

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er mai 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 8 et 43 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] [...], est de nationalité suisse. Elle a acquis un CFC de laborantine en chimie en [...] et a travaillé en cette qualité jusqu'en [...]. En [...], elle a repris des études et suivi le [...], mais a échoué aux examens de première année [...]. Elle a occupé un emploi à 50 % de juin 2010 à mars 2011, puis a travaillé comme secrétaire à 40 % dès juin 2011, puis à 30 % dès novembre 2014.

L'assurée a présenté, entre l'âge de 19 et 21 ans, des troubles digestifs fonctionnels sévères (asthénie, perte de poids de 10 kg) motivant un arrêt de travail de plusieurs mois. En été 2006, après une perte pondérale, il est posé le diagnostic d'anorexie mentale atypique, épisode dépressif léger avec syndrome somatique. En décembre 2006, elle est hospitalisée pour des symptômes digestifs et le diagnostic de maladie de Crohn est considéré comme probable, mais infirmé en 2011 après des investigations minutieuses. Le diagnostic de colopathie fonctionnelle spastique est réaffirmé. Depuis 2010, l'assurée se plaint d'un état de fatigue croissant. En 2014, à la suite d'une entorse de la cheville du pied droit, l'assurée a développé une algoneurodystrophie et a présenté une douleur du genou déclenchant un bilan rhumatologique. Au cours de celui-ci, le diagnostic de maladie de Sjögren est posé. Un syndrome d'asthénie est attribué jusqu'en novembre 2014 à l'algoneurodystrophie, puis, dès le 1^{er} décembre 2014, à la maladie de Sjögren.

Souffrant ainsi de plusieurs atteintes et se plaignant d'une importante fatigue ayant une incidence sur sa capacité de travail, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes le 15 décembre 2014. Lors de la détermination de son statut, elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 60 % en qualité de laborantine en chimie par intérêt et nécessité.

L'assurée a été mise au bénéfice d'indemnités journalières versées à divers taux durant diverses périodes par l'assurance perte de gain maladie depuis le 4 octobre 2014, à la suite de ce qui a d'abord été diagnostiqué comme étant une fracture de fatigue du 3^{ème} métatarsien au pied gauche.

Pour le syndrome de Sjögren, l'assurée est notamment suivie par le Professeur R._____, médecin associé à [...] qu'elle a consulté la première fois en décembre 2014, spécialiste en immunologie. Il a notamment relevé dans un rapport du 31 décembre 2014 que l'assurée se plaignait depuis le 2^{ème} trimestre 2014 d'une importante fatigue qui l'obligeait à une activité professionnelle limitée à 30 %, tout en soulignant qu'elle était tout à fait à l'aise dans son activité de secrétariat.

La Dresse S._____, généraliste, a également observé le 2 février 2015 une fatigue chronique existant depuis plusieurs années, indiquant qu'après deux heures de travail, l'assurée n'arrivait pas à se concentrer, ni à accomplir les tâches demandées. Elle a ajouté que l'activité pouvait être exercée à 50-60 % et que le rendement était réduit après deux heures par la fatigue croissante.

Le Dr K._____, spécialiste FMH médecine interne rhumatologie, a aussi relevé le syndrome de fatigue globale empêchant l'assurée de reprendre une activité de travail à temps complet dans un rapport du 14 avril 2015. Il a noté que cet état de fatigue avait été la motivation d'une réduction de son temps de travail en tant que laborantine à 50 % dès 2010 puis d'un changement pour un travail de secrétariat moins pénible dès 2011 toujours à 50 %. Il estimait la capacité de travail à 30 %, compte tenu de l'ensemble des troubles. Le 12 juin 2015, il a confirmé l'existence de cet état de fatigue lié à tous les diagnostics, qui l'empêchait de travailler à plus de 30 %.

Le 23 juillet 2015, malgré une évolution favorable plutôt bénigne du syndrome de Sjögren, le Prof. R._____ a constaté que la fatigue restait importante avec un besoin de sieste durant la journée et

que l'activité professionnelle restait limitée à 30 %. Le 24 septembre 2015, il a estimé que cet état de fatigue ne justifiait pas une incapacité de travail au long cours de 60 % et que la reprise du travail pourrait être augmentée progressivement dans son activité de secrétaire.

Le 4 et le 7 décembre 2015, le Dr K. _____ a noté que la maladie se manifestait par un syndrome de fatigue chronique, laquelle était le problème le plus limitatif qui empêchait l'assurée de reprendre un travail à plus de 30 %. Il a mentionné que l'assurée avait repris son travail à raison de deux heures par jour (30 %) depuis septembre 2015 et qu'elle n'arrivait pas à augmenter sa capacité de travail, se plaignant d'une importante fatigue, de troubles de la concentration quand bien même elle dormait neuf heures par nuit et nécessitait une sieste d'une heure. Ce médecin a souhaité que des investigations soient faites pour trouver d'éventuelles causes organiques à cette importante fatigue.

Le 21 avril 2016, le Prof. R. _____ a rapporté l'évolution favorable du Sudeck mais s'est déclaré frappé par la persistance de la fatigue intense chez l'assurée qui n'arrivait pas à augmenter sa capacité de travail au-delà de 30 %. Le 3 janvier 2017, il a confirmé que l'incapacité de travail était due au syndrome de Sjögren en raison d'une fatigue intense.

B. Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations AI, un expertise a été réalisée le 17 août 2017 par le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne FMH. Après avoir résumé les divers rapports médicaux au dossier, complétés par ceux requis par l'expert pour les années 2005 à 2010, celui-ci a procédé à un concilium avec le Professeur C. _____, spécialiste en médecine interne et ancien consultant à [...], dont il résulte ce qui suit :

« 9 juin 2017, concilium sur dossier au cabinet de l'expert avec le Professeur C. _____, spécialiste en médecine interne et ancien consultant à la division d'immunologie clinique (Hôpital cantonal universitaire de Genève). Le diagnostic de maladie de Sjögren ne fait pas de doute : les anticorps anti-ro sont positifs, mais la biopsie des glandes salivaires est négative et les symptômes sont modérés. Il n'y a pas d'atteinte articulaire, pas de polyarthralgie, pas d'atteinte

du système nerveux central, de cryoglobulinémie, d'atteinte hépatique (pas de fièvre, d'adénopathie ni d'atteinte d'organe, cardio-pulmonaire, musculo-articulaire, cutané, rénal ou hématologique).

Ce syndrome est donc non compliqué. Il existe un syndrome des anticorps phospholipides qui ne semble pas actif cliniquement. Il est bien difficile de dire si l'asthénie est associée au syndrome de Sjögren ou à autre chose. Classiquement, si le syndrome de Sjögren présente des manifestations cliniques importantes, on lui attribue l'origine de la fatigue. Dans ce cas j'irai plus loin : on ne peut pas dire que la fatigue soit attribuable à la maladie de Sjögren car ce syndrome n'est pas cliniquement floride. Concernant l'asthénie, le médicament rituximab a montré une certaine efficacité sur la fatigue dans des études cliniques. L'expertisée l'a refusé [ndlr : en raison des effets secondaires prolongés sur la fertilité]. Parfois il provoque des améliorations spectaculaires dans le cas où la fatigue est due à un syndrome de Sjögren très symptomatique aux niveaux des organes. Dans les éléments décrits chez cette patiente il n'y a pas d'élément suspect de gravité tels que ceux qui peuvent être considérés comme précurseurs des complications. Il n'y a pas de facteur de mauvais pronostic ni d'activité clinique et biologique important. La présentation clinique de l'expertisée est calme. J'ai de la peine à penser que l'importance de la fatigue soit due uniquement au Sjögren. Dans le cas de Madame X. _____ il faut prendre en compte les symptômes de la pseudo maladie de Crohn entre 2006 et 2011 qui évoquent d'avantage la présence d'un état dépressif. A cela s'ajoute probablement quelques éléments de l'ordre d'une somatisation qui joue un rôle. En général, on peut dire que l'asthénie est liée à l'intensité de la clinique de la maladie de Sjögren. La biopsie des glandes salivaires négatives, les symptômes ophtalmologiques qui ne sont pas attribués au Sjögren, un test de Schirmer de type I à 5 mm (donc faible), une absence de symptomatologie de la sphère oto-rhino-laryngologique sont tous des arguments qui parlent contre une fatigue provoquée par la maladie de Sjögren. Les troubles de la concentration que l'expertisée présente sont d'origine psychique et ne peuvent être imputés au Sjögren. Actuellement, la problématique est d'un autre ordre.

14 juin 2017, courte entrevue de l'expert avec le professeur C. _____ : il confirme son appréciation ci-dessus. »

L'expert a ensuite établi l'anamnèse complète de l'assurée et a dressé son status clinique détaillé. Il a relevé que ses plaintes portaient essentiellement sur sa fatigue et a examiné la cohérence entre les divers éléments recueillis. Après analyse complète et motivée, il a posé comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de syndrome de Sjögren, diagnostiqué en décembre 2014, actuellement d'expression modérée. Des diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail ont été posés, soit asthénie d'origine plurifactorielle (séquelle d'un état dépressif des années 2006-2011 à la suite de difficultés depuis l'adolescence ; troubles digestifs d'origine fonctionnelle ; maladie de Sjögren) et status après douleurs métatarsiennes du pied gauche d'origine

indéterminée, ayant entraîné une algoneurodystrophie (maladie de Südeck) du membre inférieur gauche (décembre 2014 à mai 2016), cette affection étant guérie. On extrait les éléments suivants de son rapport :

« ANALYSE DE L'EXPERT

Les recherches de documents effectuées avec l'appui précieux de Madame X._____ ont mis à jour l'existence d'antécédents médicaux datant de 2005 à 2010 qui n'étaient pas signalés dans le dossier médical, importants pour la compréhension de la situation médicale.

À l'issue de l'examen l'expert retient que Madame X._____ présente plusieurs problèmes médicaux qui sont intriqués ; certains diagnostics posés par le passé sont écartés après une évolution favorable de sa santé.

1. Une maladie de Sjögren. L'expertisée a présenté les symptômes d'un syndrome sec (une sécheresse des yeux, de la bouche,...) apparus en octobre 2014 qui a conduit au diagnostic de maladie de Sjögren. L'affection se manifeste au début par un syndrome sec caractéristique, et accompagné des anomalies biologiques classiques. Suivi (sic) d'abord par le Dr. K._____, l'expertisé (sic) est traité depuis deux ans par le Professeur R._____ qu'elle consulte une à deux fois par année depuis juillet 2015. Le Professeur R._____ a appuyé les arrêts de travail à 70%, mais précisait le 23 juillet 2015 que l'incapacité de travail était due à l'algoneurodystrophie et non pas au Südeck. A la guérison de l'algoneurodystrophie, le motif des arrêts de travail s'est déplacé vers la maladie de Sjögren. Le Professeur R._____ écrivait que le syndrome de Sjögren était « d'évolution plutôt bénigne » mais [le 3 août 2015] « que l'asthénie ne justifie pas une incapacité de travail au long court de 60% ».

Pour juger de la répercussion actuelle sur l'expertisée de la maladie de Sjögren, il manquait dans le dossier AI des examens des sphères ORL et ophtalmologique (que l'expertisée n'a jamais subi). En effet la maladie de Sjögren touche classiquement ces deux systèmes.

L'examen oto-rhino-laryngologique du 6 juin 2017, demandé au [...] par l'expert aux fins de la présente expertise, confirme le diagnostic de maladie de Sjögren, mais ne met pas en évidence d'atteinte ORL due à ce syndrome.

L'examen ophtalmologique du 29 mai 2017 également demandé par l'expert au [...], confirme le diagnostic ; le test de Schirmer qui mesure la sécheresse des glandes lacrymales montre une hyposécrétion modérée. Les symptômes ophtalmologiques actuels de la patiente ne sont pas liés à cette hyposécrétion. Il existe une autre origine aux brûlures oculaires. Il n'y a pas de symptôme inflammatoire, pas d'atteinte d'organe. Actuellement l'expertisée ne prend aucun traitement pour le syndrome.

Par ailleurs, à l'examen, le sujet présente une discoloration intermittente des doigts des deux mains, les variations de couleur changent rapidement, sans douleur. Il s'agit d'une manifestation dite de Raynaud.

L'expert estime donc que le syndrome de Sjögren a une activité très modérée et provoque peu de symptôme chez l'expertisée. Concernant précisément l'asthénie alléguée, après avoir revu la littérature et pris contact avec un consultant (le Professeur C. _____), l'expert estime qu'elle n'est pas causée par le Sjögren.

L'expert retient donc, au plus et pour écarter tout doute d'une conséquence de l'asthénie à attribuer au syndrome de Sjögren, une incapacité de travail de 10% dans le métier de secrétaire.

Les autres causes de fatigue sont discutées ci-dessous.

Limitation fonctionnelle : incapacité de travail de 10%.

2. Des métatarsalgies et une algoneurodystrophie du membre inférieur gauche. L'expertisée a présenté en été 2014 des douleurs de l'avant pied gauche (métatarse) et de la cheville qui ont conduit à immobiliser la jambe avec une botte plâtrée durant plusieurs semaines. En automne 2014, elle a présenté des douleurs chroniques de la jambe gauche dues à une algoneurodystrophie (maladie de Südeck). Cette affection a généré des arrêts prolongés de travail dans les années 2014 et 2015.

Actuellement, cette maladie n'est plus symptomatique et est guérie. La fatigue a perduré et a changé de cause.

Limitation fonctionnelle : aucune

3. Une colopathie fonctionnelle. Depuis de nombreuses années, l'expertisée souffre de douleurs abdominales presque quotidiennes, avec des périodes de constipation suivies de diarrhées. L'origine est attribuée par l'expert à une sensibilité somatisée des difficultés de la vie quotidienne. C'est le produit d'un déplacement sur le corps de difficultés de la vie relationnelle. Cette affection s'accompagne classiquement d'une asthénie, c'est ici le cas.

L'expertisée a souffert, à l'âge de vingt ans, de troubles digestifs fonctionnels sévères avec une perte pondérale de douze kilos. Le rapport psychiatrique du 3 août 2006 fait état d'une « *anorexie mentale atypique et épisode dépressif léger avec symptômes somatiques ... la patiente n'ayant pas conscience de ses troubles, elle cesse de consulter* ».

Pour l'expert, les troubles relationnels ont continué à agir en elle, l'état de fatigue allégué aujourd'hui reste la seule expression d'un conflit infra-psychique qui vient de plus loin que les affections auxquelles il a été attribué ces dernières années (Crohn puis Sjögren).

Selon l'expert, le côlon spastique est fort désagréable par le retentissement sur la vie de tous les jours, mais n'entraîne pas de limitation au travail.

Limitation fonctionnelle : aucune limitation

4. Une suspicion de maladie de Crohn. Ce diagnostic a été posé en 2006, il n'était pas certain ; il a été basé sur une seule crise, certes importante et un traitement corticoïde de courte durée a suivi. Une seconde manifestation clinique a été traitée courtement aux corticoïdes. Médicalement, il existe d'autres maladies signant le même tableau et le Docteur [...], gastroentérologue, a suivi sur le plan digestif sa patiente de décembre 2009 à novembre 2011 avec des examens invasifs multiples. Il a clairement infirmé le diagnostic de maladie de Crohn et a posé le diagnostic de troubles digestifs fonctionnels. Ce diagnostic de Crohn doit être maintenant abandonné, il n'a pas été confirmé ; il est générateur de confusion chez l'expertisée et dans la restitution de la situation médicale.
5. Une asthénie alléguée. La fatigue éprouvée s'exprime actuellement par une difficulté de concentration, un travail qui paraît pesant et une nécessité d'aller se reposer ou dormir.

L'étiologie possible de cette fatigue :

- Une origine dépressive : l'expertisée a vécu une dépression qualifiée de légère en 2006, sur une base de conflits relationnels liés à la période de l'adolescence. L'état dépressif qui n'a pas pu être traité s'est prolongé jusqu'en 2011 au moins.

- Un syndrome de fatigue chronique : ce syndrome est souvent une dépression cachée, renvoyant à des problèmes personnels, c'est une dépression que ne veut pas dire son nom. Souvent les sujets expriment ainsi leur malaise sur un plan corporel. Ne sachant comment solutionner les difficultés éprouvées, comment les améliorer, le sujet privilégie à son insu un symptôme d'une maladie en cours, là où il a plus d'espoir qu'il puisse être traité, c'est à dire le somatique ; ici il s'est agi du syndrome de Sjögren.

- Des troubles fonctionnels digestifs, aussi appelé côlon spastique ou colopathie fonctionnelles. Voir sous chiffre 3.

- Un syndrome de Sjögren : voir plus haut sous chiffre 2.

A l'issue de l'examen, l'expert retient un état dépressif léger, à bas bruit, latent, peu expressif, comme source de l'asthénie alléguée. Le conflit infra-psychique, résultant d'une histoire d'adolescence difficile au niveau relationnel, n'a pas pu être visité à ce jour avec un appui thérapeutique. L'asthénie ressentie est la manifestation de cette difficulté. La fatigue actuelle est un sentiment subjectif ; celle-ci n'est évaluable par aucun critère et l'expert ne peut la retenir.

Chercher dans une affection somatique (d'abord la maladie de Crohn, puis un syndrome de Sjögren modéré - mais dont la fatigue est bien connue seulement pour les cas sévères) est certes rassurant au début mais contribue à un enfoncement dans les symptômes.

Actuellement, l'expertisée se présente en bonne santé physique et rien ne transparaît à l'expert de la fatigue alléguée, qui puisse justifier l'incapacité professionnelle actuelle à 70%. L'expert estime que, même si l'origine actuelle de l'asthénie devait être confirmée par un examen spécialisé (expertise psychiatrique), la fatigue alléguée ne pourrait être reconnue invalidante à ce point. Les conflits psycho-sociaux de la vie quotidienne ne peuvent à long terme être reconnu (sic) invalidant dans les assurances sociales.

Limitation fonctionnelle : une incapacité de travail à 10% en relation avec le syndrome de Sjögren (voir plus haut sous chiffre 2) a déjà pris en compte la limitation. Pas d'autre limitation reconnue. »

S'agissant de la capacité de travail, l'expert a retenu qu'elle était inexistante depuis le 4 septembre 2014, mais qu'elle était conservée pour son activité de secrétaire ou toute autre activité, exigible à un taux de 90 %, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} novembre 2015.

C. Le 31 août 2017, le Dr F. _____ du SMR a retenu une incapacité totale de travail du 4 septembre 2014 au 18 avril 2015, puis de 70 % du 19 avril 2015 au 2 août 2015, de 60 % du 3 août 2015 au 23 septembre 2015, de 40 % du 24 septembre 2015 au 31 octobre 2015, de 30 % du 1^{er} novembre au 30 novembre 2015, de 20 % du 1^{er} décembre au 31 décembre 2015 et de 10 % à partir du 1^{er} janvier 2016. Dès lors, la capacité de travail exigible était donc de 90 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles résidant dans une légère fatigue résiduelle.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 5 février 2018. Quand bien même l'assurée avait confirmé le 27 septembre 2017 que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 60 % dans un bureau ou un laboratoire, elle a déclaré à l'enquêteur que sans atteinte elle travaillerait à 80 %. Dès lors que la recourante avait tenté de travailler à 80 %, l'enquêteur a proposé un statut de 80 % active et 20 % ménagère. L'empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères a été évalué à 15,50 %.

Par projet d'acceptation de rente du 17 juillet 2018, l'OAI a constaté que l'ouverture du droit devait être fixée au 1^{er} septembre 2015

(l'atteinte étant apparue le 4 septembre 2014) et que le degré d'invalidité, compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 40 % à cette époque, devait être fixé à 43,1 %, ce qui ouvrait le droit à un quart de rente. Dès le 24 septembre 2015, compte tenu de l'augmentation de la capacité de travail à 60 %, le degré d'invalidité devait être arrêté à 23,1 %, ce qui impliquait la suppression de la rente trois mois après cette date, soit au 31 décembre 2015. Il est précisé que dès le 1^{er} janvier 2016, l'OAI retient une capacité de travail de 90 % en toute activité professionnelle.

L'assurée s'est opposée à ce projet par courrier du 28 juillet 2017, ne comprenant pas l'augmentation de sa capacité de travail de 40 % à 60 % le 24 septembre 2015 et contestant la prétendue amélioration de sa capacité de travail au point de recouvrer une capacité de 90 % dès le 1^{er} janvier 2016. Elle a ajouté qu'elle estimait avoir stabilisé son état de santé et retrouvé une capacité de travail de 50 % depuis juillet 2017.

Par décision du 24 octobre 2018, l'OAI a reconnu le droit à un quart de rente du 1^{er} septembre 2015 au 31 décembre 2015 pour les motifs exposés dans son projet du 17 juillet 2018.

D. Par courrier du 12 novembre 2018, X._____ a fait recours contre la décision du 24 octobre 2018, contestant l'amélioration de sa capacité de travail telle que retenue par l'intimé. Elle se fonde en particulier sur les rapports médicaux du Prof. R._____. Le 24 octobre 2018, le Prof. R._____ a en effet fait part de sa surprise à l'égard du projet de décision de l'OAI et a attesté que l'assurée souffrait d'un syndrome de Sjögren sévère d'expression immunologique marquée et responsable d'une importante fatigue générale et avait présenté simultanément une atteinte au membre inférieur gauche fortement suggestive d'un Sudeck qui s'était amélioré progressivement, ces deux atteintes ayant justifié les certificats d'incapacité de travail de 70 % jusqu'en juillet 2017, puis de 50 % dès lors. Il est relevé que le 24 mai 2018, il avait écrit à un confrère qu'il avait revu l'assurée à la consultation le 16 mai 2018 et qu'au plan clinique son évolution était tout à fait bonne

et que l'intéressée n'avait pas de plainte particulière hormis quelques picotements oculaires.

Le 14 janvier 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, se prévalant en substance des constatations de l'expertise qui devait être qualifiée de probante.

Le 25 janvier 2019, la recourante a maintenu sa demande de réexamen de la décision attaquée, l'avis de son médecin, spécialiste reconnu en immunologie, lui paraissant plus probant que celui d'un médecin généraliste ou d'un expert qui ne l'avait jamais rencontrée.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement, sur son degré d'invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une

infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Selon la jurisprudence, le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3 ; TFA I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in : VSI 1998 p. 126). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

b) 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé

que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI).

Lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4, TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010, TF 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2).

c) 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).

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).

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 nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

4. En l'espèce, la recourante fait valoir que le syndrome de Sjögren et l'importante fatigue qu'elle ressent l'empêchent de travailler au taux retenu par l'intimé.

On constate que le diagnostic du syndrome de Sjögren posé par l'expert est confirmé par les différents médecins. Il est également constant que la recourante ressent une certaine fatigue invalidante, mais les avis divergent quant à l'ampleur de ce symptôme et son origine. Le Prof R._____ voit l'origine de cet état d'importante fatigue dans le syndrome de Sjögren tout en évoquant dans son rapport du 23 juillet 2015 une évolution plutôt bénigne de cette atteinte, sans pour autant se prononcer sur cette apparente contradiction. L'expert a quant à lui conclu que le syndrome de Sjögren avait une activité très modérée et provoquait

peu de symptômes chez l'expertisée, plus précisément concernant l'asthénie alléguée, après avoir revu la littérature et pris contact avec un consultant (le Prof. C. _____), l'expert a estimé qu'elle n'était pas causée par le Sjögren, faute de sévérité du syndrome. L'expert a en effet considéré que l'asthénie dont se plaignait l'assurée relevait d'une organisation psychique fonctionnelle développée avec le temps, sur un développement relationnel difficile depuis l'adolescence. Il a relevé que l'assurée présentait une personnalité dynamique, méticuleuse, mais que cette énergie avait été regagnée par une organisation générale qui donnait à l'asthénie ressentie une fonction déplacée de « paratonnerre » pour un fonctionnement psychique en souffrance qui ne pouvait être abordé pour lui-même. L'expert a en effet constaté que la recourante avait souffert, à l'âge de vingt ans, de troubles digestifs fonctionnels sévères avec une perte pondérale de douze kilos, notant que le rapport psychiatrique du 3 août 2006 faisait état d'une « anorexie mentale atypique et épisode dépressif léger avec symptômes somatiques ... la patiente n'ayant pas conscience de ses troubles, elle cesse de consulter ». Pour l'expert, les troubles relationnels avaient continué à agir en elle, l'état de fatigue allégué aujourd'hui restait la seule expression d'un conflit infra-psychique qui venait de plus loin que les affections auxquelles il avait été attribué ces dernières années (Crohn puis Sjögren).

Selon l'expert, la fatigue éprouvée s'exprimait actuellement par une difficulté de concentration, un travail qui paraissait pesant et une nécessité d'aller se reposer ou dormir. Il y voyait plusieurs origines possibles, notamment dépressive, relevant que la recourante avait vécu une dépression qualifiée de légère de 2006 à 2011 au moins. A l'issue de l'examen, l'expert a privilégié un état dépressif léger, à bas bruit, latent, peu expressif, comme source de l'asthénie alléguée et noté que le conflit infra-psychique, résultant d'une histoire d'adolescence difficile au niveau relationnel, n'avait pas pu être visité à ce jour avec un appui thérapeutique. L'asthénie ressentie était ainsi la manifestation de cette difficulté. L'expert a estimé que, même si l'origine actuelle de l'asthénie devait être confirmée par un examen spécialisé (expertise psychiatrique), la fatigue alléguée ne pourrait être reconnue invalidante dans la mesure

invoquée, les conflits psycho-sociaux de la vie quotidienne ne pouvant à long terme être reconnus invalidant dans les assurances sociales.

Les conclusions de l'expert sont étayées, claires et motivées. Elles sont d'autant plus convaincantes, s'agissant de l'atteinte retenue et des limitations qu'elle engendre, qu'un concilium a été organisé avec un spécialiste en immunologie qui a validé les conclusions du Dr Q. _____ pour l'aspect immunologique. Les attestations du Prof. R. _____ tendent en particulier à constater une incapacité de travail due à l'importante fatigue générée par le syndrome de Sjögren. Or, après avoir constaté que le syndrome de Sjögren n'était pas sévère et qu'il ne pouvait donc pas être à l'origine de l'importante fatigue dont la recourante se plaignait, l'expert a investigué d'autres sources possibles en examinant la situation médicale de l'assurée depuis son adolescence et est arrivé à la conclusion que si l'état de fatigue ne pouvait pas trouver une origine invalidante, en tous les cas à un taux supérieur à 10 % en raison de l'atteinte retenue, elle pouvait avoir comme origine un état dépressif diagnostiqué il y a des années mais non traité. Un tel trouble devrait toutefois être diagnostiqué par un expert psychiatre tout comme ses éventuels effets incapacitants. On observe que l'expert a indiqué que la recourante présentait des difficultés à se concentrer et ressentait le besoin de se reposer.

Compte tenu des antécédents de la recourante, notamment l'anorexie mentale atypique, l'épisode dépressif léger avec symptômes somatiques, la maladie de Crohn qui finalement a été qualifiée de simple trouble digestif fonctionnel, le syndrome de Sjögren, le Sudeck et l'importante fatigue dont la recourante s'est plainte depuis plusieurs années sans que l'on ait finalement pu en fixer les origines, il y a lieu d'investiguer le volet psychiatrique, qui n'a pas été instruit dans le cadre de la présente procédure. Une incapacité de travail résultant d'une fatigue intense a été relevée par tous les médecins consultés et l'expert a écarté de manière convaincante et motivée le fait que cet état ne pouvait pas résulter du seul syndrome de Sjögren. La recourante a connu des antécédents psychiatriques et n'a pas de suivi psychiatrique, de sorte qu'on ignore si son état de santé mentale et psychique est intact, en

particulier si elle est atteinte d'un trouble générant une certaine fatigue comme le soupçonne l'expert. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'OAI pour mettre en œuvre une expertise psychiatrique, en précisant qu'un concilium avec un expert en immunologie sera nécessaire en cas d'atteinte psychiatrique invalidante en raison de la fatigue puisque ce symptôme a déjà été retenu comme invalidant par l'expert dans le cadre du syndrome de Sjögren, afin d'avoir une appréciation d'ensemble de l'incidence de toutes les atteintes sur la capacité de travail. L'expert a déclaré que les troubles de la concentration présentés par la recourante étaient d'origine psychique et ne pouvaient être imputés au Sjögren, la problématique étant d'un autre ordre. L'existence d'un éventuel trouble psychiatrique invalidant est ainsi suffisamment rendue possible pour que des investigations soient ordonnées en complément à l'expertise somatique réalisée.

5. Le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe.

Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens, la recourante ayant agi sans mandataire.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 24 octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- X. _____,
- 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 :