janvier 2016, le Cipralex® ayant été introduit en décembre 2015. Le diagnostic de fibromyalgie ayant été retenu par le médecin rhumatologue ce jour, il doit être examiné à l'aune des ressources disponibles ou mobilisables de l'assurée. Nous avons vu plus haut que celles-ci sont globalement conservées et dans ces conditions, le

- 13 - diagnostic de fibromyalgie ne présente pas un caractère incapacitant. On peut considérer que le traitement est conduit *lege artis* et la coopération de l'assurée est bonne. Nous n'avons pas d'options thérapeutiques alternatives à proposer. En l'absence de diagnostic incapacitant, les questions du pronostic et de l'aptitude à suivre des MR [mesures de réinsertion] tombent. Enfin, nous n'avons pas noté de divergences majeures entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes de l'assurée. Compte tenu de ces éléments, les Drs N. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ ont estimé que la recourante ne connaissait pas de limitations fonctionnelles durables au plan rhumatologique. Ils n'ont en particulier pas retenu de restrictions en relation avec le status postopératoire du poignet droit, la recourante ne présentant pas d'atteinte focalisée et ni de complications opératoires (pas de signes d'arthrose au niveau du poignet droit ou d'étiologie autre que la fibromyalgie pouvant expliquer les douleurs persistantes). Ils n'ont pas reconnu non plus de limitations au plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant à ce niveau. En définitive, les Drs N. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ n'ont retenu aucune incapacité de travail durable au plan rhumatologique, hormis durant une période limitée dans le temps des suites de l'intervention chirurgicale de mars 2015. Ils ont fixé une pleine exigibilité sur ce plan au plus tard dès le 8 octobre 2015, date de la consultation auprès de la Dresse W. \_\_\_\_\_, à l'issue de laquelle la rhumatologue avait exclu un rhumatisme inflammatoire et confirmé le diagnostic de fibromyalgie. Enfin, au plan psychiatrique, de l'avis des médecins du SMR, la recourante a tout au plus subi une incapacité de travail de septembre 2015 à janvier 2016, puis a recouvré une pleine capacité de travail. b) De son côté, la recourante a contesté la

valeur probante du rapport des Drs N. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_. A l'appui de son recours, elle a notamment transmis plusieurs rapports de son psychiatre traitant, le Dr M. \_\_\_\_\_. Dans un premier rapport du 7 juillet 2016 à l'attention de l'OAI, le Dr M. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble bipolaire de type 2 (F31.8),

- 14 - depuis l'âge de 13 à 14 ans, estimant que la recourante se trouvait de ce fait incapable de travailler dans toute activité. Le psychiatre a expliqué que la recourante avait présenté trois dépressions graves d'évolution prolongée, une première de 15 et 23 ans, sous forme d'une dépression continue avec anorexie, la seconde après son second accouchement, de 28 et 33 ans, et la troisième après le déclenchement de sa maladie inflammatoire chronique, dès l'âge de 36 ans. Il a retenu que depuis neuf ans, elle dormait mal, avec de nombreux réveils précoces, se sentant tantôt comme « une pile électrique », excitation d'allure hypomaniaque, tantôt en dépression, rapidement, ceci caractérisant une maladie bipolaire. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a mentionné que la recourante avait suivi un traitement de Fluoxetine, qui avait été arrêté car il provoquait des idées suicidaires et une insomnie presque totale. Le Cymbalta avait alors été introduit mais avait déclenché un virage maniaque début 2015, ce dernier signe sémiologique étant un critère très important de la maladie bipolaire. Le psychiatre a encore expliqué que lorsqu'il avait pris en charge la recourante, en février 2016, elle présentait un état dépressif d'intensité moyenne avec un grave trouble du sommeil (10 à 15 réveils nocturnes), état dépressif continu et toujours présent. Elle connaissait également une baisse inquiétante de ses fonctions cognitives, surtout de la mémoire ; elle était irritable, ne supportait pas le bruit et avait des sensations de « brûlures dans le dos ». Après l'introduction d'un traitement médicamenteux important (Nozinan 75 mg le soir [pour favoriser le sommeil et prévenir un virage maniaque sous antidépresseur], Cipralex 20 mg et Tramadol 20 gouttes 4x/jour), le sommeil s'était un peu amélioré, de même que le moral et l'irritabilité. La recourante connaissait toutefois toujours des troubles du sommeil et des séquelles cognitives au vu des dépressions successives et de longue durée (elle devait tout noter car elle oubliait presque tout). En conclusion, le Dr M. \_\_\_\_\_ a estimé qu'en raison de l'état de fatigue chronique, de la dépression chronique et de la baisse marquée des fonctions cognitives, la recourante présentait une incapacité de travail de 100%, tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité. Au titre des antécédents familiaux, le psychiatre a encore remarqué que le grand-père paternel de la recourante, décédé à l'hôpital psychiatrique de [...] pour dépression grave, était alcoolique et

- 15 - dépressif chronique. Le père de la recourante souffrait d'alcoolisme chronique avec agressivité. Le frère de son père était décrit comme très instable, ne pouvant pas garder un emploi (critère d'une maladie bipolaire) et souffrait de fibromyalgie. Enfin, le fils du frère de son père connaissait de graves problèmes psychiatriques. Au cours de la procédure d'audition, le Dr M. \_\_\_\_\_ a fait part dans un rapport du 22 mai 2017 de ses objections circonstanciées à l'encontre des conclusions prises le 9 janvier 2017 par les Drs N. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ au plan psychiatrique. Il a tout d'abord expliqué que le diagnostic de cyclothymie retenu par le Dr X. \_\_\_\_\_ était infondé, dès lors que le psychiatre du SMR admettait lui-même que la recourante avait subi au moins un épisode dépressif majeur dans ses antécédents, de septembre 2015 à janvier 2016, un tel épisode suffisant à exclure d'emblée le diagnostic de cyclothymie. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a également contesté l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_ selon lequel les épisodes dépressifs n'auraient pas été clairement caractérisés ou graves, observant que sa patiente avait au contraire souffert de

plusieurs épisodes dépressifs graves, de par leur intensité et par leur durée, dont il n'était pas justifié de faire abstraction. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a ensuite étayé son diagnostic de trouble bipolaire de type 2 en ces termes :

### **E. 5**

Critères cliniques pour la pose du diagnostic de trouble bipolaire de type 2 et diagnostic différentiel : Selon le DSM 4, IV TR, page 456 : 1. La survenue d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs Ce critère est bien rempli par Mme A. \_\_\_\_\_, au vu de ses 3 antécédents de dépression graves 2. Présence d'au moins un épisode hypomaniaque Ce critère est bien rempli par Mme A. \_\_\_\_\_, car les questionnaires passés ont donné les résultats suivants : a. Questionnaire de screening pour le spectre bipolaire (Goldberg) : 48 points, ce qui dépasse largement le seuil des 25 points et démontre une forte probabilité d'avoir un trouble du spectre bipolaire b. Auto-questionnaire d'hypomanie de Angst : 11 réponses « vrai » en dépassant le seuil de 10, ce qui affirme d'une possibilité d'épisode hypomaniaque. Remarque : ce questionnaire ne tient pas compte de la durée de l'épisode hypomaniaque. c. Test MDQ (Mood disorder questionnaire) Hirschfeld et al. (2000)

- 16 -

### **E. 8**

points à la première partie, la réponse oui à la deuxième partie et réponse « problème modéré » à la troisième partie. Ainsi, ce test est positif et donne une probabilité de 9 chances sur 10 d'avoir le trouble bipolaire. 3. Absence d'un épisode maniaque ou mixte (critère rempli) 4. Absence d'un trouble psychotique (critère rempli) 5. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines. Ce critère est rempli par Mme A. \_\_\_\_\_, car il y a une cassure dans sa vie avec une souffrance clinique manifeste. Pour couronner le tout, on peut ajouter : - les aspects familiaux, - le sexe féminin (les femmes sont plus prédisposées à développer des dépressions et même des états d'hypomanies). - le virage maniaque sous antidépresseur est un argument de poids et même pathognomonique de la Maladie Bipolaire en début 2015, sous Cymbalta. Aussi j'ai éliminé : - une affection médicale, - et un trouble cyclothymique (car Mme A. \_\_\_\_\_ a eu au moins un Episode dépressif majeur dans ses antécédents. Pour faire le diagnostic différentiel et éliminer une Dépression Récurrente, la patiente a eu dans ses antécédents des périodes d'euphorie et hypomanie. Ainsi, le diagnostic de Trouble Bipolaire de type 2 explique le mieux l'évolution clinique de la patiente. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a notamment fait grief au Dr X. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir pris en compte les antécédents personnels et familiaux de la recourante, qui démontraient le caractère familial de la maladie, d'avoir minimisé et invalidé sans motivation sérieuse les variations de l'humeur éprouvées par la recourante (dépressions graves et états d'hypomanies), et de ne pas avoir tenté de comprendre la fatigue chronique et la détresse psychologique de l'intéressée. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a en particulier déploré que le Dr X. \_\_\_\_\_ n'ait pas approfondi la problématique de ces phases maniaques, se contentant des simples indications approximatives de la recourante quant à leur durée (2 à 3 jours), pour conclure qu'elles ne répondaient pas aux critères requis pour un trouble bipolaire, alors qu'une durée de 4 jours aurait suffi pour retenir l'existence d'un tel épisode hypomaniaque. Or, selon le Dr M. \_\_\_\_\_, les informations données par sa patiente étaient relatives et sujettes à imprécision. Le psychiatre expliquait à cet égard que les épisodes d'hypomanie précédaient ou suivaient souvent les épisodes

dépressifs. L'état hypomaniaque n'étant

- 17 - pas dommageable pour le fonctionnement de la personne et ne créant pas de souffrance, étant même vécu agréablement, il passait souvent inaperçu. En outre, le Dr M. \_\_\_\_\_ a précisé que les femmes développaient peu d'épisodes hypomaniaques par rapport aux hommes, d'où l'importance de faire une anamnèse minutieuse pour les identifier. Toujours s'agissant du trouble bipolaire, le Dr M. \_\_\_\_\_ a ajouté que la maladie commençait en général assez tôt, entre 12 et 20 ans, ce qui se confirmait dans les antécédents de la recourante. La pose du diagnostic était souvent compliquée chez les adolescents du fait que leurs variations d'humeur étaient considérées comme normales à la puberté et que dès lors, plus de dix ans s'écoulaient en moyenne avant que la maladie soit reconnue. Le psychiatre traitant a encore précisé que la présence de dépressions et d'alcoolisme dans la famille de la recourante, les troubles du sommeil affectant l'intéressée depuis son enfance, l'existence de trois périodes de dépression grave d'évolution prolongée, ainsi que le virage maniaque sous antidépresseur début 2015 sous Cymbalta, constituaient des arguments de poids et même pathognomoniques d'une maladie bipolaire. Au vu de ces éléments, il a confirmé son appréciation dans le sens d'une totale incapacité de travail dans toute activité. c) De fait, Dr J. \_\_\_\_\_ n'était pas fondé à écarter, par son fort bref avis du 12 juin 2017, le point de vue du Dr M. \_\_\_\_\_, en se retranchant derrière l'argument selon lequel ce médecin n'aurait émis qu'une appréciation différente d'une situation similaire et n'aurait pas mis en évidence une aggravation et/ou une modification de l'état de santé de la recourante depuis l'examen clinique des Dr N. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ le 30 novembre 2016. Le SMR, dans ses avis ultérieurs, ainsi que l'OAI, dans ses différentes prises de position, n'ont eu de cesse de répéter cet argument, qui n'est nullement convaincant. Il n'est en effet pas déterminant en l'espèce de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé entre novembre 2016 et juin 2017, voire ultérieurement, tant il est vrai que telle n'est pas la question litigieuse. Il semble en effet manifestement avoir échappé au SMR que le Dr M. \_\_\_\_\_ contestait matériellement, par le biais d'explications précises, documentées et motivées, l'appréciation opérée par le Dr X. \_\_\_\_\_. Pour pouvoir écarter

- 18 - valablement l'avis du Dr M. \_\_\_\_\_, il incombait au SMR de développer, sur la base de critères médicaux objectifs, une argumentation circonstanciée expliquant les raisons pour lesquelles il convenait de privilégier médicalement le point de vue du Dr X. \_\_\_\_\_ par rapport à celui du Dr M. \_\_\_\_\_. Les explications fournies par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans ses avis des 2 novembre 2017, 4 janvier 2018 et 19 février 2018 ne suffirent pas, tant s'en faut, à pallier l'absence de discussion matérielle de la problématique. En effet, le fait que la recourante ait pu suivre une formation puis travailler durant plusieurs années, que son médecin traitant ne se soit pas prononcé en faveur d'un diagnostic psychiatrique avant de l'avoir adressée au Dr M. \_\_\_\_\_, que la recourante estime avoir de la chance dans sa vie de famille ou ait qualifié ses dernières vacances en 2015 de « sympa », que son psychiatre traitant ne lui ait pas immédiatement prescrit de traitement thymorégulateur, qu'il l'ait soumise à des tests psychologiques en 2017 (ce qui d'après le Dr J. \_\_\_\_\_ était inutile après plus d'un an de suivi médical), ne suffirent nullement à écarter valablement l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_, lequel a d'ailleurs répondu à ces divers arguments dans ses rapports ultérieurs. d) En définitive, il sied de constater qu'il existe, au vu des éléments apportés par le Dr M. \_\_\_\_\_, un doute quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation psychiatrique faite par les médecins du SMR. Dans une telle situation,

l'office intimé ne pouvait faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise, avant de rendre sa décision de refus de prestations. Compte tenu en outre de la présence – non contestée – d'un tableau fibromyalgique sous-jacent, tel qu'attesté par la Dresse W. \_\_\_\_\_ (rapports des 8 octobre 2015 et

### **E. 13**

septembre 2017), le Dr H. \_\_\_\_\_ (rapport du 23 juin 2016), ainsi que les Drs N. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ (rapport du 9 janvier 2017), il se justifie de renvoyer le dossier à l'office intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, les experts désignés gardant la faculté d'y associer toute autre spécialité médicale jugée opportune. Il leur appartiendra d'examiner l'éventuel caractère invalidant du tableau clinique présenté par la recourante au regard notamment des

- 19 - indicateurs définis par la jurisprudence en matière de syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281), applicables également aux troubles psychiques (ATF 143 V 409 et 143 V 418). Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante. 5. A l'appui de sa contestation, la recourante soulève également un certain nombre de critiques à l'encontre de l'enquête économique sur le ménage diligentée par l'office intimé. Compte tenu du renvoi de la cause audit intimé pour complément d'instruction au plan médical, il n'y a pas lieu d'examiner plus en détail les griefs soulevés par la recourante. Il appartiendra à l'office intimé d'examiner, à la lumière des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire à venir, l'opportunité de mettre en œuvre une nouvelle enquête économique sur le ménage. 6. a) Partant, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD). c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière

- 20 - administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 2'000 francs.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.