

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 janvier 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Tiphonie Chappuis,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 43 et 44 LPGA ; art. 69 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], assistante-dentaire de formation, travaille comme responsable des devoirs surveillés pour la commune de [...] depuis septembre 2015 à raison de 5h15 par semaine hormis les vacances scolaires, pour un salaire mensuel brut de l'ordre de 773 fr. par mois (4'640 fr. ÷ 6 mois) (cf. rapport employeur du 2 mai 2016 et ses annexes).

Le 15 février 2016, l'assuré a déposé une demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI (cf. aussi courrier du 26 janvier 2016, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale).

Dans un rapport du 21 mars 2016, le Dr A._____, médecin praticien et chef de clinique au Centre hospitalier C._____ (ci-après : le Centre hospitalier C._____), a posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec sciatalgies intermittentes dans le cadre d'une hernie discale L5/S1, d'hypermobilité articulaire type Ehlers-Danlos et de déconditionnement physique. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a exposé que les postures statiques prolongées étaient limitées, que la posture debout n'était pas supportée plus de dix minutes, que celle assise était bien supportée et que la montée des escaliers était difficile. Ce praticien a précisé que l'assurée ne pouvait plus exercer son métier d'assistante dentaire du fait des postures en porte-à-faux, qu'une activité en position assise était possible et qu'un reconditionnement musculaire permettrait d'augmenter la capacité de travail.

Dans un rapport du 29 avril 2016, le Dr B._____ a précisé que sa patiente était suivie pour le syndrome d'Ehlers-Danlos, aux consultations de génétique, d'angiologie, de neurologie et du département de l'appareil locomoteur au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier C._____. Il a estimé l'incapacité de travail à 50 % dès 2002 et à 80 % dès 2013. Pour ce médecin, une reprise à plus de 20 % n'était plus possible, ceci « certainement de manière définitive. »

Selon le rapport du 15 novembre 2016, le Dr D. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a estimé, suivant le rapport du Dr A. _____ du 21 mars 2016, qu'un reconditionnement musculaire permettrait d'augmenter la capacité de travail. Il a estimé que le déconditionnement musculaire n'était pas une atteinte prise en charge par l'assurance-invalidité et que le traitement nécessitait une hospitalisation qui devait être suivie par de la gymnastique quotidienne.

Par rapport du 8 mars 2017, le Dr B. _____ a indiqué que sa patiente était suivie au Centre hospitalier C. _____ dans les services d'angiologie, de cardiologie, de génétique et de rhumatologie. Les examens pratiqués auguraient d'une confirmation du syndrome d'Ehlers-Danlos. L'assurée souffrait d'une atteinte polyarticulaire avec une hyperlaxité ligamentaire très marquée, responsable de très nombreux épisodes de blocages vertébraux douloureux nécessitant des thérapies manuelles et de la physiothérapie, ainsi que des médicaments anti-analgiques. Ce praticien a encore précisé qu'il tenait à la disposition de l'OAI les investigations pratiquées au Centre hospitalier C. _____.

Le Dr D. _____ a confirmé son premier avis SMR les 10 et 23 mai 2017.

Par projet de décision du 13 juin 2017, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Le 17 février 2016, vous avez déposé une demande de prestations AI.

Selon les informations en notre possession, nous constatons que vous présentez une pleine capacité de travail et de gain dans votre activité de surveillante de devoirs surveillés, ceci depuis toujours.

Cela étant, il n'y a pas d'invalidité présentée, ni imminence d'invalidité qui soit de nature à vous ouvrir un droit à des prestations de notre assurance. »

Par certificat médical du 30 juin 2017, le Dr B._____ a attesté que sa patiente souffrait, dans le cadre d'une maladie du collagène (syndrome d'Ehlers-Danlos), de multiples atteintes pour lesquelles elle était suivie par plusieurs services spécialisés du Centre hospitalier C._____. Il a en outre préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin d'évaluer l'impact de la maladie sur la capacité de travail de l'assurée.

Par courrier du 7 juillet 2017, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné.

Le Dr D._____ a confirmé ses précédentes prises de position par avis SMR du 8 août 2017, observant que l'assurée pouvait notamment suivre un reconditionnement physique au Centre hospitalier C._____, que le traitement avait été recommandé il y avait plus d'une année et demie et qu'en l'absence de traitement, l'OAI pouvait « *faire comme si ce traitement [avait] été réalisé et juger la situation comme si un traitement intensif de reconditionnement physique global [avait] été réalisé avec succès.* »

Par décision du 25 août 2017, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 13 juin 2017 et rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. Par acte du 9 septembre 2016, R._____, représentée par Me Tiphany Chappuis, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à son renvoi à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Elle a soutenu que l'instruction menée par l'OAI était gravement lacunaire du fait que pratiquement aucun des faits pertinents n'avait été constatés de manière complète en procédure administrative, justifiant ainsi une instruction complémentaire et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a joint à son recours les rapports médicaux suivants :

- Le rapport du Dr P._____, spécialiste en anesthésiologie, du 23 avril 2013 du Centre d'antalgie de Établissements hospitaliers Q._____, (ci-après : les Établissements hospitaliers Q._____) rappelant que l'assurée était connue de longue date pour des lombopygialgies droites qui se manifestaient par intermittence et des cervico-dorsalgies apparues il y a une année, ensuite devenues chroniques et accompagnées par intermittence de brachialgies droites nocturnes et posant comme diagnostics différentiels une discopathie pluri-étagée et une dysfonction tant cervicale que dorsale, avec présence de myogéloses dans la ceinture scapulaire. Ce spécialiste a aussi attesté avoir débuté un traitement segmentaire accompagné d'un traitement de champs perturbateurs dans le cadre d'une thérapie neurale le jour de sa consultation pour ensuite proposer, dans un deuxième temps, des blocs sympathiques (bloc stellaire D ou à travers une infiltration périurale thoracique) et, en parallèle, un traitement des lombopygialgies droites.

- Le rapport du 19 janvier 2015 des Dresses G._____, spécialiste en rhumatologie, et Z._____, médecin-assistante, du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____ (Centre des maladies osseuses) posant le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire, probablement dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Ces médecins ont réalisé un bilan sanguin mettant en évidence un bilan phospho-calcique, un taux de vitamine D et une TSH dans la norme. Elles ont prescrit un traitement par Novalgine et de la physiothérapie.

- Le rapport du 23 juillet 2015 de la Dresse G._____ et du Dr S._____, médecin-assistant, du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____ (Centre des maladies osseuses). Ces praticiens ont exposé que le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et en néphrologie, a confirmé

cliniquement la suspicion de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Elles ont rapporté que l'assurée a bénéficié d'une échocardiographie par la Dresse AA._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, qui a révélé une ectasie de la racine de l'aorte et de la crosse de l'aorte dans sa partie ascendante, indiquant la nécessité d'un suivi annuel par ultrason cardiaque. Le bilan de la Dresse AA._____ a également montré une hypercholestérolémie. Les auteurs du rapport estimaient qu'il convenait de poursuivre les investigations par une consultation spécialisée des maladies vasculaires rares auprès de la Dresse U._____ et de la Prof. T._____, spécialistes en médecine interne générale et en angiologie, et d'obtenir un avis génétique auprès de la Dresse W._____, spécialiste en génétique médicale. Elles indiquaient que dans le cadre de la maladie d'Ehlers-Danlos, il existait un risque de fragilité osseuse accrue et qu'il convenait de préserver au maximum le capital osseux de la patiente, recommandant notamment d'éviter tant que possible l'usage de traitement à base de cortisone et adressant leur patiente au Dr A._____ pour adapter la prise en charge de ses douleurs ostéo-squelettiques en tenant compte des particularités de sa maladie du collagène. La Dresse G._____ et le Dr S._____ ont indiqué que si le type hypermobile de syndrome d'Ehlers-Danlos n'était pas lié à un gène connu, une mutation du collagène 5 pourrait être recherchée si l'on retenait le diagnostic de forme mixte associant des critères d'hypermobilité à une forme vasculaire (atteinte au tissu conjonctif vasculaire avec risque d'affections artérielle, utérine, gastro-intestinal, dermique et articulaire). Elles ont encore indiqué que l'assurée subissait une hypoménorrhée depuis trois mois et que si la tendance se poursuivait, la densitométrie devait être actualisée.

- Le rapport du 23 novembre 2015 du Dr A._____ du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier

C._____ (Consultation de médecine physique et réhabilitation), estimant que la situation de l'assurée était complexe sur plusieurs plans et préconisant une détection précoce auprès de l'assurance-invalidité afin de regarder de plus près la situation globale et professionnelle. Sur le plan de la rééducation, le Dr A._____ préconisait la poursuite de la rééducation en l'axant sur la proprioception et un renforcement du transverse de l'abdomen.

- Le rapport du 27 novembre 2015 de la Prof. T._____ et de la Dresse U._____ du Service d'angiologie du Centre hospitalier C._____ (Consultation des maladies vasculaires rares). Selon ces spécialistes, l'examen angiologique n'a pas mis en évidence de lésions ectasiques ou anévrismales au niveau des artères périphériques explorées. Au vu de l'examen clinique et de l'anamnèse, les critères diagnostics du syndrome d'Ehlers-Danlos (selon la classification de Villefranche-sur-Mer 1997) étaient réunis chez la patiente, à savoir pour les critères majeurs un morphotype, une propension aux hématomes, une ectasie de l'aorte ascendante, une hernie hiatale, une déchirure musculaire de la paroi abdominale antérieure, et, en tant que critères mineurs, l'hyperlaxité, les ruptures tendineuses ou musculaires avec les différentes entorses, ainsi que les varices à développement précoce. Dans ce contexte ces spécialistes entendaient investiguer sur un syndrome d'Ehlers-Danlos de type vasculaire décelable par une analyse génétique. En outre, elles ont préconisé une exploration complémentaire par angio-scanner de l'aorte thoraco-abdominale afin d'explorer les différents segments non visualisés en échographie et tels que l'aorte thoracique ou les segments distaux des artères abdominales, ainsi qu'une mesure de l'épaisseur intima-média, fréquemment amincie chez les patients avec un syndrome d'Ehlers-Danlos. Dans l'intervalle, elles ont invité leur patiente à poursuivre un bon contrôle tensionnel et des facteurs de risque cardio-vasculaire,

et à éviter le sport, sous réserve de l'activité physique contrôlée par le physiothérapeute et de l'endurance, qui pouvaient être poursuivies.

- Le rapport du 4 juillet 2016 de la Dresse G._____ et du Dr V._____, médecin-assistant, du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____ (Centre des maladies osseuses) décrivant des épisodes récidivants de lumbago ou de lombosciatalgies, mais dont la durée semblait moins longue et la symptomatologie mieux gérée par la patiente, depuis la prise en charge en physiothérapie. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire réalisée en juin 2016 qui ne décrivait pas de fracture vertébrale, ni de conflit radiculaire. A leur avis, il persistait des polyarthralgies localisées à la cheville droite, à la rotule gauche, et des sensations de blocage au niveau de la deuxième articulation métacarpo-phalangienne à droite, sans anamnèse évocatrice de doigts à ressaut, ou d'arthrite.
- Le rapport de juillet 2016 de la Prof. T._____, et des Dresses W._____ et U._____ du Service d'angiologie du Centre hospitalier C._____ reprenant le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile et indiquant qu'une demande auprès de l'assurance était en cours pour couvrir l'examen génétique permettant d'identifier ou d'exclure un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile vasculaire.
- Le rapport du 9 novembre 2016 de la Prof. T._____ et de la Dresse U._____ du Service d'angiologie du Centre hospitalier C._____. Ces spécialistes ont exposé que la situation clinique et échographique était stable sur le plan vasculaire, sans anévrisme, ectasie ou dissection visualisé. S'agissant des douleurs du membre inférieur droit, elles s'intégraient dans le cadre d'une insuffisance veineuse des membres inférieurs avec incontinence des grandes veines saphènes. Elles ont proposé à la patiente un traitement conservateur dans un

premier temps (bas de compression) et évoqué un traitement par laser endoveineux. Observant des symptômes digestifs (constipation, douleurs abdominales) sans argument pour une participation artérielle (pas de sténose du tronc cœliaque ou de l'artère mésentérique supérieure), elles ont organisé une consultation auprès du Dr BB._____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, envisageant dans un second temps, un phlébo-CT abdomino-pelvien afin de cartographier d'éventuelles varices pelviennes comme étiologie à ces douleurs. Sur le plan cardiaque, elles ont commandé une IRM cardiaque et un holter avec ECG (électrocardiogramme).

- Le rapport du 1^{er} mai 2017 du Dr X._____, du Service de génétique médicale du Centre hospitalier C._____, (Centre des maladies moléculaires) associant les problèmes gastroentérologiques de l'assurée au syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile dont ils étaient l'une des conséquences connues, proposant une reprise de la physiothérapie du périnée à associer à une technique de relaxation (sophrologie, tai chi ou auto-hypnose) afin de limiter l'impact des troubles fonctionnels et recommandant la pratique d'une activité physique régulière. Afin de faire le point sur son aptitude fonctionnelle articulaire, le Dr X._____ a réadressé l'intéressée au Dr A._____ pour un bilan ergothérapique et à la Dresse G._____ pour faire le point sur la prise en charge physiothérapeutique.
- Le rapport du Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier C._____. Il a décrit sa patiente comme active et très sportive. Ce spécialiste a posé les diagnostics d'hallux valgus sévère bilatéral dans le cadre d'un syndrome d'Ehler-Danlos et de laxité des deux chevilles en externe plus marquée à droite

avec instabilité. Il a préconisé un traitement conservateur, l'entraînement de la coordination, de la proprioception et l'utilisation d'une chevillière surtout à droite. En ce qui concerne les avant-pieds, il a demandé l'augmentation de la pelote rétrocapitale pour diminuer quelque peu les métatarsalgies et arrondir un peu l'avant-pied. Il a en outre indiqué une éventuelle intervention chirurgicale si la situation devait devenir intolérable.

Dans sa réponse du 20 décembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, s'appuyant sur un avis SMR établi par la Dresse F. _____ et le Dr E. _____ du 5 décembre 2017. Ceux-ci ont estimé que l'appréciation de l'atteinte à la santé se fondait sur l'avis du Dr A. _____ qui préconisait un reconditionnement musculaire, estimé « vraisemblablement réalisable. » Pour le SMR, le rapport du Dr Y. _____ précité, décrivant l'assurée comme active et très sportive, justifiait une atténuation suffisante des limitations fonctionnelles.

Par réplique du 14 mars 2018, l'assurée a maintenu ses conclusions observant que si le SMR avait effectivement rendu plusieurs avis, ils ne se fondaient que sur deux réponses succinctes tirées du rapport médical du Dr A. _____ du 21 mars 2016, ceci sans solliciter de plus amples renseignements médicaux malgré des rapports du Dr B. _____ faisant état de multiples pathologies et des nombreuses investigations médicales. Elle a joint à son recours les nouveaux rapports médicaux suivants :

- Le rapport de consultation du 13 février 2018 de la physiothérapeute I. _____ du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C. _____ (Centre des maladies osseuses). Elle a constaté que des récurrences de lumbagos, précisant que l'assurée avait arrêté la physiothérapie spécifique au Centre hospitalier C. _____, mais refaisait régulièrement de la physiothérapie pour ses lumbagos et pour ses troubles

sphinctériens. Cette physiothérapeute a relevé que si l'intéressée pratiquait régulièrement les exercices enseignés à domicile, sa qualité de vie ne s'était pas améliorée. Elle a constaté que faute d'indication chirurgicale, sa patiente avait atteint ses objectifs de traitement de rééducation fonctionnelle et ses limites, sans pouvoir proposer de nouvelle indication thérapeutique. Elle a suspendu le traitement de rééducation fonctionnelle, maintenu les exercices à domicile, commandé une nouvelle densitométrie osseuse et indiqué prendre des renseignements sur la prescription de vêtements compressifs. A son avis, l'autohypnose devait être encouragée. En outre, vu les brûlures et paresthésies nocturnes dans les quatre membres la nuit, elle a demandé la réalisation de tests sensoriels quantitatifs et, cas échéant, une biopsie de la peau.

- Le rapport du 18 octobre 2017 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, (Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier C._____.). Ce spécialiste a constaté que l'assurée présentait beaucoup de signes d'instabilité articulaire au niveau du poignet et des doigts longs alliés causés selon toute vraisemblance au syndrome d'Ehlers-Danlos et indiqué qu'il n'y avait pas grand-chose à envisager dans l'immédiat si ce n'est l'immobilisation du poignet en cas de douleurs très importantes.

- Le rapport du 23 janvier 2018 des Drs K._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, et L._____, médecin-assistant, de l'Unité d'urogynécologie et du périnée du Centre hospitalier C._____. Suivant ces praticiens, l'assurée présentait une incontinence urinaire d'effort constante, sur hypermobilité du col. Ils ont préconisé la mise en place de bandelette sous-urétrale et prescrit une médication pour les urgences mictionnelles sans incontinence d'urgence.

- Le rapport de densitométrie du 20 février 2018 de la Dresse M._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, du Service de rhumatologie du [...] (Centre des maladies osseuses) montrant des valeurs normales pour l'âge au niveau de la colonne lombaire et du fémur proximal. Par rapport au précédent examen de janvier 2011, l'assurée présentait une perte significative sur la colonne lombaire et une perte significative sur le fémur total. Par rapport à l'examen initial de novembre 2008, elle a relevé une perte significative sur le colonne lombaire et une perte significative sur le fémur total. La mesure de TBS (Trabecular Bone Score) montrait un état partiellement dégradé de la texture osseuse au niveau de la colonne lombaire. L'examen ne mettait pas en évidence de fractures vertébrales.

- Le rapport de N._____, psychologue et psychothérapeute, du 8 mars 2018, indiquant que le syndrome d'hyperlaxité dont souffrait sa patiente avait été abordé lors de consultations entre juillet 2015 et août 2017.

- Le rapport de la Dresse O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 8 février 2018. Celle-ci a indiqué que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique depuis octobre 2017. Elle a précisé que l'intéressée souffrait d'un état dépressif majeur d'intensité moyenne dans un contexte de trouble dépressif majeur récurrent (F33.1), trouble pour lequel elle avait déjà consulté un spécialiste en 1999 et bénéficié d'une médication par Efexor. A son avis, l'état dépressif avait une répercussion sur la capacité de travail, l'empêchant de reprendre son activité d'assistante dentaire pour laquelle l'incapacité était de 100 % pour une durée prévisible de plusieurs mois au moins. Selon la Dresse O._____, l'activité de surveillante à raison de deux heures trois fois par semaine semblait le maximum exigible actuellement.

Dans sa réplique du 17 avril 2018, l'OAI a maintenu sa position, précisant que, suivant l'avis SMR du 4 avril 2018, les atteintes psychiques alléguées étaient postérieures à la décision attaquée et devaient faire l'objet d'une nouvelle demande.

L'assurée s'est déterminée le 7 juin 2018, maintenant 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 ; RSV 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, est litigieuse la question du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité et singulièrement l'instruction menée par l'administration.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 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 (cf. art. 7 al. 1 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70%.

b) 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).

c) 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).

d) Aux termes de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations (1^{ère} phrase). Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assurée, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui (2^e phrase). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (3^e phrase). L'art. 49 al. 1 RAI précise que les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral. De tels rapports, qui se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 LAI), ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 ; 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4 in SVR 2009 IV n° 50 p. 153). Ces rapports ne sont certes pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois

de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire devront être ordonnées si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1M ; 140 V 70 consid. 6.1 ; 135 V 465 consid. 4.6 p. 471 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 ; 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2). En matière d'assurance-invalidité et suivant l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), l'OAI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation.

b) 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).

5. a) Sur le plan somatique, le diagnostic actuel est celui d'un « syndrome d'Ehlers-Danlos avec atteinte de la motricité et de la mobilité articulaire, troubles proprioceptifs, complications locomotrices multiples, troubles périnéaux, troubles digestifs, fatigue. » Les nombreuses déchirures ligamentaires, l'hernie discale, les multiples et constantes lombosciatalgies, l'ectasie de la racine de l'aorte, les troubles digestifs et orthopédiques déjà évoqués et documentés dans le cadre du recours dont souffre la recourante sont des troubles fonctionnels consécutifs à ce syndrome (cf. rapport du 23 juillet 2015 de la Dresse G. _____ et du Dr S. _____ ; rapport du 27 novembre 2015 de la Prof. T. _____ et de la Dresse U. _____ ; rapport du 21 mars 2016 du Dr A. _____ ; rapport du 1^{er} mai 2017 du Dr X. _____).

Le SMR a rendu plusieurs rapports, respectivement en date des 15 novembre 2016, 10, 23 mai et 8 août 2017. Ils se fondaient tous sur un seul et même élément à savoir la succincte réponse aux questions 1.7. et 1.8 du rapport médical du Dr A. _____ du 21 mars 2016. De fait, il s'agissait du seul rapport au dossier de l'intimé hormis les courriers du Dr B. _____, ce dernier ayant d'ailleurs informé l'intimé que la recourante était suivie dans de nombreux services au Centre hospitalier C. _____, qu'il disposait de plus amples renseignements et qu'il pouvait produire les rapports (rapports des 29 avril 2016 et 8 mars 2017). Malgré les rapports du médecin traitant, faisant état des multiples pathologies et des nombreuses investigations médicales dont la recourante faisait - et fait toujours l'objet - aucun renseignement supplémentaire n'a été sollicité par le SMR. Ce dernier s'est contenté d'émettre des conclusions péremptoires, par exemple en faisant état qu'un reconditionnement musculaire suffirait à permettre de retrouver une pleine capacité de travail, nonobstant la complexité du cas dont il apparaît qu'il nécessite des investigations complémentaires. L'argument du reconditionnement musculaire ne résiste pas à l'examen. Par rapport du 1^{er} mai 2017, le Dr X. _____ a commandé auprès du Dr A. _____ un bilan ergothérapeutique et demandé à la Dresse G. _____ de faire le point sur sa prise en charge physiothérapeutique. Il apparaît dès lors douteux qu'en mai 2017, les réponses du Dr A. _____ contenues dans son rapport du 21 mars 2016 étaient toujours d'actualité.

Comme l'a évoqué le Dr Y. _____ dans son rapport du 23 août 2017, la recourante est active et très sportive. De fait, au vu du syndrome dont elle souffre, même si elle l'ignorait jusqu'à récemment, elle a depuis très jeune pratiqué beaucoup de sport et de gainage, seule manière d'atténuer les affections médicales dont elle ne connaissait pas l'origine. Malgré cela, les difficultés et les atteints somatiques, telles qu'établies par les certificats produits, se sont multipliées au fil du temps pour aboutir à la situation actuelle. Surtout, depuis que le syndrome d'Ehlers-Danlos a été posé, soit dès 2015 comme en attestent les rapports déjà produits. La recourante a souffert de multiples pathologies consécutives au syndrome d'Ehlers-Danlos. L'hyperlaxité ligamentaire, du tissu conjonctif et de soutien, de ce syndrome a en effet pour conséquence des pathologies multi-localisées, soit en d'autres termes des troubles fonctionnels multiples. Le rapport du Dr J. _____ du Service de chirurgie plastique et de la main du 18 octobre 2017 a encore confirmé l'instabilité articulaire au niveau du poignet et des doigts longs ainsi que des déformations en « col de cygne » chez la recourante. Une consultation auprès du Service d'urodynamique du Centre hospitalier C. _____ a également dû être réalisée le 23 janvier 2018 en raison de l'incontinence de la recourante. Dite consultation confirme une incontinence urinaire d'effort constante sur hypermobilité du col. En raison des très nombreux médicaments que doit prendre la recourante, notamment pour ses lombagos, une densitométrie osseuse a été préconisée par le Dresse G. _____, densitométrie qui a révélé une perte significative de densité osseuse et un état partiellement dégradé de la texture osseuse au niveau de la colonne lombaire (cf. rapport de densitométrie du 20 février 2018 de la Dresse M. _____).

Finalement, les rapports du Centre hospitalier C. _____ montrent que les investigations génétiques s'agissant d'un syndrome d'Ehlers-Danlos vasculaire ne sont pas terminées et que cet éventuel diagnostic aurait des implications sur un éventuel reconditionnement, mais aussi sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail, dès lors que le syndrome d'Ehlers-Danlos vasculaire entraînent des limitations

quant à l'activité physique, notamment en raison du risque de rupture artérielle à l'effort (cf. Melanie G. Pepin/Mitzi L. Murray/Peter H. Byers, 1999 [Updated 2015] in: GeneReviews® [Internet], Seattle (WA), University of Washington, Seattle, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1494/>).

b) Le syndrome d'Ehlers-Danlos a, au-delà (ou à cause) des multiples pathologies somatiques et des douleurs constantes qu'il a engendré, touché la recourante dans sa santé psychologique et sa vie personnelle. Sa psychiatre traitante a attesté qu'en raison principalement de ses difficultés médicales, sa patiente présentait un état dépressif susceptible d'avoir des répercussions sur la capacité de travail. Si la Dresse O._____ n'a été consultée que depuis le mois d'octobre 2017, soit postérieurement à la décision litigieuse, son rapport indique que la recourante avait déjà consulté par le passé, ce qui est notamment attesté par le rapport du 8 mars 2018 de la psychologue N._____. Des troubles psychiques ayant une influence sur la capacité de travail avant le prononcé de la décision litigieuse ne sont donc pas à exclure.

c) Au vu du principe inquisitoire qui doit régir la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'intimé aurait dû recueillir les éléments indispensables pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé de la recourante, son aptitude à être réadaptée et pour déterminer sa capacité de travail. Tel n'a pas été le cas en l'occurrence. Les rapports médicaux produits dans le cadre de la présente procédure sont probants et montrent des doutes importants quant à la fiabilité et à la pertinence de l'appréciation de l'intimé concernant l'importance et le nombre des limitations fonctionnelles, ainsi que leur influence sur la capacité de travail. Ces points n'ont pas été examinés tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. En effet, si la Dresse O._____ n'a été consultée que depuis octobre 2017, cela ne signifie pas que les troubles psychiques allégués soient apparus après la décision litigieuse.

En l'occurrence, si le diagnostic principal est connu et non contesté, d'autres diagnostics ayant une influence sur la capacité de

travail ne sont pas à exclure tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. L'anamnèse qui ressort des rapports médicaux est fragmentaire. Il en va de même de l'état de santé actuel. Dans ces conditions, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - cette solution apparaissant comme la plus opportune par rapport à une expertise judiciaire dans le cas d'un dossier incomplet comme en l'espèce. Il appartiendra dès lors à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA auprès des spécialistes qu'il jugera utile au vu des nombreuses et diverses atteintes de la recourante, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts eux-mêmes. Cela fait, il lui incombera ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante conformément au droit fédéral, en reprenant le calcul du degré d'invalidité.

6. a) En conséquence, le recours doit être admis et la cause 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 LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'une mandataire professionnelle, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015

des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**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 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 25 août 2017 est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, par 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 R. _____ la somme de 2'500 fr. (deux 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 :

- Me Tiphane Chappuis (pour R. _____),
- 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 :