

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Monod et Mme Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourante, représentée par Me Henri Bercher, avocat à Nyon,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 LAI ; art. 72^{bis} RAI.

E n f a i t :

A. Le 22 juin 2015, W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961 et travaillant comme femme de ménage, a déposé une demande prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une dépression et d'une fibromyalgie.

B. Dans un rapport du 14 juillet 2015, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de fibromyalgie et de Sudeck du poignet droit. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une hypercholestérolémie et un lymphome de Hodgkin de type sclérose nodulaire III B. Le Dr J._____ considérait que l'activité exercée n'était plus exigible.

Un rapport d'IRM de la main droite réalisée le 25 septembre 2014 a été produit au dossier le 14 juillet 2015. Sous la partie « Conclusion », il était écrit ce qui suit :

« L'image radiologique parle en faveur d'un syndrome douloureux complexe, visible sous forme d'un œdème moucheté intéressant l'ensemble des structures osseuses prédominant dans les régions métacarpo-phalangiennes et inter-phalangiennes des IIème, IIIème et IVème rayons associé à une synovite métacarpo-phalangienne prédominant au niveau du IIème rayon et une inflammation des parties molles s'étendant aux gaines tendineuses des fléchisseurs de façon prédominante au niveau du II rayon.

Doute quant à une déchirure de la plaque palmaire à hauteur de l'articulation métacarpe-phalangienne du IIème rayon. »

Dans un rapport du 9 décembre 2015, le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité sur trouble dépressif récurrent, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptôme psychotique, d'épisode de perte de connaissance avec chutes et fractures costales et déboitement de l'épaule gauche en cours d'investigations, de trouble anxieux avec épisodes d'anxiété paroxystiques, de syndrome douloureux pan-vertébral d'origine probablement dégénérative, de fibromyalgie, et de céphalées de tension

chroniques. L'incapacité de travail dans sa profession était de 90% depuis 2007. Pour le Dr Y._____, l'activité exercée n'était plus exigible. Selon lui, au vu du caractère invalidant des douleurs généralisées, de la forte fatigabilité et du trouble dépressif récurrent avec des pics d'angoisse ayant progressivement modifié la personnalité de sa patiente dans le sens d'une personnalité dépressive, le pronostic était réservé sur le plan de sa capacité de travail.

Le 7 juillet 2016, différentes pièces ont été produites au dossier, dont les documents suivants :

- un rapport d'une angio-IRM cérébrale et des conduits auditifs internes réalisée le 30 janvier 2015 mettant en évidence une leucoaraïose et un épaissement de la muqueuse nasale ;
- un rapport d'IRM lombaire du 7 mars 2014 montrant la présence d'une discopathie en L4-L5 avec un bombement discal circonférentiel à prédominance extra-foraminale gauche et pouvant entraîner une symptomatologie L4 gauche et L5 droite en récessal. Il y avait également une protrusion discale focale récessale à foraminale en L5-S1 droite pouvant entraîner un conflit avec la racine L5 en foraminale et S1 en récessal, ainsi qu'une inflammation inter-épineuse L3-L4 ;
- un rapport d'IRM de la colonne lombaire effectuée le 14 mai 2007 montrant notamment une hernie discale L4-L5 et une discopathie dégénérative sévère au niveau des trois étages lombaires.

Interpellé par l'OAI, le Dr J._____ a indiqué le 4 août 2016 que les limitations fonctionnelles de sa patiente étaient de la fatigue et des douleurs rendant toute activité impossible.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé le 1^{er} novembre 2016 auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) par le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale en en rhumatologie. Dans son rapport du 7 novembre 2016, ce dernier a posé les diagnostics suivants :

« Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

RACHIALGIES DIFFUSES DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS. M54.

Code AI pour la statistique des infirmités et des prestations:
736/05.

Diagnostics associés

PSH BILATÉRALE À PRÉDOMINANCE G AVEC STATUS APRÈS LUXATION DE L'ÉPAULE G. M 75.

Sans répercussion sur la capacité de travail

FIBROMYALGIE. M 79.0

EXCÈS PONDÉRAL AVEC BMI À 29.

STATUS APRÈS FRACTURE DU POIGNET D.

STATUS APRÈS 3 FRACTURES COSTALES G.

STATUS APRÈS RADIOTHÉRAPIE ET CHIMIOTHÉRAPIE POUR LYMPHOME HODGKINIEN DE TYPE SCLÉROSE NODULAIRE III B.

STATUS APRÈS MALADIE DE SUDECK DE LA MAIN D DANS LE CADRE D'UNE POSSIBLE DÉCHIRURE DE LA PLAQUE PALMAIRE À LA HAUTEUR DE L'ARTICULATION MCP DU 2ÈME RAYON D.

ALLERGIE AUX POLLENS ET À CERTAINS PRODUITS DE NETTOYAGE.

LEUCOARAÏOSE CÉRÉBRALE.

CÉPHALÉES DE TENSION. »

Sous la partie « Appréciation du cas » de son rapport, le Dr R. _____ écrivait ce qui suit :

« L'assurée nous dit d'emblée que, depuis une quinzaine d'années, elle souffre de « fibromyalgie ». Effectivement, elle présenterait des douleurs partout, comme des brûlures. Elle fait également parfois des crises douloureuses qui l'empêchent alors de bouger complètement. Elle présente parfois également des tuméfactions des doigts, des poignets, des chevilles et des pieds, avec parfois coloration violette ou jaune verdâtre.

L'assurée présente une intolérance aux bruits. Elle présente également une fatigue permanente, à prédominance matinale.

Les douleurs sont migrantes. Elles touchent les mains, toute la colonne vertébrale, les MI, les genoux, à tour de rôle. Elles prédominent actuellement aux 2 épaules.

L'assurée se plaint également de céphalées et d'hémicranies bilatérales, habituellement à caractère continu, parfois à type pulsatile, s'accompagnant de nausées, de photophobie et de phonophobie.

Actuellement, l'assurée cote ses douleurs à 8/10 à l'échelle visuelle analogique de la douleur.

Les rachialgies augmentent actuellement à la toux et à la défécation. La position assise serait limitée à 1 heure par les douleurs rachidiennes diffuses cervico-dorsolombaires. La position debout est limitée à ½ heure et le périmètre de marche à ¾ d'heure-1 heure par les douleurs, en dehors des crises douloureuses.

L'assurée signale plusieurs réveils nocturnes en raison des douleurs. Elle présente également une raideur matinale durant entre 1 heure et 4 heures chaque matin. L'assurée signale parfois des fourmillements de la pulpe des doigts des 2 mains. L'assurée signale des lâchages des MI, ayant occasionné des chutes, avec notamment fractures de 2 dents, de 3 côtes à G et des lésions traumatiques au niveau des MCP D. Suite à l'une de ces chutes, l'assurée a présenté également une luxation de l'épaule G.

Du point de vue des traitements, l'assurée a eu de la physiothérapie à sec sous forme surtout de massages, elle n'a fait que peu d'exercices. Elle n'a pas eu de physiothérapie en piscine, d'acupuncture, d'ostéopathie ou d'infiltration. Elle a reçu de la cortisone per os.

Actuellement, comme médicament antalgique, elle prend de la Lodine® retard, 600 mg, 2 à 3 x/j ou du Voltarène douce 12,5 mg, 3 à 4 x/j ou bien encore de l'Olfen® 50 mg, 3 à 4 x/j. Elle prend également en moyenne 3 x/semaine, 1 Sirdalud® 4 mg le soir. Elle prend également du Zinc Biomed® 20 mg 1 x/j et du Magnesium Sandoz® effervescent 1 x/j. La prise d'anti-inflammatoires se fait sous couverture d'esomeprazole®. L'assurée prend également régulièrement du Crestor® 10 mg pour une hypercholestérolémie. Elle prend également régulièrement de la Fluctine® 20 mg, 3 cp le matin.

Du point de vue des habitudes, l'assurée n'a jamais fumé. Elle boit moins de 1 verre de vin par jour.

Relevons, à l'âge de 30 ans, une maladie de Hodgkin, traitée au [...] par 3 mois de radiothérapie et 18 mois de chimiothérapie. Depuis lors, l'assurée est en rémission. Dans le cadre de sa maladie de Hodgkin, l'assurée a eu plusieurs opérations, avec ablation-excision d'adénopathies. Elle a eu également, après ce lymphome, une amygdalectomie avec reprise chirurgicale à 2 reprises pour des hémorragies importantes. Elle a bénéficié également d'opérations pour des adhérences intestinales et a bénéficié de corrections chirurgicales de cicatrices abdominales.

L'assurée serait par ailleurs connue pour 3 hernies discales lombaires depuis longtemps selon elle, mais elle n'aurait pas été opérée à l'époque, car il y avait un trop gros risque de ne pas être améliorée.

L'assurée est connue également pour son hypercholestérolémie depuis plus de 15 ans.

L'assurée a eu également une hystérectomie pour fibrome il y a 15 ans, avec reprise chirurgicale.

Actuellement, elle fait encore parfois des infiltrations de la cicatrice au niveau de l'utérus.

Il y a une vingtaine d'années, elle a eu également une fracture du poignet D, suite à un accident où elle a glissé sur la neige.

A l'anamnèse systématique, relevons que l'assurée fait facilement des pharyngites, des rhumes et des sinusites. Elle présente également une dyspnée d'effort à 2 étages d'escaliers, s'accompagnant de transpirations. L'assurée signale également des épisodes de serremments précordiaux, mais l'assurée a eu un ECG, qui s'est avéré normal. L'assurée signale également des palpitations en cas d'angoisses ou même sans raison. Elle signale avoir beaucoup de toux, avec de rares expectorations jaunâtres. Elle signale parfois des brûlures urinaires et une odynurie et présenterait une urine malodorante et presque rouge. Elle a déjà fait des contrôles urinaires, qui auraient montré des signes d'inflammation dans les urines et dans le sang, sans infection urinaire. L'assurée signale, en plus des céphalées, des vertiges lorsqu'elle tourne la tête. L'assurée est d'ailleurs sujette à l'hypotension orthostatique. L'assurée présente également une allergie aux pollens et aux produits ménagers. Elle a dû interrompre son activité au [...] comme ouvrière dans la céramique et dans la porcelaine en raison de problèmes pulmonaires liés à l'inhalation de particules de céramique et de porcelaine, selon ce qu'elle nous a dit.

Au status actuel, on note une assurée en BEG, normocarde, hypertendue à 160/95 mmHg (valeurs tensionnelles à reconstrôler chez le MT). L'assurée présente un excès pondéral avec un BMI à 29. L'assurée est euthymique en cours d'entretien. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. L'abdomen est souple, mais diffusément douloureux, mis à part à l'hypochondre D, sans défense, ni détente. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ou de masse palpable.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assurée déambule avec une discrète boiterie d'appui du MID. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est réalisable sans problèmes. L'accroupissement est limité. Il entraîne des douleurs de la charnière dorsolombaire et des tiraillements des MI. Le relèvement se fait cependant sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est marqué par des troubles sensitifs mal systématisés de l'hémicorps D sous forme d'une hypoesthésie diffuse du MS et du MID, alors que bizarrement la sensibilité de l'hémitronc et de l'hémiface D est bien conservée, ce qui est paradoxal.

Le reste du status neurologique est parfaitement normal. Les épreuves de Lasègue sont notamment négatives. Elles sont tout de même limitées ddc à 70° par des lombalgies.

Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est un peu diminuée. La mobilité cervicale est satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Il n'y a pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note cependant une épreuve de Hawkins positive au niveau des 2 épaules et une épreuve de Jobe douloureuse à l'épaule G, ce qui signe la possibilité d'une PSH bilatérale, avec conflit sous-acromial bilatéral et possible tendinopathie du sus-épineux G.

Par ailleurs, l'assurée présente des douleurs à la palpation de tous les points typiques de la fibromyalgie ou points de Smythe sur 18, ce qui permet de confirmer ce diagnostic.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs lombaires, avec remaniement de type MODIC I et II des plateaux vertébraux au niveau L4-L5. Il existe également une arthrose facettaire postérieure discrètement inflammatoire en L3-L4, des remaniements dégénératifs facettaires postérieurs discrètement inflammatoires bilatéralement en L4-L5 et une arthrose facettaire postérieure inflammatoire en L5-S1.

Une IRM de la main D du 25.09.2004 aurait mis en évidence, selon le rapport que nous avons à disposition, une image radiologique compatible avec un syndrome douloureux complexe, visible sous forme d'un œdème moucheté, intéressant l'ensemble des structures osseuses, prédominant dans les régions MCP et IP des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} rayons, associé à une synovite MCP, prédominant au niveau du 2^{ème} rayon et à une inflammation des parties molles s'étendant aux gaines tendineuses des fléchisseurs de façon prédominante au niveau du 2^{ème} rayon. Il existe également, selon la radiologue, la Dresse [...], un doute quant à une déchirure de la plaque palmaire à la hauteur de l'articulation MCP du 2^{ème} rayon.

Par ailleurs, une angio-IRM cérébrale et des conduits auditifs internes du 30.01.2015, se serait avérée dans les limites de la norme, compte tenu de l'âge, selon le rapport de la Dresse [...], radiologue. Cet examen aurait cependant mis en évidence une leucoaraiose et un épaississement de la muqueuse nasale.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés.

Au vu de ces diagnostics, nous retenons des LF qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de femme de ménage ou de concierge. Ainsi, dans ces 2 activités, la CT maximale est de 10 %. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, nous retenons une CT de 70 %.

Effectivement, nous retenons tout de même une baisse de la CT de 30 % même dans une activité adaptée au vu des modifications dégénératives facettaires postérieures discrètement inflammatoires

en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 et en raison des remaniements mixtes MODIC I et MODIC II des plateaux vertébraux en L4-L5.

Evidemment, cette IT de 30 % tient également compte de la baisse de rendement liée aux LF qui se surajoutent et qui conduisent fatalement à une baisse de rendement.

Nous ne retenons cependant pas une IT supérieure à 30 % dans une activité adaptée, car il n'y a aucune raison biomécanique de le faire. D'ailleurs, la bonne tolérance à la position assise en cours d'entretien a été bonne.

Par ailleurs, il faut noter que l'assurée ne présente actuellement plus de signes pour une maladie de Sudeck de la main et du poignet D.

Par ailleurs, malgré que l'assurée cote ses douleurs à 8/10 à l'échelle visuelle analogique de la douleur, l'assurée est encore capable de conduire sur de petites distances, de venir en train toute seule de la région de [...] au SMR, d'utiliser les transports publics. Elle a été également capable de partir en avion au [...] pendant l'été 2016. Elle s'occupe également de ses tâches ménagères, faisant le ménage, passant l'aspirateur et faisant la lessive. Elle fait également les commissions, mais en utilisant la voiture. Evidemment, pour faire ses tâches ménagères et la lessive, elle les fait petit à petit.

Par ailleurs, l'assurée garde une bonne intégration sociale. Elle présente certaines ressources, parlant relativement bien le français. Par ailleurs, l'assurée est bien soutenue par des amies qui viennent même l'aider parfois à domicile, lorsqu'elle ne sort pas.

L'assurée présente cependant des difficultés d'ordre social, puisqu'elle dispose de prestations de l'aide sociale et que d'une petite pension versée par son mari.

Par ailleurs, l'assurée est peu motivée par une reprise d'activité professionnelle et désirerait que l'Al lui octroie plutôt une rente. L'assurée semble cependant avoir bien adhéré à la thérapie.

La thérapie a été conduite selon les règles de l'art. On peut cependant regretter que l'assurée n'ait pas fait plus de physiothérapie à sec active et pas de physiothérapie en piscine, ce qui aurait peut-être permis de mieux tonifier les muscles rachidiens et ainsi diminuer les douleurs.

Chez cette assurée, on note certains motifs d'exclusion, tel qu'une légère démonstrativité et la présence de 3 signes de non organicité selon Waddell sur 5, soit des douleurs à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées et une légère démonstrativité.

L'assurée n'a jamais fumé. Elle ne consomme de l'alcool que très modérément, puisqu'elle boit moins de 1 verre de vin par jour. L'assurée ne présente donc pas de syndrome de dépendance ayant entraîné un trouble irréversible.

Le comportement de la personne assurée face à sa maladie est actuellement plutôt passif, bien que l'assurée continue à avoir une activité de concierge à très petit pourcentage.

Il faut noter certaines incohérences dans le cadre de cette assurée, puisque malgré l'allégation de douleurs cotées à 8/10 à l'échelle visuelle analogique de la douleur, l'assurée peut faire du jardinage pour cultiver des légumes dans un petit jardin potager, est encore capable de faire certaines tâches ménagères à petit pourcentage dans le cadre de sa conciergerie, de promener les chiens d'autres personnes, ainsi que de faire ses propres tâches ménagères. Elle est également capable de conduire sur de petites distances.

A noter encore que, bien que l'assurée nous dise être parfois triste (mais sans pleurer), elle s'est montrée tout à fait euthymique en cours d'entretien. Elle nous a dit cependant ne pas avoir bon moral en cas de crises douloureuses. Parfois, elle penserait qu'il serait préférable pour elle de mourir, mais ne passerait pas à l'acte. Elle aurait effectivement « ras le bol » de sa maladie. Elle admet tout de même que son moral s'est amélioré depuis qu'elle prend des antidépresseurs.

Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

Membre supérieur : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 70°. Pas de lever de charges de plus de 5 kg avec les MS.

Début de l'IT durable

Depuis mars 2014, date de la mise en évidence de troubles dégénératifs du rachis lombaire, avec remaniement mixte de type MODIC I et II des plateaux vertébraux en L4-L5 et remaniement dégénératif facettaire postérieur discrètement inflammatoire, en L3-L4, L4-L5 et L5-S1.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Depuis le 07.03.2014.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

L'IT est restée de 90 % dès le 07.03.2014 dans l'activité de femme de ménage ou de concierge. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, la CT est de 70% dès le 14.07.2015, soit depuis la date du rapport du Dr J._____, qui parle d'un status après Südeck du poignet D en 2014.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par les problèmes rachidiens et accessoirement par les problèmes des épaules.

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation

Depuis le 14.07.2015.

Pronostic

Les troubles dégénératifs risquent de s'aggraver avec le temps.

Cependant, les lésions de type MODIC I et II risquent de passer à des lésions de type MODIC III, moins douloureuses.

Des mesures d'ordre professionnel risquent d'échouer au vu du peu de motivation de l'assurée à reprendre une activité professionnelle et au vu de la présence d'une certaine démonstrativité, avec 3 signes de non organicité selon Waddell.

En cas d'octroi d'une rente, il y a lieu de réviser la situation dans 2-3 ans. »

Dans un rapport du 30 novembre 2016, la Dresse Q._____, spécialiste en pédiatrie, et médecin auprès du SMR, s'est ralliée aux conclusions du Dr R._____.

Par projet de décision du 15 mars 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande, au motif que son préjudice économique était inférieur à 40%. A l'appui de sa décision, l'OAI retenait que l'assurée présentait une incapacité de travail de 90% dans son activité habituelle, mais qu'elle possédait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à son état de santé. Selon l'OAI, l'assurée pouvait ainsi dégager un revenu annuel de 35'915 fr. 43, compte tenu d'un taux d'abattement de 5 %. Comparé au revenu sans atteinte à la santé de 53'430 fr., il en résultait un degré d'invalidité de 32.78%.

Par courrier du 12 avril 2017, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI, alléguant qu'il lui était impossible en pratique d'avoir une quelconque activité professionnelle, en raison de la fibromyalgie provoquant des douleurs trop fortes, l'épuisant et pesant grandement sur son moral. Elle produisait en outre un rapport du 12 avril 2017 du Dr Y._____, dont la partie « Discussion » était libellé comme suit :

« L'évolution n'est pas favorable tant sur le plan clinique que de la capacité de travail. La patiente a reçu un courrier du 15.03.2017 de l'OAI expliquant qu'elle n'aura pas droit à une rente invalidité. Or, ce courrier contient des informations médicales qui sont erronées et ne correspondent pas à la réalité médicale actuelle. En l'espèce, la patiente présente des symptômes invalidants, importants et significatifs. Elle présente une fatigue sévère qui limite grandement son endurance et la durée de travail est limitée à -au mieux une 20^e de minutes- puis elle doit faire une pause et se reposer quelques heures. Elle se plaint d'importantes douleurs en rapport avec la fibromyalgie et cela est très invalidant et limite à 100 % sa capacité de travail, ceci est en directe contradiction avec les conclusions du courrier reçu qui ne tient pas compte de la réalité concrète des limitations induites par la maladie. Elle ne parvient pas à effectuer les activités de la vie quotidienne qu'au prix d'efforts très conséquents avec de fortes douleurs, ces AVQ l'épuisent et elle n'est plus disponible ensuite pour effectuer quel-qu'activité que ce soit. Sur [le] plan psychique, les douleurs chroniques et leurs conséquences avec la limitation de la capacité pour la patiente d'avoir des contacts sociaux et la grande difficulté d'effectuer les déplacements contribuent au maintien du trouble dépressif qui est maintenant sévère. Cela également contribue significativement à l'incapacité de travail à 100 % qu'elle présente. La patiente poursuit malgré tout sa prise en charge sur le plan somatique auprès de son médecin traitant le Dr J. _____ et sa psychothérapie auprès de moi.

Ainsi, la fibromyalgie, les douleurs chroniques y relatives, le trouble dépressif récurrent constituent dans les faits autant de facteurs contribuant à l'incapacité de travail à 100 % pour la patiente qui en pratique ne parvient qu'avec une grande peine à effectuer que ses AVQ au prix de fortes douleurs. Dès lors il n'est médicalement pas possible de considérer reprendre une quelconque activité, le rendement étant réduit à plus de 80 % et la capacité de travail est nulle, sans compter l'incapacité de la patiente à se déplacer quotidiennement, avec de grandes difficultés à mobiliser ses compétences sociales.

Ainsi, pour ces raisons vérifiées depuis de nombreux mois maintenant, je vous remercie de bien vouloir considérer l'octroi d'une rente pour invalidité à 100 % »

Par courrier du 12 avril 2017 également, le conseil de l'assurée, Me Bercher, a confirmé l'opposition de sa cliente. En substance, il a reproché au rapport du SMR, sur lequel l'OAI s'était fondé, de ne contenir aucune information détaillée sur les conséquences somatiques des chimiothérapies et radiothérapies lourdes subies par l'assurée. Il a également requis que la leucoaraïose et l'état dépressif soient investigués. Me Bercher a en outre produit un courrier rédigé à son intention par le Dr J. _____ le 7 janvier 2010 et dont la teneur était la suivante :

« [...]

Voici les renseignements demandés concernant ma patiente.

Je connais Madame W. _____ depuis 2003 et la vois depuis très régulièrement.

En 1991-1992, traitée pour une maladie de Hodgkin (lymphome ou cancer des ganglions) par chimiothérapie et radiothérapie. La guérison est complète mais au prix d'une stérilité liée aux effets de la chimiothérapie et de la radiothérapie sur les ovaires. Je peine à mesurer les répercussions psychologiques d'une telle situation mais elles sont certainement importantes.

Lorsque je la vois pour la première en 2003 elle souffre déjà de problèmes dépressifs qu'elle met en relation avec une vie conjugale difficile. Son mari est alors en arrêt de travail de longue date suite à un accident. Elle subvient aux besoins de la famille et ressent une forte pression (financière) de la part de son mari. Elle commence alors, en plus des problèmes de moral (les épisodes dépressifs s'enchaînent, angoisses sévères), à décrire des douleurs des membres en particulier des muscles et des articulations. Cette situation est compliquée par des problèmes gynécologiques. Un fibrome utérin entraîne des pertes de sang. Ces pertes de sang ont pour effet d'accentuer la fatigue. Après plusieurs injections de fer Madame W. _____ subit une hystérectomie en 2004.

En 2004 tous les signes sont présents pour poser le diagnostic de fibromyalgie, maladie qui associe des douleurs intenses sans cause physique claire et bien souvent des problèmes de moral. Depuis cette date Madame Pereira prend régulièrement des antidépresseurs. Ces traitements ont pour avantage de diminuer les angoisses et de permettre aux douleurs de passer d'un niveau insupportable à un degré très pénible.

L'hystérectomie permet de régler le problème du manque de fer. Immédiatement après l'intervention Madame W. _____ voit apparaître des douleurs au niveau de la cicatrice. Ces douleurs sont décrites comme très intenses et s'ajoutent aux douleurs déjà présentes. Dès cette période la capacité de travail de Madame Pereira est très restreinte, de longues périodes d'arrêt de travail complet succèdent à des périodes de faible capacité de travail, généralement 25%, quelques exceptions à 50%. Pendant de nombreuses semaines elle ne sort pratiquement plus de chez elle, souvent au lit. Ces douleurs disparaissent en 2008 suite à une intervention de chirurgie plastique qui vise à reconstruire la cicatrice abdominale et enlever un excès de graisse.

2007 est une année très particulière. C'est, pour commencer, l'année où son mari a retrouvé du travail. Elle ne se sentait plus responsable de l'apport financier de la famille. Nous assistons alors à une forte poussée de la symptomatologie douloureuse. S'y associe une hernie discale lombaire qui entraîne encore d'autres douleurs, une nouvelle période d'incapacité totale de travail et un lourd traitement. Les douleurs de la fibromyalgie flambent également, certains jours elle se dit incapable de couper une tranche de viande. Depuis ce moment la capacité de travail n'a jamais dépassé 20%.

Il est intéressant de relever pendant ces dernières années quelques voyages au [...], sans son mari, pendant lesquelles elle se croit guérie après 2 semaines de mer. Curieusement les douleurs récidivent les jours avant le retour en Suisse. Ces dernières années sont marquées par des fluctuations à la fois du moral et des douleurs. Changement de discours depuis avril 2009 où Madame W._____ réalise que leurs problèmes de couple sont plus profonds que les problèmes financiers évoqués jusqu'alors. Elle met ses troubles sur l'attitude que son mari a eu envers elle de longue date. Depuis la séparation je ne vois pas d'amélioration de la symptomatologie douloureuse ni dépressive. Les angoisses sont plus importantes, liées aux incertitudes et aux questions qui se posent.

Actuellement elle prend toujours des antidépresseurs, vit mal les tensions liées au divorce, vient me voir régulièrement pour discuter de ses difficultés. Elle a besoin de ce soutien psychologique.

Je ne suis pas très optimiste face à l'avenir. Les troubles sont tellement chronicisés que le soulagement du divorce aura très certainement de la peine à les évacuer. Il reste le sentiment que toutes ces années difficiles, de tension, d'acceptations soumises vont laisser des traces probablement définitives. [...] »

Me Bercher a en outre produit un certificat médical du 28 mars 2017 du Dr J._____, dans lequel il déclarait ce qui suit :

« Madame W._____, [...] présente de très longue date des douleurs d'une telle intensité qu'elle n'est pas capable de la moindre activité professionnelle. L'incapacité de 90 % et non 100 % devait lui permettre de garder éventuellement un enfant en cas de demande, ce qui ne s'est jamais produit.

Les douleurs sont souvent tellement intenses qu'elle a des grandes difficultés à sortir de son lit et se trouve dans l'incapacité de gérer son propre ménage. Les moindres activités de la vie quotidiennes sont problématiques, elle profite de certains jours un peu plus calmes pour rattraper son retard. Ces relativement bonnes journées restent isolées et ne permettent pas de programmation. Les douleurs sont également accompagnées d'une fatigue intense.

Elle présente en plus certains jours des vertiges qui entraînent des déséquilibres et menacent de la faire tomber.

La durée de cette maladie est maintenant suffisante pour dire que les chances de guérison ou d'augmentation de la capacité de travail sont nulles.

Le calcul de l'incapacité de travail de l'AI ne se base que sur des considérations théoriques et ne reflète aucunement la réalité de cette dame. »

Dans un avis médical du 1^{er} juin 2017, la Dresse Q._____ a considéré que les pièces produites par l'assurée n'apportaient aucun élément nouveau et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du SMR du 30 novembre 2016.

Par décision du 8 juin 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée pour les motifs invoqués dans son projet de décision du 15 mars 2017.

C. Par acte du 28 juillet 2017, W._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 8 juin 2017, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour le prononcé d'une décision de rente entière. A l'appui de son écriture, la recourante invoque, en substance, que c'est à tort que la décision attaquée retient qu'elle exerce une activité professionnelle et que dite décision ne contient pas d'analyse détaillée des pathologies dont elle souffre et de leurs répercussions sur l'invalidité. Elle s'étonne que la fibromyalgie, le status après fracture du poignet droit et Sudeck de la main droite, le status après radiothérapie et chimiothérapie pour lymphome de Hodgkin, les allergies à certains produits, la leucoaraïose et les céphalées, nullement investiguées, soient considérées comme sans répercussion sur sa capacité résiduelle de travail. Elle ajoute qu'il est curieux que l'état dépressif ne soit pas retenu dans ces diagnostics. La recourante soutient également que l'appréciation du SMR est lacunaire sur le plan psychique et requiert qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée par la Cour de céans. De surcroît, la recourante produit une série de pièces réunies sous bordereau, dont un courrier du 17 juillet 2015 du Dr J._____ adressé à Me Bercher et dont la teneur est la suivante :

« Mon courrier de 2010 est malheureusement toujours d'actualité. Le dernier paragraphe en particulier se concrétise. Les douleurs sont toujours invalidantes, certains jours Madame W._____ est incapable de sortir de chez elle. Les troubles anxio-dépressifs sont toujours sévères et atteignent ces dernières semaines un nouveau paroxysme. Récemment Madame W._____ est venue me voir afin de retourner consulter un confrère psychiatre avec la motivation suivante: "le sac est plein".

Avec ce confrère nous réactivons une demande auprès de l'AI en raison des troubles anxio-dépressifs en particulier. Nous sommes maintenant à plus de 10 ans de douleurs chroniques sévères et des troubles psychiatriques. Je suis toujours persuadé que ces symptômes vont persister après le divorce. Les dernières vacances au [...] ont été moins efficaces sur les douleurs, les dernières ont même été annulées en raison d'une incapacité à voyager en raison des douleurs.

L'incapacité de travail a été de 90% toutes ces dernières années. Le 10% était plus théorique et destiné à lui permettre une petite activité de conciergerie qui s'est révélée souvent difficile à tenir.

En conclusion le pronostic est sombre, je ne crois pas en une amélioration prochaine »

Par décision du 3 août 2017, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistante judiciaire à la recourante, l'exonérant des frais judiciaires et nommant Me Henri Bercher comme avocat d'office.

Dans sa réponse du 4 octobre 2017, l'OAI considère notamment qu'il n'y a aucun élément clinique nouveau susceptible de modifier le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR. Au vu du diagnostic de fibromyalgie, l'intimé se demande cependant s'il n'y aurait pas lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Il produit en outre un avis médical du 26 septembre 2017 de la Dresse Q. _____ qui contient notamment ce qui suit :

« Recours sur décision d'un refus de rente sur une demande du 22.6.15.

Dans le cadre du recours, l'assurée nous fait parvenir les documents concernant le traitement du lymphome de Hodgkin de 1991 (pièce 10, 11, 12) et du suivi après traitement jusqu'en 2004 (pièce 13, 14, 15, 16) confirmant la rémission, une aménorrhée secondaire sur hypogonadisme après radiothérapie et chimiothérapie et une stérilité secondaire. Ces documents n'apportent aucun élément nouveau, la rémission d'un lymphome de Hodgkin est connue, ni l'aménorrhée ni la stérilité n'influence la capacité de travail. Cette dernière était de 100% lors de la consultation du 28.5.97.

La lettre du Dr Y. _____ du 15.1.16 se trouve déjà dans le dossier, celle du 22.12.09 n'apporte aucun élément clinique objectif.

Le courrier du Dr J. _____ du 7.1.10 figure également dans le dossier, quant à celui du 17.7.15, il signale l'arrêt d'un suivi psychiatrique avec demande récente de l'assurée d'une consultation psychiatrique, qui, selon le RM du Dr Y. _____ du 9.12.15, se fait au 2 mois (consultation le 9.10.15 et 9.12.15). La lettre du Dr J. _____ du 9.8.12 n'apporte pas d'élément objectif.

Le Dr Y. _____ pose aussi bien un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans sympt. psychotique (F33.2) qu'un trouble anxieux (F41). Par la suite il mentionne une symptomatologie anxio-dépressive, sans qu'il ne relève de manifestations anxieuses dans ses RM des 9.12.15 et 12.4.17. En ce qui concerne la dépression, les éléments cliniques selon la CIM 10 pour une dépression sévère font défaut. Une dépression ne peut-être à la fois moyenne et sévère et une consultation psychiatrique tous les 2 mois parle contre une dépression moyenne sévère. Il n'y a jamais eu d'hospitalisation et le traitement antidépresseur n'a pas été modifié. Lors de l'examen clinique au SMR, l'assurée est euthymique et son moral s'est amélioré depuis qu'elle prend des antidépresseurs (p.11).

Pour ce qui concerne le status post fracture du poignet : la mobilité des poignets est normale et symétrique, il n'y a donc aucune restriction fonctionnelle à ce niveau. Les céphalées déjà mentionnés dans le RM du 18.5.97, n'ont pas motivées le médecin traitant à une consultation spécialisée ni à un traitement spécifique (RM reçu le 12.8.16 : absence de consultation spécialisées ces 5 dernières années). Un caractère incapacitant ne saurait être retenu, ceci d'autant moins qu'une CT de 100% a été attestée le 18.5.97. Quant à la question du psychiatre concernant une éventuelle sclérose en plaque, (courrier du 15.1.16), le Dr J. _____ confirme dans son courrier du 12.8.16, l'absence d'une consultation spécialisée. Lors de l'examen au SMR, la force, la motricité, la coordination, les réflexes, la marche sur la pointe des pieds et les talons, le relèvement de la position accroupie sont sans particularités, il n'y a pas de troubles de l'équilibre objectivé.

Conclusion : Il n'y a aucun élément clinique nouveau modifiant le rapport SMR du 30.11.16 »

Dans sa réplique du 26 octobre 2017, la recourante requiert qu'une expertise pluridisciplinaire, comprenant un volet rhumatologique, soit mise en œuvre. Elle propose à cet effet trois noms d'experts.

Dans sa duplique du 30 novembre 2017, l'intimé, se fondant sur un avis de la Dresse Q. _____ du 28 novembre 2017, considère notamment qu'une expertise rhumatologique n'est pas nécessaire et que la recourante demande un examen pluridisciplinaire en dehors d'un centre d'expertise reconnu et par des médecins n'étant pas des experts certifiés par la SIM [Swiss Insurance Medecine].

Le 11 janvier 2018, la recourante déclare notamment que l'OAI n'élègue aucun motif de récusation valable à l'encontre des experts proposés.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01).

c) En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) Est litigieux dans le cas d'espèce le droit de W. _____ à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier son droit à une rente d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si

cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294)

consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). 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 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit.; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

d) En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

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

sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) En outre, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, et réf. cit.).

6. a) En l'espèce, la recourante conteste l'appréciation de la situation médicale telle que réalisée par l'OAI, considérant en particulier que le SMR n'a pas analysé les diverses pathologies dont elle souffre, notamment la problématique de la fibromyalgie.

b) Il ressort du dossier de la cause que la recourante présente de nombreux troubles, tant sur le plan physique que sur le plan psychique. Selon le Dr R._____, rhumatologue et médecin auprès du SMR, W._____ souffre de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis associées à une périarthrite scapulo-humérale, avec effet sur la capacité de travail. Elle présente également une fibromyalgie, un excès pondéral avec BMI à 29, un status après fracture du poignet droit, un status après trois fractures costales gauches, un status après radiothérapie et chimiothérapie pour lymphome hodgkinien de type sclérose nodulaire III B, un status après maladie de Sudeck de la main droite dans le cadre d'une possible déchirure de la plaque palmaire à la hauteur de l'articulation métacarpo-phalangiennes du deuxième rayon droit, une allergie au pollen et à certains produits de nettoyage, une leucoaraïose cérébrale et des céphalées de tension (cf. rapport du 7 novembre 2016 du Dr R._____). Selon le SMR, ces atteintes n'ont toutefois pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pose quant à lui les diagnostics de modification durable

de la personnalité sur trouble dépressif récurrent, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptôme psychotique, d'épisode de perte de connaissance avec chutes et fractures costales et déboitement de l'épaule gauche en cours d'investigations, de trouble anxieux avec épisodes d'anxiété paroxystiques, de syndrome douloureux pan-vertébral d'origine probablement dégénérative, de fibromyalgie, et de céphalées de tension chronique (cf. son rapport du 9 décembre 2015). Dans son rapport du 12 avril 2017, le Dr Y. _____ précise que le trouble dépressif est maintenant qualifié de sévère.

c) S'agissant tout d'abord de la problématique de la fibromyalgie, il convient préalablement de rappeler ce qui suit.

aa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

bb) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existait, jusqu'à l'arrêt rendu le 3 juin 2015 par le Tribunal fédéral en la cause 9C_492/2014 publié aux ATF 141 V 281, une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne disposait pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles

étaient réunies devait être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retenait, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on devait conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; cf. notamment TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et réf. cit.).

cc) Dans l'ATF 141 V 281 cité ci-dessus, 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. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs

en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). 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 (consid. 3.7 de l'arrêt cité). En d'autres termes, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (consid. 6 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (cf. ch. F45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies] 10 2014). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les

informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

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 (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

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 sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du 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, comme par le passé, 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 (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans

activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de 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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.).

d) Dans le cas d'espèce, on constate que le diagnostic de fibromyalgie a été posé à réitérées reprises par les médecins de la recourante (cf. notamment rapport du 14 juillet 2015 du Dr J._____ et du 9 décembre 2015 du Dr Y._____) et qu'il a été confirmé par le Dr R._____ du SMR dans le cadre de son examen du 1^{er} novembre 2016. C'est d'ailleurs notamment en raison de cette affection que la demande de prestations AI a été déposée. Toutefois, les répercussions de cette atteinte n'ont pas été examinées conformément à la jurisprudence précitée. On retrouve certes dans l'appréciation du Dr R._____, de manière éparsée, quelques éléments ressortant de la grille d'analyse du Tribunal fédéral

applicable en matière de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Toutefois, l'appréciation de ce médecin, qui n'est au demeurant pas psychiatre, est extrêmement sommaire et ne saurait être jugée suffisante au regard de la jurisprudence en la matière.

Par ailleurs, malgré l'appréciation du Dr Y._____, psychiatre de la recourante, selon lequel cette dernière souffre de diverses pathologies sur le plan psychique - dont notamment un trouble dépressif récurrent qualifié de sévère et de trouble anxieux -, ce volet n'a fait l'objet d'aucune investigation de la part de l'OAI. Les conclusions pour le moins succinctes de la Dresse Q._____, qui n'est du reste pas psychiatre mais pédiatre, s'agissant du trouble dépressif récurrent, ne permettent pas de considérer que le plan psychiatrique a été suffisamment instruit.

En réalité, l'OAI n'a investigué la problématique médicale de la recourante et n'a déterminé sa capacité de travail exigible que sous l'angle rhumatologique, ce qui n'est toutefois pas suffisant au vu du tableau clinique complexe présenté par W._____ (cf. consid. 6b précité). Ainsi, l'OAI a statué sur la base d'un dossier médical lacunaire, se fondant sur des données incomplètes, tant sur le plan psychique que sur le plan somatique. De ce fait, ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de cet état sur sa capacité de travail n'ont été établis à satisfaction de droit.

Le recours est par conséquent bien fondé.

7. a) Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet

d'aucun éclaircissement ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce.

b) Au vu de ces éléments il convient donc d'admettre le recours, de renvoyer le dossier à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise et qu'il rende une nouvelle décision. Dans la mesure où l'instruction médicale réalisée par l'intimé est lacunaire tant sur le plan psychique que sur le plan somatique, une expertise limitée au volet psychique n'est pas suffisante, contrairement à ce que soutient l'OAI. Cette expertise devra bien plutôt comprendre au moins un volet de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie, étant réservé la faculté de l'OAI d'y associer, cas échéant, toute autre spécialité jugée opportune. Elle devra en particulier se prononcer sur la problématique de la fibromyalgie et de ses répercussions sur la capacité de travail de W._____ conformément aux nouveaux critères jurisprudentiels. Elle devra également éclaircir les différentes pathologies présentées par la recourante et leurs interactions éventuelles.

c) Par ailleurs, il sied de rappeler ici que l'art. 72^{bis} RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) a été introduit à la suite de la publication de l'ATF 137 V 210 qui a apporté de nombreux correctifs à la procédure administrative, en particulier en ce qui concerne la désignation des experts. Cette disposition prévoit l'attribution aléatoire des mandats d'expertises pluridisciplinaires comprenant au moins trois disciplines différentes à des centres d'expertise liés à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par une convention. A l'invitation du Tribunal fédéral, l'OFAS a également mis en place à la suite de cet arrêt une plate-forme (SuisseMED@P) destinée aux offices AI pour l'attribution sur une base aléatoire des mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire (ATF 139 V 496). Chargés de l'exécution de tâches de droit public, les offices AI ne sauraient dès lors faire fi des exigences légales et jurisprudentielles auxquelles ils sont tenus de se conformer. Dans le contexte d'un renvoi de la cause à l'OAI pour la mise en œuvre

d'une expertise pluridisciplinaire, la proposition de noms d'expert par la recourante n'est dès lors pas pertinente.

8. 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^{bis} LAI). Ceux-ci, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un conseil, a droit à des dépens qu'il y a lieu de fixer à 2'000 fr., débours et TVA compris, et qui doivent être mis à la charge de l'OAI. Au vu de l'importance et de la complexité du litige, le montant de 2'000 fr. couvre largement l'indemnité d'office qui aurait été allouée à Me Bercher. Il n'y a dès lors pas lieu de lui octroyer un montant supplémentaire.

**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 8 juin 2017 est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais d'arrêt, par 400 fr. (quatre cent 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 W. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Henri Bercher (pour W. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- 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).

La greffière :