

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 octobre 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par B. _____ SA, à [...],

et

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

Art. 43 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), de nationalité suisse, née en 1970, a travaillé depuis le 4 mars 2009 à plein temps en qualité d'opératrice sur machines pour le compte de C. _____ SA jusqu'au 30 avril 2016, date de la résiliation des rapports de travail.

En incapacité de travail depuis le 27 août 2015 en raison de dépression et d'anxiété, d'abord à 100 puis à 50 %, elle a déposé le 31 mai 2016 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 22 juin 2016, celui-ci a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) depuis le mois d'août 2015 consécutivement à la résiliation des rapports de travail par C. _____ SA. Il a exposé que sa patiente présentait une incapacité de travail totale dans son activité comme dans une activité adaptée, ainsi qu'une incapacité à poursuivre ses activités ménagères. Il a présenté les symptômes comme il suit :

« Elle présente une reviviscence répétée du licenciement, des souvenirs envahissants, des cauchemars, une hypervigilance, état sur le « qui-vive ». Le licenciement continue à être constamment remémoré et revécu. Ce tableau clinique met en évidence la présence d'un état de stress post-traumatique.

Elle présente une symptomatologie anxio-dépressive qui reste encore aujourd'hui importante avec des troubles du sommeil, la patiente présentant des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes ainsi que des cauchemars. Nous constatons également des troubles de la concentration et de l'attention avec la présence d'oublis. Elle présente également une tristesse, une perte de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables. Elle relate une fatigue importante avec la présence d'une irritabilité, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des ruminations importantes autour de sa situation, une anxiété invalidante avec des céphalées.

Depuis le début du traitement, nous avons constaté une amélioration de l'appétit, avec par contre une prise de poids d'environ 8 kg. En effet, la patiente présentait initialement une perte d'appétit avec une perte de poids.

Elle relate une baisse de libido.

Elle présente des idées de culpabilité sur son état de santé ainsi que de dévalorisation. Elle présente des idées noires de façon récurrente, cependant sans scénario de passage à l'acte.

Elle présente également un ralentissement psychomoteur marqué avec des symptômes neurovégétatifs de « chaud » et de « froid », des vertiges, de la tachycardie, des fourmillements dans les membres.

[...]

Elle présente un isolement social, elle est en contact uniquement avec sa famille nucléaire. Elle relate une hypersensibilité aux bruits, à la foule ainsi qu'une impression que les gens la regardent dans la rue. »

Le Dr E._____ a communiqué à l'OAI un consilium psychiatrique établi le 7 décembre 2015 par le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, co-signé par J._____, psychologue, sur mandat d'I._____ SA (ci-après : I._____ SA), assureur perte de gain en cas de maladie de C._____ SA. Le Dr H._____ a notamment exposé ce qui suit :

« IV. STATUS CLINIQUE

L'assurée est normalement vêtue. Son BMI est à environ 30.1, ce qui indique une obésité. Son hygiène est impeccable et sa démarche est normale.

Compliante aux questions, l'investiguée a pu parler librement à plusieurs reprises. Ses propos sont structurés et parfaitement compréhensibles.

On note la présence d'un ralentissement psychomoteur modéré, mais significatif, sans agitation.

Sa mimique est adéquate, son visage est expressif avec une thymie légèrement abaissée, sauf lorsqu'elle évoque le conflit professionnel et le licenciement vécu comme étant abusif selon ses dires, moment où l'assurée montre de la tristesse.

La voix est d'intensité normale et elle peut la moduler adéquatement en fonction des sujets abordés et des émotions vécues.

Le cours de la pensée est normal et il n'y a pas de trouble formel de la pensée, ni de barrages, ou d'attitude d'écoute d'éventuelles hallucinations auditives.

On ne note pas de position antalgique, ou de mimique algique durant les entretiens.

V. EXAMEN PSYCHOMÉTRIQUE POUR LA DÉPRESSION

La passation de l'échelle de dépression de *HAMILTON* [...] révèle :

Seuils	Dépression	Score observé
[...]		
18-24	<i>dépression modérée</i>	20

[...]

VI. CONCLUSION

D'un point de vue purement psychiatrique, nous retenons des limitations fonctionnelles significatives, dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré, mais significatif.

[...]

VIII. DIAGNOSTICS

Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail

F43.22/F32.2/F32.11 Trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive F43.22, ayant évolué vers un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques F32.2, actuellement en rémission partielle. Episode dépressif moyen actuellement avec syndrome somatique F32.11.

F13.25 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, en utilisation continue.

Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail

Z56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage.

IX. PRONOSTIC

Suivant l'évolution clinique actuellement objectivée, une reprise professionnelle dans la même activité auprès d'un autre employeur ou du chômage est attendue d'un point de vue médico-théorique pour le 01.02.2016 à 50 % et pour le 01.03.2016 à 100 %.

En cas d'évolution négative une hospitalisation devrait être envisagée, un changement vers un traitement antidépresseur différent envisagé, par exemple la venlafaxine et les arrêts maladie prolongés.

L'expert considère que le Tranxilium® (clorazepate) et le Temesta® (lorazepam) sont deux traitements médicamenteux qui ne devraient pas être prescrits ensemble. Par ailleurs, nous conseillons de diminuer progressivement ces deux médicaments afin de les remplacer par du Lyrica® (pregabalin). Un sevrage aux benzodiazépines est exigible.

Par ailleurs, nous conseillons également d'augmenter la paroxétine en fonction du dosage sanguin. Le traitement antidépresseur devra être maintenu six mois après la disparition symptomatique totale, afin de diminuer le risque de rechute.

Malgré le déconditionnement de l'investiguée et les avantages secondaires asséculo-logiques (éviter d'être confrontée à un emploi vécu comme étant hostile et une peur clairement exprimée de ne pas retrouver du travail à son âge), sa souffrance est réelle et ses arrêts maladies sont actuellement justifiés.

L'expert reste à la disposition du médecin, du psychiatre et de la psychologue traitants de l'intéressée pour un consilium par e-mail si besoin, après qu'ils aient eu le temps de prendre connaissance du rapport de consilium et en fonction de l'évolution clinique de l'investiguée. »

Le Dr E. _____ a en outre joint au document précité un rapport du 7 janvier 2016 destiné à B. _____ SA (mandataire de l'assurée, ci-après : B. _____ SA), prenant position sur le rapport du Dr H. _____, co-signé avec son confrère le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue F. _____, dont les conclusions sont les mêmes que celles du rapport adressé à l'OAI.

Le 16 juin 2016, la Clinique X. _____, mandatée par I. _____ SA a rendu un rapport d'expertise signé de la Dre K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, concluant à une incapacité entière du 27 août 2015 au 30 mars 2016, à une capacité de travail à 50 % dès le 1^{er} avril 2016 et à une capacité de travail entière dès le 1^{er} mai 2016. Sur cette base, l'assureur perte de gain en cas de maladie a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail entière dès le 1^{er} mai 2016.

Il ressort d'un rapport d'intervention précoce du 20 juillet 2016 que l'assurée s'est plainte au collaborateur de l'OAI de fréquents vertiges, ainsi que d'arthrose au pouce de la main droite (manque de force et douleurs).

Par rapport du 26 août 2016 adressé à l'OAI, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que sa patiente souffrait d'un trouble anxieux dépressif et présentait une incapacité de travail totale depuis le 27 août 2015, renvoyant pour le surplus à ses confrères psychiatres.

B. _____ SA a soumis le cas de l'assurée au Dr R. _____, médecin-praticien et médecin-conseil de la société mère. Dans un rapport du 29 novembre 2016, le Dr R. _____ a notamment estimé, sur la base des données cliniques émanant des rapports du Dr E. _____, que l'assurée présentait un tableau de dépression majeure sans symptômes psychotiques et non un diagnostic de trouble de l'adaptation, avec la persistance de limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 14 décembre 2016 adressé à l'OAI (doc. 32), le Dr E. _____ a exposé que la symptomatologie anxio-dépressive restait importante avec une tendance à l'aggravation, que l'incapacité de travail restait totale dans l'activité habituelle, qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la reprise d'une activité adaptée. Il a en outre exposé le status et les limitations fonctionnelles suivantes sur le plan psychique :

« 3. Status psychiatrique actuel ?

Les troubles du sommeil font toujours partie du tableau clinique. La patiente continue à présenter des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes ainsi que des cauchemars.

Nous constatons des troubles de la concentration et de l'attention avec la présence d'oublis.

Nous observons également une tristesse, une perte de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables.

En effet, nous constatons la présence d'une anhédonie avec une perte de la capacité à ressentir des émotions positives et une aboulie.

Une fatigue invalidante reste manifeste avec la présence d'une irritabilité, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des ruminations importantes autour de sa situation ainsi qu'une anxiété invalidante avec des céphalées. Elle présente des idées de culpabilité sur son état de santé ainsi que de dévalorisation.

Elle présente également un ralentissement psychomoteur marqué avec des symptômes neurovégétatifs de « chaud » et de « froid », des vertiges, des tachycardies, des fourmillements dans les membres.

Elle continue à prendre du poids, elle a pris environ 13 kg jusqu'à ce jour.

Elle relate une perte de libido et également des difficultés sur le plan conjugal.

Elle reste isolée socialement et elle est en contact uniquement avec sa famille nucléaire. Elle relate une hypersensibilité aux bruits, à la foule ainsi qu'une impression que les gens la regardent dans la rue.

La patiente est accompagnée en voiture à nos consultations par un membre de sa famille. Les déplacements deviennent de plus en plus difficiles.

Des idées noires de façon récurrente sont présentes, cependant sans scénario de passage à l'acte.

[...]

Elle a également des plaintes somatiques, notamment au niveau des mains et articulations.

[...]

8. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement psychiatrique ?

[...]

- des difficultés liées à l'humeur dépressive (tendance à l'isolement social) ;
- une fatigabilité importante et un ralentissement psychomoteur ;
- des difficultés dans la gestion des émotions (irritabilité, tristesse, labilité émotionnelle) ;
- apragmatisme (difficulté à entreprendre des activités, absence de motivation et de plaisir) ;

- des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne (troubles du sommeil) ;
- une hypersensibilité au stress ;
- des troubles de la concentration et de l'attention ;
- des difficultés dans les déplacements en lien avec les troubles de l'attention et la fatigue ;
- une capacité d'organisation limitée (absence de plaisir, d'intérêt, isolement social, aboulie, asthénie) ;
- une capacité d'adaptation au changement limitée (fatigabilité, hypersensibilité au stress). »

Dans un avis médical du 12 septembre 2017, la Dre L._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu « les conclusions des experts », soit le diagnostic de « trouble de l'adaptation avec une réaction anxieuse et dépressive (F43.22) ayant évolué vers un épisode dépressif sévère (F32), en rémission au jour de la deuxième expertise soit le 16 juin 2016, donnant lieu à une incapacité de travail limitée dans le temps, soit une incapacité entière du 27 août 2015 au 30 mars 2016, une capacité de travail à 50 % du 1^{er} avril au 30 avril 2016 et une capacité de travail entière dès le 1^{er} mai 2016.

Par projet de décision du 14 septembre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'elle entendait lui refuser une rente d'invalidité au motif qu'elle n'a pas présenté de préjudice avant l'échéance du délai de carence d'un an.

L'assurée a contesté ledit projet par courrier du 6 octobre 2017, produisant notamment des certificats d'incapacité de travail postérieurs au 1^{er} mai 2016 émanant des Drs E. _____ et D. _____, et informant l'OAI être suivie par les Drs T. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, et U. _____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive, en raison d'arthrose aux mains.

A la demande d'I. _____ SA, la Dre M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à une seconde expertise de l'assurée et rendu son rapport le 13 octobre 2017. Elle a dressé le status suivant et répondu en ces termes aux questions de l'assureur perte de gain en cas de maladie :

« 3. STATUS CLINIQUE

Status psychiatrique

Assurée de présentation correcte, orientée et collaborante ; [...]. Portant une attelle au poignet droit, elle se mobilise avec souplesse et aisance. La position assise est stable sur la chaise durant les 2h10 d'examen ; aucun mouvement antalgique n'a été identifié.

[...].A. _____ retrace son anamnèse avec bienveillance ; la mémoire des dates et des faits est très bonne, si l'on tient compte de son niveau de scolarité. Il n'y a pas de trouble du cours de la pensée. La réaction à la confrontation conduit à des explications claires et pertinentes.

Sur le plan de l'anxiété, seule une animosité a été identifiée à l'égard du supérieur hiérarchique responsable du licenciement. Questionnée quant au fait que l'intéressée soit, pour toute sortie, systématiquement entourée par son fils, elle répond que ce dernier insiste à l'accompagner pour la soulager. Aucun signe d'anxiété pathologique ni de phobie ayant un impact sur le quotidien n'a été décelé.

Quant aux signes de la lignée dépressive : la psychomotricité est calme sans être ralentie, la thymie peu expressive, tout en

restant congruente aux propos abordés. Il n'y a eu aucun débordement émotionnel. L'appétit est décrit comme bon, bien que l'assurée reconnaisse mal se nourrir : elle aurait pris 15 kg depuis sa mise en arrêt maladie (elle en pèserait aujourd'hui 83 pour une taille de 160 cm). Le sommeil fait l'objet d'un endormissement rapide, avant de nombreux réveils nocturnes ; des cauchemars à thème du travail sont signalés, l'intéressée voyant par exemple les portes de son ancienne entreprise se refermer devant elle. La perception de l'avenir est structurable, avec une crainte de reprendre une activité professionnelle, notamment en raison des démarches requises pour retrouver un emploi ; A._____ apprécierait d'obtenir de l'aide. L'image de soi n'est pas dégradée, étant celle d'une femme correcte, respectueuse, honnête et travailleuse. Aucun trouble de l'attention ni de la concentration n'a été identifié. L'expertisée ne signale pas d'anhédonie, mais une absence d'énergie (aboulie). Elle ne se sent pas coupable, plutôt victime d'une injustice de par son licenciement. Bien qu'elle n'ait jamais élaboré de scénario suicidaire, elle mentionne avoir perdu le plaisir de vivre. Une fatigabilité anamnétique n'a pas pu être confirmée, l'expertisée ayant tendance même à rallonger la durée de l'entretien qui semble lui avoir apporté du plaisir.

L'examen n'a mis en évidence aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique.

[...]

5. APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'une femme de 47 ans, née en [...], résidant en Suisse depuis 1991. Après avoir suivi 10 ans de scolarité, elle n'a pas acquis de diplôme professionnel. Mariée à l'âge de [...] ans, elle a mis au monde [...] enfants et est dans un premier temps restée au foyer.

Son parcours professionnel débute en Suisse à partir de 1997, sous forme de postes non-qualifiés. Dès 2009 est annoncée une activité intérimaire dans l'entreprise C._____ SA, où un contrat d'opératrice sur machines est signé à plein temps le 1^{er} janvier 2013. Une mise en arrêt de travail total débute le 27 août 2015, dans un contexte de licenciement immédiat reconnu par la suite comme abusif.

Sur le plan familial, l'intéressée retrace une anamnèse psychiatrique vierge. Du point de vue personnel, elle se remémore une enfance heureuse, exempte de traumatisme comme de maltraitance. Aucun antécédent d'atteinte psychiatrique à la santé n'est signalé avant le jour du licenciement, qui est vécu comme un choc énorme duquel l'expertisée dit n'avoir pas pu se remettre. Elle déplore mener aujourd'hui une existence repliée sur soi-même, fuyant les bruits, déléguant les tâches ménagères et ne pratiquant aucun loisir, hobby, sport ni activité sociale. La qualité de vie est annoncée comme désastreuse.

A l'examen de ce jour il s'agit d'une femme orientée et collaborante, munie de bonnes compétences intellectuelles. De présentation simple avec une hygiène parfaite, elle s'exprime dans un discours révélant des compétences cognitives intactes.

La maîtrise de la langue française n'a posé aucune difficulté quant aux besoins de cet examen.

La recherche des signes de la lignée dépressive au sens des classifications internationales n'apporte que de modestes éléments, face auxquels le ressenti (subjectif) dépasse largement les observations (objectives). La bonne qualité notamment des compétences cognitives permet d'exclure l'existence actuelle d'une symptomatologie dépressive sévère, l'absence de séquelles confirmant de surcroît qu'il n'y a pas eu non plus de dépression d'intensité significative et au long cours dans le passé. La quête des signes d'anxiété est restée négative.

Face à ce tableau clinique, la recherche d'une éventuelle psychopathologie sous-jacente, qui serait à même de réduire les ressources de l'intéressée pour surmonter le choc de son licenciement, est également restée négative.

Finalement seule l'éventualité d'une personnalité à traits dépendants peut être envisagée, chez une femme qui tient à être entourée et qui n'aurait pas supporté d'être licenciée en raison d'un méfait de son chef. Ces caractéristiques de la personnalité peuvent rendre plus difficiles les démarches pour une recherche d'emploi, chez une femme qui demande à être aidée pour y parvenir.

[...]

En ce qui concerne l'exigibilité professionnelle, l'assurée a clairement les moyens psychiatriques de reprendre un travail à plein temps, ce qui de surcroît améliorerait largement sa qualité de vie, lui redonnerait une identité de femme active et soulagerait la situation matérielle familiale décrite comme désastreuse. Elle a été informée que malgré les plaintes qu'elle formule, elle n'a aucun déficit fonctionnel que ce soit dans ses tâches ménagères comme dans une part active.

Quant aux propositions thérapeutiques, les motifs pour lesquels les thérapeutes (cabinet du Dr E. _____) n'ont pas soutenu leur patiente vers des mesures de retour à l'emploi ne sont pas clairs. Leur insistance à considérer A. _____ comme une malade psychiatrique n'améliore en rien son état de santé objectif, l'image de soi, la qualité de vie ni la confiance dans les capacités de reprise. Il est également à regretter que suite à la reconnaissance du caractère abusif du licenciement (jugement qui a permis l'obtention des prestations de réparation), l'opportunité n'ait pas été saisie de stimuler l'intéressée vers des projets d'avenir professionnel. En effet, seul le retour à un nouveau poste permettra d'amorcer le deuil de l'injustice vécue chez l'ancien employeur et ainsi d'atténuer la souffrance ressentie.

Sur le plan médicamenteux, comme l'expertisée confirme souffrir de sa dépendance au Temesta et au Tranxilium, qu'elle ne parvient pas à interrompre et qui lui laisse une fatigue diurne, un sevrage lent et progressif pourra être organisé. La prescription de la venlafaxine est adéquate et elle peut être maintenue, voire en cas de besoin proposée à doses plus élevées.

Face à ces observations et avec l'accord de l'expertisée, contact téléphonique a été pris avec le cabinet du Dr E._____. La F._____ a aimablement pris note des conclusions de ce rapport.

QUANT AU POSITIONNEMENT FACE AUX RAPPORTS MEDICAUX ADRESSÉS :

- Les 3 rapports médicaux issus du cabinet du Dr E._____ mentionnent un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Que des composantes dépressives aient pu survenir notamment suite à l'annonce d'un licenciement erroné ne peut être exclu. Par contre, l'absence de séquelles permet en tout cas d'affirmer que l'atteinte strictement médicale n'a pu être ni sévère ni durable. En l'absence de déficit fonctionnel objectivable, la décision de suspension des prestations prise par l'assureur perte de gain ne peut être contestée.
- Quant aux rapports médicaux signés par le Dr D._____, ce médecin traitant évoque d'abord un diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété, qui apparaît tout-à-fait adapté aux réalités de l'assurée. Le fait qu'il ait décrit par la suite sa patiente comme profondément déprimée peut plutôt être attribué à l'intensité d'une souffrance subjective, qu'à une atteinte strictement psychiatrique. La maîtrise de la langue française ne pose pas de difficultés.
- Quant au rapport de consilium psychiatrique signé par le Dr H._____. le 7 décembre 2015, les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive apparaissent comme congruents à la chronologie des faits. Les symptômes dépressifs sont alors déjà décrits en rémission partielle, avec une intensité moyenne observée. Il a par ailleurs été pertinent de relever la dépendance aux sédatifs hypnotiques prescrits, chez une femme qui ne parvient pas à se débarrasser de sa prise de Temesta et de Tranxilium.

[...]

4. Quel est votre diagnostic ?

Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

Notions d'antécédents dépressifs ou de troubles de l'adaptation, faisant suite à un licenciement reconnu comme abusif. Tableau actuel de processus d'invalidation (sinistrose).

Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail

Possibles traits de personnalité dépendante.

5. Quel est le traitement psychiatrique suivi jusqu'à ce jour ?

Entretiens réguliers au cabinet du Dr E._____.

Prescription d'un traitement antidépresseur et anxiolytique.

6. L'incapacité de travail du 27 août 2015 est-elle justifiée depuis tout ce temps ?

Bien que l'expertisée ait pu être atteinte de symptômes justifiant une mise en arrêt de travail totale durant la période qui a directement suivi son licenciement, il est en tout cas clair

que depuis la suspension du versement des prestations au 31 juillet 2016, l'inactivité professionnelle est corrélée à des motifs qui sortent du champ médical.

7. Préconisez-vous d'autres mesures ?

L'assurée reconnaît avoir besoin d'un soutien pour rechercher un nouvel emploi ; la mise en place de ce type de démarches pourrait accélérer un retour au poste. A._____ a également conscience de sa dépendance aux benzodiazépines, dont elle souffre des effets secondaires sédatifs. Un sevrage progressif peut débiter dès que possible.

8. Quel est le mécanisme qui a déclenché et qui entretient les troubles psychiques ?

Le fait d'être considérée comme une malade psychiatrique a fait perdre à l'intéressée confiance en elle et en ses capacités, ce qui a aggravé sa souffrance et généré un repli social.

9. Dans quelle mesure notre assurée n'est-elle plus capable d'exercer son activité habituelle ?

L'expertisée a les moyens psychiatriques de reprendre l'exercice d'une activité du même ordre que celle exercée précédemment et à plein temps.

10. Est-elle en mesure d'exercer une autre activité ? Si oui, laquelle et dans quelle proportion ?

Oui ; l'exigibilité psychiatrique est de 100 % dans toute activité.

11. Quel est votre pronostic en ce qui concerne le pourcentage et la durée de l'incapacité de travail ?

Sur le plan strictement psychiatrique, le pronostic d'une exigibilité à plein temps est durable. Aucun facteur psychiatrique présent actuellement ne peut présager d'une altération des bonnes capacités de reprise d'un travail à plein temps. »

L'assurée, assistée par B._____ SA, a complété sa contestation par courrier du 28 novembre 2017. Fondée sur un rapport du 21 novembre 2017 adressé à l'OAI par le Dr D._____, auquel était annexé un rapport du 6 octobre 2016 de ce même médecin au conseil de l'assurée, et sur un rapport du Dr E._____ du 25 octobre 2017, elle a contesté les conclusions de l'expertise de la Dre M._____. Elle a également indiqué qu'elle avait subi à la fin de l'année 2016 des infiltrations auprès du Dr T._____ en raison d'une rhizarthrose des deux pouces et qu'elle avait en outre présenté une sciatgie non déficitaire au début du mois de juillet 2017 et qu'elle présentait encore des douleurs typiques le 23 octobre 2017.

Dans un avis médical du 8 décembre 2017, les Dres L. _____
et O. _____, médecin au SMR, ont retenu ce qui suit :

« Nous ne reviendrons pas sur la pathologie psychiatrique, plusieurs experts ayant retenu les mêmes conclusions, à la suite d'examens détaillés et après avoir pris connaissance du dossier et écouté attentivement l'assurée. Leurs rapports sont cohérents, nous n'avons aucune raison de nous en écarter.

Comme l'écrit le médecin traitant, si sa patiente avait travaillé la sciatalgie aigue aurait pu justifier une incapacité de travail limitée dans le temps. L'arthrose des pouces responsable de douleurs apparues fin 2016 semble être prise en charge correctement par le Dr T. _____.

Aucune limitation fonctionnelle d'ordre somatique n'est décrite.

Nous n'avons aucun élément médical objectif pour nous écarter de notre position à savoir capacité de travail entière dans toute activité depuis mai 2016. »

L'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée par décision du 18 décembre 2017, considérant qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail et de gain dans toute activité dès le 1^{er} mai 2016, de sorte que les mesures de reclassement étaient sans objet, et qu'il n'y avait pas de droit à la rente, faute de préjudice avant l'échéance du délai de carence d'un an.

B. Par acte du 31 janvier 2018, A. _____, agissant par B. _____ SA, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante a contesté la pleine capacité de travail retenue par l'intimé dans toute activité motifs pris que ses médecins constataient la persistance d'une symptomatologie compatible avec une dépression sévère sans symptômes psychotiques, de limitations fonctionnelles y relatives et exposaient que tous les traitements possibles avaient été effectués. Elle a considéré que les conclusions des experts sur lesquelles l'OAI se basait étaient incomplètes, ne tenant pas compte des problèmes somatiques présentés par la recourante. Elle a soutenu que les conclusions étaient contradictoires dans la mesure où les experts avaient retenu qu'elle présentait plusieurs symptômes de la dépression sans

retenir ce diagnostic et que les symptômes étaient minimisés dans les rapports d'expertise.

Dans sa réponse du 29 mars 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours, en se référant aux avis des 12 septembre et 8 décembre 2017 du SMR.

Par réplique du 3 mai 2018, la recourante a maintenu ses conclusions, requérant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Elle a produit à l'appui de son écriture un rapport médical des Dres P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Q._____, médecin-assistante, du service de psychiatrie du Centre hospitalier N._____, (ci-après : le Centre hospitalier N._____) du 22 février 2018, retenant les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance (F13.2) utilisation continue et concluant à une incapacité de travail totale compte tenu des limitations. Les Dres P._____ et Q._____ ont exposé ce qui suit :

« **Status**

[...] algique, porte une attelle au poignet droit, habillée simplement tout en noir. Vigile, orientée aux 4 modes, elle partage le focus d'attention. Troubles de la mémoire et de la concentration éprouvés, non testés. Collaborante, ralentie sur le plan psychomoteur, tension psychique éprouvée et observée. [...] Discours spontané, normo-débité, à petite voix, cohérent mais peu informatif et circonstancié. Pas de trouble du contenu de la pensée, ni de trouble des perceptions. La thymie est abaissée et s'accompagne d'une anhédonie, une fatigabilité, un sentiment de honte et de dévalorisation, un manque de motivation et d'énergie. Les affects sont congruents et bien modulés, la patiente pleure facilement en racontant son histoire. Anxiété psychique éprouvée. Absence d'idées ou comportement auto ou hétéro-agressifs. Troubles du sommeil avec cauchemars, la patiente se réveillant souvent angoissée pendant la nuit. Prise pondérale de 16.5 kg depuis 2 ans. Baisse de la libido. Absence de signes de consommations.

Évaluation du potentiel suicidaire : risque élevé (dépression, anxiété, pauvre estime de soi, problèmes somatiques, douleurs chroniques, difficultés économiques persistantes, difficultés professionnelles), urgence faible, danger faible.

[...]

Discussion

Nous retenons comme diagnostic principal un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Nous relevons les symptômes suivants : abaissement stable de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité, diminution de la concentration et de l'attention, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de culpabilité et de dévalorisation, attitude morose et pessimiste face à l'avenir, perturbation du sommeil.

Nous retenons également un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, avec une consommation continue depuis au moins 2 ans, une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives (fatigue, troubles mnésiques), une tolérance accrue et un syndrome de sevrage en cas d'interruption du traitement.

[...]

Sur le plan médicamenteux, après discussion avec nos collègues pharmacologues; nous proposons dans un premier temps un dosage de Venlafaxine pour vérifier la compliance de la patiente. Par la suite, si l'hypertension artérielle dont souffre la patiente reste contrôlée et en absence de certitude concernant une mauvaise tolérance de la patiente à une augmentation, il vaudrait la peine d'essayer d'augmenter progressivement ce traitement jusqu'à 225 mg/jour si nécessaire. En cas de mauvaise tolérance ou inefficacité, une alternative serait de changer la molécule en faveur d'un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (pas encore essayé), comme l'Escitalopram (commencer par 10 mg/jour, augmenter si nécessaire à 20 mg/jour) ou la Sertraline (commencer à 50 mg/jour, augmenter si nécessaire par paliers de 50 mg/semaine jusqu'à 200 mg/jour). Si la patiente présente des facteurs de risque pour développer un QT long, il est recommandé de faire un ECG avant de débiter le traitement.

Nous recommandons également une simplification du traitement de benzodiazépines (remplacement du Tranxilium® par le dosage équivalent du Temesta® ou vice-versa), puis une diminution progressive et un arrêt de ces molécules, vu le syndrome de dépendance déjà présent et les effets délétères sur les fonctions cognitives et énergie de la patiente. Une telle diminution doit se faire très lentement en raison du risque de survenue de symptômes de sevrage.

Plus que les mesures médicamenteuses, ce que nous semble plus urgent à l'heure actuelle serait de mobiliser la patiente sur le plan physique, occupationnel et social. Nous proposons de commencer par un suivi par une infirmière privée en psychiatrie qui vienne à domicile et puisse accompagner la patiente peu à peu dans ses déplacements, rendez-vous et activités. En parallèle, ou avec l'aide de cette infirmière, nous proposons de mettre la patiente en contact avec le Centre Y._____. Il s'agit d'un lieu de formation et de rencontres destiné à des femmes migrantes, en situation de précarité économique et/ou sociale, qui offre des cours de français, des cours de couture, des rencontres communautaires et d'autres activités de socialisation. Dans un deuxième temps, une demande de prise en charge à l'Unité de Réhabilitation du Département de Psychiatrie du Centre hospitalier N._____, avec la possibilité pour

la patiente de participer dans des activités thérapeutiques de groupe et/ou des ateliers protégés, pourrait être intéressante.

En ce qui concerne la capacité de travail de A._____, nous relevons plusieurs limitations sur le plan psychiatrique et nous estimons que la capacité de travail de A._____ est nulle actuellement et qu'elle pourrait bénéficier de mesures de réinsertion professionnelle avec une réintégration progressive dans le monde du travail adaptée à ses limitations, ceci après les mesures thérapeutiques énumérées plus haut. En effet, rappelons que la patiente ne travaille pas depuis plus de deux ans. »

Le 3 mai 2018, l'OAI a communiqué le rapport complémentaire de la Dre M._____ du 31 mars 2018, dont il ressort notamment ce qui suit :

« ● Le rapport du 22 février 2018, qui se base sur des entretiens réalisés avec la collaboration d'une interprète, conclut à des diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ainsi qu'à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue.

En reprenant les observations consignées dans ce document, le lecteur se trouve face à des discordances : en effet, A._____ est décrite comme n'ayant un niveau de français que très limité, bien qu'en fin d'examen celui-ci eût semblé s'améliorer. L'examen à mon cabinet médical a pu confirmer l'existence d'une maîtrise orale tout à fait suffisante pour les besoins d'un examen de ce type.

Alors que le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques est posé dans le rapport du Centre hospitalier N._____, il n'est pas congruent avec le status : en effet, les troubles de la concentration ne sont pas observés mais uniquement éprouvés, comme bien d'autres symptômes non vérifiés, dans un contexte d'absence de réduction de la prise alimentaire et de comportement autoagressif, alors que l'essence même de la dépression est un retournement de l'agressivité contre sa propre personne.

Ainsi, tous les critères de sévérité de la dépression au sens des classifications internationales ne sont pas réunis.

De plus, l'évaluation du potentiel suicidaire serait à risque élevé, alors que le degré d'urgence et le danger sont qualifiés de faibles. Tout aussi contradictoire est l'incapacité de travail attestée totale mise en corrélation avec le fait que l'intéressée ne travaille pas depuis plus de deux ans (donc basée sur un argument non médical), alors que des mesures de réinsertion professionnelle sont préconisées.

Ces observations, pouvant être qualifiées de contradictoires, représentent surtout l'illustration de la discordance entre l'éprouvé de l'assurée et les observations objectives. Etant donné que cette discordance qualifie justement le processus d'invalidation, ce rapport confirme que ce processus est

toujours présent, alors qu'il avait été décelé dans mon rapport d'expertise.

En conséquence, la situation décrite dans les précédentes appréciations médicales est retrouvée, puisque si l'on s'attache uniquement aux symptômes allégués par la personne examinée l'on peut avoir l'impression d'une atteinte sévère, alors que les éléments objectifs nous révèlent un état de santé tout à fait rassurant.

En ce sens et par le fait que dans ce rapport du Centre hospitalier N._____ d'une part le fonctionnement au quotidien n'a nullement été investigué et d'autre part la distinction entre anamnèse et status n'y est pas toujours claire, ce dernier ne convainc aucunement quant à la gravité de l'état de santé objectif de l'assurée.

[...] »

Par duplique du 19 juin 2018, l'intimé a maintenu ses conclusions, s'appuyant sur un avis SMR de la Dre O._____ du 5 juin 2018 selon lequel le rapport du Centre hospitalier N._____ du 22 février 2018 n'apporterait aucun nouvel élément et selon lequel le complément d'expertise de la Dre M._____ serait convaincant. Pour l'intimé, de nouvelles investigations ne se justifiaient pas.

Dans ses déterminations du 16 août 2018, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a produit un rapport du 27 juillet 2018 du Dr D._____, contestant la valeur probante des expertises au dossier.

Par déterminations du 6 septembre 2018, l'OAI a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

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

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

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente d'invalidité.

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

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir

s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (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 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

d) En droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 ; 137 V 210 consid. 2.1.3), ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. Or les manquements constatés au sein du « département expertise » par le Tribunal fédéral dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la Clinique X. _____ soulèvent de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises ont été effectuées au sein de cet établissement (TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 7.1) et portent atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise (TF 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne peut se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante (ATF 125

V 351 consid. 3a) lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2 ; 132 V 93 consid. 7.1 et la référence ; TF 9C_104/2012 du 12 septembre 2012 consid. 3.1), il n'est pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui a été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409 consid. 4.5), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement

dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. a) Dans le cas d'espèce, d'un point de vue psychiatrique, les diagnostics posés par les médecins consultés par la recourante et les médecins mandatés par l'assureur perte de gain maladie, en l'occurrence I._____ SA sont radicalement différents.

En effet, tant le Dr E._____ qui la suit depuis novembre 2015 que le Dr D._____, médecin de famille de longue date, font état d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) présent depuis le mois d'août 2015, date de son licenciement vécu comme une injustice. Ce diagnostic, auquel s'est ajouté celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.2) a encore été confirmé par les Dres P._____ et Q._____, médecins au département de psychiatrie du Centre hospitalier N._____, à la suite de quatre consultations. Tous les médecins traitants, en particulier les médecins spécialisés en psychiatrie ont admis une incapacité de travail totale dans toutes activités et des limitations fonctionnelles similaires, sous forme de trouble de la concentration et de l'attention, d'un ralentissement psychomoteur, d'une fatigabilité importante, ainsi que des difficultés relationnelles. Sans exclure la reprise d'une capacité de travail, le Dr E._____ et les Dres P._____ et Q._____ ont considéré qu'une activité adaptée n'était envisageable qu'au terme d'une mesure de soutien.

S'agissant des médecins mandatés par I._____ SA, à l'exception de la Clinique X._____, dont la valeur probante du rapport d'expertise n'est pas relevante pour les motifs exposés au consid. 4d ci-dessus, ces derniers ont considéré que l'épisode dépressif sévère diagnostiqué par les médecins traitants de la recourante était en rémission au moins partielle au moment de leurs expertises. Sur ce point, les avis du Dr H._____ et de la Dre M._____ se rejoignent en partie. Le premier a néanmoins admis qu'il subsistait au jour de l'expertise du 4 décembre 2015, une limitation empêchant une reprise immédiate et pronostiqué une reprise progressive à 50 % en février puis à 100 % en mars 2016.

Retenant que d'un « *point de vue purement psychiatrique* », il existait des « *limitations fonctionnelles significatives, dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré, mais significatif* », le Dr H. _____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (F43.22), ayant évolué vers un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), à l'époque en rémission partielle. Il a également identifié un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) présent au jour de son expertise ayant une incidence sur la capacité de travail de la recourante. Il a également relevé des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, en utilisation continue (F13.25), estimant qu'ils limitaient aussi la capacité de travail.

Pour la Dre M. _____, il existait des notions d'antécédents dépressifs ou de troubles de l'adaptation, faisant suite à un licenciement reconnu comme abusif. Toutefois, au jour de son examen du 4 septembre 2017, le tableau clinique de la recourante présentait un processus d'invalidation (sous forme de sinistrose). Elle a pour sa part conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail, estimant cette dernière entière dans toute activité depuis la suspension du versement des allocations perte de gain en cas de maladie au 31 juillet 2016. Selon elle, l'inactivité professionnelle était alors corrélée à des motifs qui sortaient du champ médical. Dans son complément d'expertise, la Dre M. _____ a considéré que si ses propres observations d'une part, et celles des médecins consultés par la recourante d'autre part, pouvaient être qualifiées de contradictoires, elles représentaient à ses yeux l'illustration de la discordance entre l'éprouvé de l'explorée et les observations objectives.

Les avis des deux experts, qui certes se sont prononcés à presque deux ans d'intervalle, ne sont ainsi pas complètement superposables quant aux diagnostics posés. On relèvera en particulier des différences dans l'anamnèse de la vie quotidienne de la recourante, dont la qualité semble s'être dégradée entre les deux rapports puisqu'elle ne lit

plus, ne regarde plus la télévision, ne supporte plus les bruits ambiants et la présence de ses petits-enfants. Les observations faites par l'experte qui ne constate durant le seul entretien qu'elle a eu avec la recourante aucun débordement émotionnel et celles décrites dans le rapport des Dres P._____ et Q._____ qui notent que la recourante pleure facilement en racontant son histoire sont à ce point divergentes qu'il est difficile de se faire une idée claire de la situation. Au demeurant, l'experte décrit néanmoins des symptômes sous forme de retrait social, de réveils nocturnes, d'aboulie et de prise de poids qui concordent avec ceux relevés par le psychiatre-traitant dans ses rapports des 25 octobre et 22 novembre 2016. Si elle relève que la recherche des signes de la lignée dépressive n'apporte que de modestes éléments, elle ne les exclut toutefois pas totalement. Enfin, elle évoque une personnalité à traits dépendants, caractéristiques qui pourrait selon elle rendre plus difficiles les démarches pour une recherche d'emploi tout en concluant sans autres explications que l'assurée a clairement les moyens de reprendre un travail à plein temps.

Enfin, la Dre M._____ qui reconnaît la dépendance aux médicaments de la recourante ne s'exprime pas sur l'incidence de celle-ci sur sa capacité de travail et sur ses ressources personnelles.

Ces problématiques avaient pourtant déjà été identifiées dans le cadre de l'expertise du Dr H._____ qui considérait que cette dépendance contribuait aussi à cette incapacité. Ce dernier avait proposé des solutions alternatives, à l'instar des médecins du Centre hospitalier N._____ et de la Dre M._____, dont on ignore si elles ont été mises en place. On ignore également les raisons pour lesquelles rien n'a été entrepris (cf. complément d'expertise du 31 mars 2018 de la Dre M._____, p. 2), étant rappelé que l'obligation de réduire le dommage en droit des assurances sociales permet d'exiger la mise en place d'un traitement et de sanctionner sa non observance (art. 21 al. 4 LPGA).

Quant aux indicateurs développés par la jurisprudence du Tribunal fédéral citée au considérant 5 ci-dessus, indispensable à

l'évaluation de la capacité de travail en présence de troubles psychiatriques, l'expertise de la Dre M. _____ est par trop succincte à ce niveau pour pouvoir en tirer des conclusions probantes.

Compte tenu de ce qui précède, ni les rapports des médecins mandatés par l'assureur perte de gain, ni ceux des médecins traitants pourtant suffisamment congruents pour instiller un doute sur les conclusions opposées des experts ne suffisent à statuer de manière définitive.

b) La situation médicale sur le plan somatique n'est pas plus claire en l'état du dossier.

aa) Dans son rapport du 21 novembre 2017, le Dr D. _____ a indiqué que la recourante avait subi à la fin de l'année 2016 des infiltrations auprès du Dr T. _____ en raison d'une rhizarthrose des deux pouces. Le Dr D. _____ a précisé à ce propos que ces douleurs aux mains étaient gênantes dans la vie quotidienne bien que sa patiente n'exerçait alors aucune activité manuelle hormis quelques tâches ménagères, précisant qu'une reprise d'activité professionnelle soutenue d'opératrice ne pouvait être envisagée qu'avec précaution.

Même si le Dr D. _____ n'a pas exclu la reprise d'une activité professionnelle, on ignore à quelles précautions il fait référence dans son rapport du 21 novembre 2017. S'agit-il de limitations fonctionnelles (poids, position) ? de reprise progressive du travail ? On ignore également à partir de quel moment cette problématique de rhizarthrose s'est présentée, ce qui pourrait avoir un impact décisif pour l'enchaînement d'éventuelles incapacités de travail subséquentes (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI et art. 29^{ter} RAI). En tout état de cause, ce point mérite de plus amples investigations. On doit encore observer que si le Dr D. _____ semble n'évoquer que des incidences sur la capacité de travail dans l'activité habituelle d'opératrice, il ne précise pas les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée.

L'intimé aurait dû investiguer davantage cette problématique auprès du spécialiste consulté par la recourante, soit le Dr T._____, dès lors que le médecin généraliste traitant a délégué sa patiente à un spécialiste pour un traitement qui semblait sortir du cadre de ses compétences et nécessiter l'avis et des gestes infiltratifs du ressort d'un spécialiste en chirurgie de la main. Le Dr T._____ aurait pu utilement éclairer l'intimé sur l'évolution de la pathologie. On ignore ainsi tout du traitement suivi par la recourante auprès de ce spécialiste et même s'il en a résulté une modification de l'état de santé.

bb) Le Dr D._____ a également évoqué une sciatgie non déficitaire aigüe de topographie L5 dont l'évolution était qualifiée de lentement favorable. Une IRM lombaire pratiquée le 24 juillet 2017 avait confirmé une lésion discale L4-L5 responsable d'une empreinte sur le sac théal et une légère voussure au niveau L5-S1 au contact de la racine. Le 23 octobre 2017, il a observé que sa patiente présentait encore des douleurs typiques dans le pied à la marche. A son avis, la problématique lombaire aurait justifié une incapacité de travail à 100 % dès le 5 juillet 2017 avec une reprise progressive début novembre 2017.

cc) Bien que l'avis du Dr D._____ soit relativement succinct, le SMR ne pouvait pas en conclure qu'aucune limitation fonctionnelle d'ordre somatique n'existait. L'intimé n'a ainsi pas pris d'office les mesures d'instruction propres à établir la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Par conséquent, le recours doit aussi être admis en tant qu'il concerne les lacunes d'instruction sur le plan somatique.

c) En l'absence de tels éléments qui nécessitent l'appréciation de médecins, il n'est pas possible pour la Cour de céans de statuer.

7. a) 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 justifié 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 ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé, est lacunaire et ne correspond pas aux exigences jurisprudentielles posées par le Tribunal fédéral en cas de troubles psychiques (cf. consid. 5 ci-dessus). Le dossier constitué par l'intimé ne permet pas à la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause. Dès lors, il se justifie de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise, conforme à l'art 44 LPG, voire qu'il obtienne des compléments d'information médicale auprès des Drs T._____ et D._____, voire également auprès d'autres médecins si cela devait s'avérer nécessaire, afin d'obtenir un tableau médical complet de l'état de santé de la recourante.

Une fois les diagnostics posés selon les exigences de valeur probante, la capacité de travail réellement exigible devra cas échéant être examinée au moyen du catalogue d'indicateurs pertinents, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPG, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 1'500 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 18 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 A._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- B. _____ SA (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :