

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 août 2020

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Berberat et Brélaz Braillard, juges  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à Gland, recourante, représentée Procap, service juridique, à Bienne,

et

**I.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6 LPGA et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 5 mars 2014, K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, enseignante, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle y invoquait un état dépressif.

Par rapport du 5 juin 2014, la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne ainsi qu'en médecine psychosociale et psychosomatique, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif majeur en rémission partielle ainsi qu'un trouble de la personnalité borderline. Elle mentionnait également des métrorragies entraînant un déficit en fer, une dépendance à l'alcool, actuellement abstinente, une dépendance à la nicotine ainsi qu'une consommation régulière de cannabis. Ce médecin estimait que le pronostic à long terme était une incapacité de reprendre une activité à plein temps. Une reprise à 50% était quant à elle qualifiée d'envisageable.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a, dans son rapport du 11 février 2015, retenu les diagnostics de trouble bipolaire, d'épisode actuel dépressif depuis novembre 2014, de trouble d'attention-hyperactivité-impulsivité persistant, de syndrome des jambes sans repos, d'abus d'alcool impulsifs ainsi qu'un trouble de la personnalité borderline sur trouble de l'attachement traumatique. Ces troubles ont été reconnus comme incapacitants. Dans un tel contexte, l'assurée ne pouvait effectuer que des cours particuliers d'une heure et demie deux fois par jour.

Interpellé par le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), le Dr P.\_\_\_\_\_ a précisé, le 27 mai 2015, que l'assurée était en rémission de son épisode dépressif depuis le 23 mai 2015, avec depuis lors des capacités attentionnelles entières. La capacité de travail dans l'activité habituelle devait ainsi être testée. Le Dr P.\_\_\_\_\_ relevait cependant un épuisement au bout de soixante minutes de conversation, une somnolence en voiture était également rapportée.

Par avis médical du 9 juin 2015, le SMR a recommandé la réalisation d'un examen clinique par ses soins ou d'une expertise psychiatrique externe afin de déterminer précisément la capacité de travail de l'intéressée ainsi que ses limitations fonctionnelles.

L'expertise psychiatrique préconisée a été confiée au Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 6 avril 2017, ce médecin a retenu en tant que diagnostic une dépression moyenne associée à un trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue. Concernant la capacité de travail, ce médecin a estimé qu'elle était intacte dans l'activité habituelle, l'intéressée ayant les capacités psychiatriques d'exercer toute activité correspondant à sa formation et à son expérience professionnelle. A l'appui de ses conclusions, le Dr O.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit :

Considérant le diagnostic de trouble affectif bipolaire évoqué par le Dr P.\_\_\_\_\_, intégrant l'ensemble du tableau clinique à l'examen de ce jour et au dossier médical disponible, nous ne retenons aucun symptôme de la lignée hypomaniaque ou maniaque comme l'humeur euphorique, expansive ou irritable, augmentation de l'estime de soi ou idée de grandeur, réduction du besoin de sommeil, grande communicabilité ou désir de parler constamment, fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent, agitation psychomotrice ou engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables.

D'autre part, considérant la personnalité de Madame K.\_\_\_\_\_, on ne retient pas de trouble de la personnalité, mais des traits de la personnalité borderline chez cette assurée qui semble parfois impulsive avec une certaine instabilité de l'humeur mais dont le mode de relation interpersonnelle est stable.

Enfin, l'examen de cette assurée ne met pas en évidence de symptôme en lien avec un déficit de l'attention ou une hyperactivité. Lors de l'entretien Madame K.\_\_\_\_\_ maintient son attention, prête attention aux détails, elle reste assise tout le long de l'entretien sans difficulté et respecte son temps de parole.

Concernant le pronostic quant à la capacité de travail et l'exigibilité professionnelle sur le plan psychiatrique, nous n'objectivons pas à l'heure actuelle de limitation fonctionnelle significative durant une journée type. L'examinée vit entre Gland et Toulon, elle arrive à réaliser l'ensemble des tâches ménagères et administratives et s'adonne régulièrement à une activité sportive environ 2-3 fois par semaine. La capacité de travail est entière, que ce soit pour l'activité

habituelle ou pour toute activité professionnelle correspondant aux capacités et au niveau d'instruction de l'assurée.

Les mesures thérapeutiques en cours consistent en un suivi psychiatrique à raison d'une fois par mois chez le Dr [...], médecin spécialiste en psychiatrie à Toulon, et un traitement thymorégulateur à base de Lamictal, un traitement antidépresseur par du Seroplex, ainsi qu'un traitement anxiolytique par le Prazépan en réserve.

Cette prise en charge aux dires de l'assurée est considérée comme un traitement de soutien et il n'y a pas de projet particulier visé dans le processus thérapeutique. Cependant, ces mesures ont montré une évolution clinique favorable sur la période de la dernière année.

Les mesures à envisager consisteraient tout d'abord à maintenir le même suivi thérapeutique, ainsi que travailler l'acceptation de l'assurée à pouvoir bénéficier d'un sevrage et une abstinence totale au cannabis. Ces mesures sont exigibles afin de maintenir sa capacité de travail.

Les facteurs aggravants consistent en une réticence de la part de l'assurée pour reprendre une activité professionnelle et le déconditionnement au travail de plusieurs années.

Lors de l'entretien, l'assurée semble exagérer et augmenter ses symptômes.

Par rapport du 18 mai 2017, le SMR a qualifié les conclusions formulées par le Dr O.\_\_\_\_\_ de justes et convaincantes, tout en précisant, sous la plume du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail, que la vie quotidienne de l'assurée était éloquent, à l'instar de sa vie sociale, s'adonnant à la pratique sportive trois fois par semaine.

Par projet de décision du 26 juillet 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a informé l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité.

Dans un rapport médical du 12 septembre 2017 adressé à l'OAI, la Dre T.\_\_\_\_\_ et le Dr G.\_\_\_\_\_, médecins au sein du Département de psychiatrie du [...], ont indiqué que l'intéressée avait été hospitalisée depuis le 17 juillet 2017 au sein de l'institution de psychiatrie de l'Hôpital de [...] en raison d'une décompensation de sa pathologie bipolaire. De multiples adaptations médicamenteuses associées à des

entretiens médico-infirmiers réguliers ainsi que des activités ergothérapeutiques et physiothérapeutiques avaient été nécessaires afin d'obtenir une amélioration de son état psychique. Le maintien d'un suivi psychiatrique régulier en milieu ambulatoire était qualifié d'indispensable.

Le 15 septembre 2017, l'assurée a pu regagner son domicile. Dans une lettre de sortie rédigée le 27 septembre 2017, les Drs T. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont fait état d'un trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte. La situation de l'assurée était détaillée comme suit :

Mme K. \_\_\_\_\_ présente à son admission un épisode mixte dans le cadre de sa pathologie bipolaire. De fait, le traitement stabilisateur de l'humeur par Lamictal est poursuivi et un traitement antidépresseur par Escitalopram est introduit en combinaison avec l'Abilify. Sous cette prise en charge, la patiente objective une amélioration de sa tristesse, mais persistance d'une importante labilité émotionnelle qui épuise la patiente, associée à un discours logorrhéique avec des relâchements d'associations et un comportement désinhibé avec une persistance des difficultés d'endormissement.

Au vu de l'importante fluctuation thymique, le traitement d'Abilify est augmenté à 20 mg/jour et un dosage de Lamictal effectué objective une valeur thérapeutique dans les normes à 19 micromol/l. Au vu de la persistance de la symptomatologie mixte malgré un traitement stabilisateur d'humeur à dosage thérapeutique, un changement est effectué du Lamictal pour la Dépakine chrono de façon progressive. Nous effectuons ensuite un dosage de la Dépakine qui objective une valeur thérapeutique dans les normes à 45 micromol/l. Suite à cette adaptation médicamenteuse, l'évolution clinique est favorable avec disparition de la labilité émotionnelle, le discours est cohérent, structuré, sans logorrhée et disparition du comportement désinhibé associée à une disparition des symptômes de la lignée dépressive. La patiente objective cette amélioration et considère le changement de traitement bénéfique.

Au cours de l'hospitalisation, la patiente décide de quitter son compagnon et s'organise pour obtenir un nouveau logement.

Compte tenu de cette situation, l'OAI a interpellé le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-traitant de l'intéressée depuis sa sortie d'hôpital. Dans son rapport du 15 novembre 2017, ce spécialiste a retenu les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne sans syndrome somatique, de perturbation de l'attention, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, actuellement abstinente, de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation du cannabis, utilisation épisodique, de trouble de la

personnalité émotionnellement labile ainsi que de personnalité anxieuse. L'assurée se trouvait en incapacité de travail depuis son hospitalisation, soit depuis le 17 juillet 2017. Le Dr E. \_\_\_\_\_ ne voyait aucune possibilité d'entamer une mesure professionnelle pour sa patiente, en relation avec son profil psycho-pathologique.

Par décision du 10 janvier 2018, suivant l'avis de son Service médical, l'OAI a confirmé son projet de décision du 26 juillet 2017 et rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée, estimant que l'examen des pièces médicales versées au dossier ne permettait pas de retenir l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

**B.**           **a)** Par acte du 12 février 2018, K. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de Procap, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi des prestations, subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire, niant la valeur probante de l'expertise du 6 avril 2017 du Dr O. \_\_\_\_\_, emprunte selon elle de contradictions et d'imprécisions. Etait également remise en cause la pertinence des rapports SMR établis par le Dr Z. \_\_\_\_\_, celui-ci n'étant pas spécialiste en psychiatrie.

**b)** Dans sa réponse du 23 avril 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée. Si l'expertise du Dr O. \_\_\_\_\_ contenait certaines imprécisions, celles-ci n'étaient pas d'une importance telle qu'elles en invalideraient les conclusions. Par ailleurs, les constatations émanant des médecins consultés par l'assurée devaient en général être admises avec réserve afin de tenir compte de leur position de confidents. Pour l'office AI, les diagnostics dont se prévalait l'assurée étaient incompatibles avec la relative stabilité de sa vie professionnelle et sociale. Une grande partie de ses troubles étaient du reste présents depuis l'enfance, ce qui ne l'avait pas empêché d'exercer une activité professionnelle pendant près de trente ans. Concernant son hospitalisation, elle a été préconisée dans le cadre d'une relation sentimentale difficile, ce qui relève de facteurs psycho-sociaux qui ne sont

pas pertinents en droit de l'invalidité. A toutes fins utiles, l'OAI rappelait que lors de l'intervention précoce, l'assurée ne s'était pas présentée aux divers entretiens proposés, faisant ainsi preuve d'un manque de volonté. Concernant les prises de position du Dr Z.\_\_\_\_\_, l'OAI retenait que le rôle du médecin-conseil était d'apprécier la qualité des pièces médicales produites ainsi que leur pertinence, même s'il sortait du cadre de sa spécialité.

**c)** Répliquant en date du 16 mai 2018, l'assurée a confirmé ses conclusions. Elle soutenait qu'elle présentait des ressources insuffisantes et que, en rapport avec la relative stabilité de sa vie professionnelle ou sociale, son hospitalisation au CHUV était précisément intervenue dans un contexte de relation sentimentale conflictuelle.

**d)** Dupliquant le 5 juin 2018, l'OAI a confirmé ses conclusions.

**e)** A l'occasion de déterminations complémentaires déposées le 26 juin 2018, l'assurée a encore précisé que son hospitalisation à [...] ne pouvait être qualifiée de réactionnelle au projet de refus de l'OAI, contrairement à l'avis du SMR.

**C.** **a)** Le 21 novembre 2019, l'assurée a produit un rapport médical de l'Hôpital de [...], délivré le 8 novembre 2019, au terme d'un nouveau séjour du 28 septembre 2019 au 16 octobre 2019. Les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et M.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont évoqué le diagnostic principal de trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque, ayant constaté une évolution clinique favorable par l'amendement progressif des symptômes hypomaniaques en cours du séjour. Les congés thérapeutiques s'étaient en outre bien déroulés.

**b)** Le 16 décembre 2019, après consultation de son Service médical (cf. avis du 12 décembre 2019), l'OAI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

**D.**           **a)** Le 20 décembre 2019, le Juge instructeur a mis en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique, confiée au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

**b)** Par courrier du 9 mars 2020, l'assurée a produit divers documents rendant compte d'une altercation survenue avec un chauffeur de taxi à la gare de Nyon, le 14 novembre 2019, ce qui a conduit au prononcé d'une mesure de placement à des fins d'assistance (PLAFA).

**c)** Dans son rapport d'expertise judiciaire du 25 mars 2020, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne ainsi que de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation dipsomaniaque (accompagnée d'ivresses pathologiques). L'expert a estimé qu'au vu de l'évolution psychique documentée depuis l'été 2014, l'assurée avait été en incapacité de travail complète depuis lors, hormis pour une courte période entre janvier 2018 et le printemps 2018 durant laquelle elle avait donné des cours à deux élèves, sans que son taux d'activité ait excédé 10%. Dès le printemps 2018, l'assurée s'était à nouveau trouvée en incapacité de travail complète. De l'avis de l'expert, au vu de la gravité des troubles, l'intéressée ne disposait d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle ou dans quelque autre activité.

**d)** Par courrier du 15 avril 2020, l'assurée a adhéré aux conclusions du rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

**e)** Par courrier du 21 avril 2020, l'OAI a produit un avis médical SMR du 17 avril 2020 établi par la Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, reconnaissant une pleine valeur probante à l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_. Ainsi, les conclusions du Dr O.\_\_\_\_\_ comme celles du rapport du SMR du 18 mai 2017 devaient être écartées au profit d'une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le mois de juillet 2014, en raison d'un trouble affectif bipolaire invalidant.

## **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.** Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

**3. a)** 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 (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). 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).

**c)** Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**4.** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**5.** **a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une

surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

**6. a)** En raison d'importantes divergences d'avis, singulièrement en termes de diagnostics, entre les médecins traitants en charge d'un suivi thérapeutique conséquent et l'expert O.\_\_\_\_\_, une expertise judiciaire a été mise en œuvre.

**b)** Dans son rapport d'expertise judiciaire établi le 25 mars 2020, le Dr H.\_\_\_\_\_ retient notamment ce qui suit :

**En ce qui concerne les ressources de l'assurée,** ces dernières doivent donc être relativisées. S'il est vrai que l'assurée a pu surcompenser ces troubles dans un fonctionnement hyperthymique durant plusieurs années d'enseignement, son état psychique s'est progressivement dégradé à la faveur de plusieurs facteurs déstabilisants. On peut faire l'hypothèse que l'assurée était contenue par une vie familiale et professionnelle jusqu'à sa séparation de 2004. En 2007, l'assurée décrit une première période de décompensation psychique accompagnée d'un tentamen médicamenteux avec abus d'alcool, qui était le témoin de la rupture d'équilibre psychique qui n'a fait que s'accroître avec les années. De 2007 à 2013, une relation sentimentale perturbée a d'autant plus fragilisé l'assurée, qui a ressenti la progression d'une fatigue et de difficultés à assumer ses obligations professionnelles, avec la baisse de son pourcentage de travail peu avant sa décompensation maniaque de 2014. Cette décompensation a constitué le point de rupture sévère, dont l'assurée ne s'est pas relevée. Comme décrit plus haut, le fonctionnement de l'assurée lors de ses séjours en France à partir de 2014 ne doit pas être interprété comme une ressource, tout comme le fait qu'elle ait cherché, via des activités de remise en forme (fitness), de sortir de son état dépressif. L'assurée décrit les difficultés financières occasionnées par son état maniaque (dettes, explique avoir acheté puis perdu son mobil home par « *abus de confiance* », n'a visiblement jamais concrétisé ses projets professionnels en France). Des troubles du comportement et des hospitalisations ont eu lieu à plusieurs reprises dès 2014, que ce soit en Suisse ou en France. L'état psychique reste fluctuant si l'on se réfère aux troubles du comportement et à la dernière hospitalisation décrite en septembre 2019. Les difficultés de l'assurée à gérer les démarches administratives sont plausibles au vu des troubles de la

concentration observés au status actuel. Le fait que l'assurée s'appuie sur un dispositif de soins étendu, avec l'aide d'une infirmière en psychiatrie en plus de son suivi médical est aussi le reflet de son fort besoin d'étayage, qui signe de faibles capacités d'autonomie. Les seuls facteurs de stabilisation concernent une relation sentimentale initiée à la fin de l'année 2019, qui semble plus apaisée que la précédente. Du recul sera toutefois nécessaire pour observer si l'assurée peut se stabiliser à moyen et long terme dans cette relation. Les relations avec ses enfants auraient également été conflictuelles et distendues au cours des dernières années, même si l'assurée décrit une amélioration récente (avec une reprise de contacts), qui méritera aussi d'être confirmée sur le moyen et le long terme.

Pour affiner l'évaluation de l'équilibre entre les limitations fonctionnelles et les ressources, on peut ensuite s'appuyer sur le canevas du mini-CIF-APP<sup>5</sup> de la façon suivante :

Le métier d'enseignante dans une structure organisée et hiérarchique nécessite des capacités d'adaptation à des règles et à des routines imposées. La capacité de l'assurée d'être ponctuelle et d'honorer son temps de présence est faible (tout comme le démontre son hypersomnie et sa difficulté à initier une journée).

La capacité de planification et de structuration des tâches est affaiblie : l'assurée présente une baisse pathologique de l'énergie psychique et de la motivation. Le status psychiatrique montre de faibles capacités de calcul et d'organisation de la pensée. L'assurée décrit une faible organisation dans l'accomplissement des tâches administratives, compatible avec ce status.

L'expertisée est rapidement déstabilisée par les changements. Toute contrainte nouvelle génère un état d'anxiété qui majore les difficultés d'organisation des pensées. Dans ce contexte, l'assurée peine à adapter son comportement et sa réflexion à des situations changeantes, pour faire face à des modifications d'exigences au travail, à des modifications d'horaires ou à de nouveaux partenaires sociaux.

Si l'assurée dispose de compétences professionnelles, ces dernières ne sont plus mobilisables en raison de l'instabilité affective qui réduit l'efficacité (la régulation) des facultés cognitives. Même dans le cadre d'une activité indépendante réduite (enseignement privé, deux élèves au maximum), l'assurée a été confrontée à ses limites, qui ont abouti à l'interruption complète de toute activité depuis le printemps 2018.

La capacité de prendre des décisions et d'émettre un jugement est diminuée par la fatigabilité pathologique et les faibles aptitudes d'organisation de la pensée. L'assurée est vite débordée par ses émotions, ce qui ne lui permet plus de percevoir les faits de façon différenciée en fonction de contexte (par ex. si elle devait être confrontée à une classe difficile, qui la mettrait sous tension émotionnelle).

L'endurance psychique (sur le versant émotionnel) est faible. L'assurée ne dispose plus de son tempérament hyperthymique de

base, qui a cédé le pas à la désorganisation psychique et aux fluctuations émotionnelles. La capacité de se concentrer sur une tâche nécessitant des ressources d'organisation et d'analyse est faible.

Les capacités d'affirmation sont également faibles : l'assurée dispose d'une estime de soi fragile, qui peut s'exprimer de façon dysfonctionnelle par des attitudes de prestance inadéquates lorsqu'elle est décompensée sur un mode maniaque (d'autant plus si les consommations d'alcool augmentent sa symptomatologie) et, à l'inverse, par des périodes de rumination et de perte de confiance en soi (idées de dévalorisation et de culpabilité actuellement exprimées).

Le sens du contact envers des tiers est fluctuant. Au vu des troubles du comportement décrits à plusieurs reprises depuis 2014 (dans les décompensations maniaques, majorées par la consommation d'alcool), l'assurée peut se montrer totalement inadéquate, au point de devenir menaçante envers des tiers, tout comme en témoignent ses récents ennuis judiciaires en 2019 (avec la notion de difficultés analogues lorsque l'assurée se trouvait en France). Elle peine à organiser ses propos, ce qui ne manquerait pas d'être relevé dans le milieu de l'enseignement.

En ce qui concerne les relations avec les proches, l'assurée a repris une vie sentimentale depuis quelques mois et ses relations avec ses enfants semblent s'améliorer. L'évolution depuis 2014 incite toutefois à la réserve en ce qui concerne les capacités de l'assurée à se stabiliser sur le plan affectif.

L'assurée vit actuellement en dehors des contraintes professionnelles. La vie amicale semble peu étoffée, tout comme la vie sociale. Les activités spontanées sont peu développées.

L'hygiène et les soins corporels, de même que les capacités de déplacement, ne sont par contre pas directement impactés par les troubles psychiques.

Au final, l'évaluation va dans le sens de la prédominance des limitations fonctionnelles psychiques, en regard de faibles ressources résiduelles.

**Au vu de l'analyse qui précède, en ce qui concerne la cohérence et la plausibilité,** je ne partage pas l'avis du Dr O. \_\_\_\_\_ qui indiquait, dans son texte en p. 8 que « *les facteurs aggravant consistent en une réticence de la part de l'assurée pour reprendre une activité professionnelle et le déconditionnement au travail de plusieurs années. Lors de l'entretien, l'assurée semble exagérer et augmenter ses symptômes* » Il n'est pas étonnant que mon confrère suggère une exagération des symptômes, dès le moment où ces derniers n'ont pas été intégrés dans le bon diagnostic. Si mon confrère avait évalué le trouble bipolaire de façon plus rigoureuse, de même que les ressources et le fonctionnement réel de l'assurée lors de son séjour en France, il aurait été logique d'aboutir à une conclusion opposée. L'assurée a vu son état psychique se péjorer progressivement. Elle explique qu'on lui a retiré la responsabilité d'une classe, avant d'aboutir à la décision d'une baisse de son pourcentage de travail à 50 % peu

avant sa décompensation maniaque. Son état psychique a été très fluctuant depuis, bien que l'assurée ait adhéré aux prises en charge psychiatriques (aucun thérapeute ne décrit de manque de collaboration, ce qui indique qu'elle a cherché de l'aide afin de réduire son atteinte à la santé). Malgré ses troubles psychiques, l'assurée n'a pas perdu l'espoir d'enseigner en fonction de ses ressources résiduelles. Elle indique qu'elle s'est chargée de deux élèves en privé jusqu'au printemps 2018, malgré ses difficultés à préparer ses cours. Elle a ensuite interrompu toute activité depuis le printemps 2018. Sa dernière hospitalisation en milieu psychiatrique fin 2019 est le reflet de cette fluctuation psychique et du dépassement des ressources adaptatives. Les troubles psychiques de l'assurée peuvent expliquer la perte progressive de toute activité professionnelle à partir de 2014.

**b)** Les considérations et les conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_ s'avèrent pleinement convaincantes, comme en convient d'ailleurs l'intimé lui-même dans sa détermination du 21 avril 2020. L'expert s'est fondé sur une étude minutieuse de l'intégralité du dossier mis à sa disposition ainsi que sur ses propres constats cliniques consignés à l'issue de deux entretiens. Son appréciation est le fruit d'une analyse complète de la situation médicale, reposant sur une anamnèse exhaustive et contenant une description précise des plaintes de la recourante et de son quotidien. Le diagnostic de trouble affectif bipolaire tel que retenu a par ailleurs été posé après discussion des avis médicaux divergents, au terme d'une analyse détaillée et exempte de contradictions.

**c)** Il y a donc lieu de suivre le rapport d'expertise, pleinement probant, et donc de retenir que la recourante présente une capacité de travail nulle dans toute activité lucrative depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014.

**7.** Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015, soit dès l'échéance du délai d'attente d'une année déterminant pour l'ouverture du droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI) et de l'échéance de la période de six mois à compter de la date à laquelle la recourante a fait valoir son droit aux prestations, soit le 5 mars 2014 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**a)** 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

**b)** Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 7 al. 3 TFJAS (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; BLV 173.36.5.2), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs.

L'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 10 janvier 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que K.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015.
  
- III. Les frais judiciaires, fixés 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 K.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Tissot-Daguet, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :