

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juin 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Me François Besse, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 LAI ; 8, 43 al. 1 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assurée), née le [...] 1978, mariée, mère d'un enfant né en 2001, a travaillé comme employée de maison à 100% auprès de A.D. _____ et B.D. _____ à [...], du 5 juin 2001 au 30 septembre 2011. Le 7 juin 2011, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, indiquant quant au genre de l'atteinte douleur et dépression existant depuis environ sept ans et s'aggravant depuis deux ans. Elle a par la suite précisé souffrir de douleurs un peu partout, mais principalement dans le bas du dos.

Le Dr S. _____, spécialiste en rhumatologie, a constaté dans un rapport du 22 mars 2011 la présence de rachialgies aiguës non déficitaires.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2011, les Drs J. _____ et L. _____ du service de rhumatologie du G. _____ (ci-après : G. _____) ont posé les diagnostics faisant suite à une consultation du 26 janvier 2011 et à une hospitalisation dans le service du 26 janvier au 4 février 2011, de probable syndrome fibromyalgique, déficit en vitamine D, alopecie diffuse, déficit en vitamine B12, aphtose buccale, migraines sans aura, névralgies du trijumeau, troubles dépressifs et status post-tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite.

Le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec influence sur la capacité de travail de fibromyalgie probable depuis au moins cinq ans. Il ressort en substance de son rapport du 21 juillet 2011 ce qui suit :

« On note dans ses antécédents, des lombalgies, un trouble dépressif récurrent. En 2004 puis en 2006, la patiente a présenté des symptômes neurologiques dont l'étiologie n'a pas été trouvée, malgré de multiples investigations en neurologie au G. _____. En 2007, elle a été hospitalisée en rhumatologie pour des douleurs articulaires multiples. Un diagnostic de spondyloarthropathie HLA B27 négative a été posé dans un premier temps. Toutefois, au vu de l'évolution, le diagnostic a été réévalué et changé en probable

fibromyalgie. Mme H. _____ a aussi présenté une gastrite à *Helicobacter pylori* difficilement traitable car la patiente supporte mal les médicaments per os. Au vu d'un syndrome douloureux invalidant, la patiente a bénéficié pendant quelques mois et occasionnellement d'injections d'antalgique i.m. au cabinet.

Plus récemment des investigations pour une hématurie n'ont pas montré de substrat physique. La patiente décrit depuis une année des douleurs articulaires (principalement au niveau de la colonne vertébrale, de l'épaule droite et de la jambe droite) de plus en plus importantes ayant nécessité une réévaluation rhumatologique. Ces investigations faites en rhumatologie au G. _____ ont conclu à des troubles fonctionnels. Mme H. _____ a aussi été victime fin 2010 d'un accident sur la voie publique où elle a été percutée par l'arrière et qui a augmenté son syndrome douloureux. »

Dans un rapport du 28 juillet 2011, le Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a retenu comme diagnostic affectant la capacité de travail un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (été 2010/2011) dans le contexte d'une probable fibromyalgie.

L'assurée a été hospitalisée du 11 au 29 août 2011 dans le Département de Psychiatrie de l'Hôpital de [...]. Il résulte notamment ce qui suit de la lettre de sortie du 6 octobre 2011 :

« 3. Status psychique à l'entrée :

Il s'agit d'une patiente âgée de 33 ans, de taille et de corpulence normale, marchant à l'aide de deux cannes, à la tenue vestimentaire et à l'hygiène sans particularité. Elle est vigilante avec toutefois des difficultés de concentration. Elle est orientée dans le temps, dans l'espace, à sa personne et à la situation. Le discours est clair et informatif. Le cours et le contenu de la pensée sont sans particularité. Elle présente des troubles de la mémoire récente.

Pas d'hallucinations, ni de troubles majeurs du Moi. La thymie est triste, la patiente exprime son désarroi en raison de son état physique. Elle se plaint de douleurs diffuses et intenses lors de l'entretien de manière démonstrative. Les affects sont congruents. La patiente se plaint de difficultés à l'endormissement en raison de ses douleurs.

On note une prise pondérale depuis l'introduction de la morphine. Pas d'idéation suicidaire lors de l'entretien.

4. Discussion et évolution :

Dès le début de l'hospitalisation, nous avons observé que la patiente avait un comportement démonstratif et histrionique au sein du

service, ainsi qu'un comportement revendicateur, demandant particulièrement beaucoup d'attention. Un autre élément à souligner a été la prise du traitement médicamenteux de la patiente qui consistait en : Targin 10-20 mg, 3 cps par jour / Targin 10 à 5 mg, 3 cps par jour // Tranxilium 5 mg, 4 cps par jour // Dafalgan 1 g, 3 fois par jour // Valium 10 mg, 1 fois par jour // Cymbalta 60 mg, 1 cp par jour // Condrosulf 800 mg, 1 cp/jour // Flector patch, 2 fois par jour // Stilnox 10 mg, 1 fois par jour // ainsi que de l'Oxynorm en réserve. Nous remarquons alors que la patiente a un traitement morphinique assez important. En effet, la patiente a effectué plusieurs examens paracliniques et a été hospitalisée à plusieurs reprises en milieu somatique, sans que l'on puisse identifier une origine somatique de ses douleurs et de ses problèmes, mais suggérant une dimension psychogène de ses douleurs. La motivation de son comportement inconscient évoque l'existence d'un faux-self « douloureux » qui lutte contre un « vrai self » effondré par les multiples traumatismes pendant l'enfance et le prototype que la mère doit être malade pour être soignée par son conjoint. Par rapport à la question d'une production des symptômes consciente ou inconsciente, on ne peut pas se déterminer clairement, étant donné que la patiente n'a pas fait des actes auto-infligés directs (s'injecter de l'insuline pour avoir des crises d'hypoglycémie, etc...). Dans ce contexte-là, nous laissons ouvert le diagnostic différentiel entre une conversion hystérique sous forme de syndrome douloureux somatoforme persistant ou la pathomimie (trouble factice). Il faut également signaler le syndrome de Münchhausen qui est fréquemment associé à des comportements d'errance et de mythomanie qui ne sont pas observés chez notre patiente. Par rapport à un syndrome de Münchhausen par procuration (dans lequel un adulte, généralement la mère produit des symptômes chez son enfant) on peut se poser la question par rapport au fait que Mme H. _____ mettait le masque d'oxygène à son fils quand il était plus petit, alors que maintenant il ne reste aucun moyen de trouver des preuves pour l'utilité de ces mesures de traitement. Au niveau du traitement, nous avons décidé d'agir en deux temps. Dans un premier temps, nous avons sevré la patiente du Targin, du Valium, du Tranxilium et du Cymbalta, et du Condrosulf. La patiente est sortie de l'hôpital seulement avec la prescription de Dafalgan 3 g par jour. Au début, on avait pris cette décision dans le but d'effectuer une fenêtre thérapeutique, mais assez vite on a remarqué que la patiente ne présentait aucun symptôme de sevrage et qu'elle supporte très bien l'arrêt de tous les médicaments morphiniques et psychotropes. Le deuxième niveau de notre traitement a été la confrontation de la patiente autour de la dimension psychique de ses douleurs. La patiente a pu entendre cette hypothèse et travailler dans cette direction. Pendant la dernière semaine de l'hospitalisation, l'équipe thérapeutique a demandé à la patiente de marcher sans les cannes, d'abord avec une puis, dans un deuxième temps, sans. Au début, la patiente a montré des résistances et finalement a pu marcher sans les cannes alors qu'elle nécessitait toujours l'attention de l'équipe médico-infirmière. On note également le fait que nous avons proposé à son réseau médical de diminuer le plus possible les actes médicaux (polypragmasie médicale) et surtout éviter la prescription de médicaments morphiniques à l'avenir.

5. Projet thérapeutique à la sortie :

Mme H._____ sort le 29 août 2011 avec une suite de prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique auprès du Dr M._____.

6. Diagnostic (ICD-10) :

DD :

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4).
- Troubles factices (suspicion d'un syndrome de Münchhausen ainsi que d'un syndrome de Münchhausen par procuration). »

A la suite d'un mandat confié par T._____, assurance perte de gain maladie de l'assurée, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé son rapport d'expertise psychiatrique le 22 septembre 2011, au terme duquel on peut lire notamment ce qui suit :

« 4. DIAGNOSTIC

4.1.0 DIAGNOSTIC SELON LE DSM-IV-TR

Axe I : Trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive sub-clinique Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique
Axe II : Personnalité probablement avec des traits histrioniques
Axe III : nihil
Axe IV : Problèmes de santé ; licenciement ; pas d'autre facteur de stress

4.1.1. DIAGNOSTICS AYANT UNE REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

- ---

4.1.2. DIAGNOSTICS SANS REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

- Trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive sub-clinique
- Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique.

5. DISCUSSION

Mme H._____ est une femme née au Portugal le [...].1978, dans une famille de condition socio-économique relativement modeste. Le père, ouvrier agricole, serait tombé malade en raison de problèmes cardiaques lorsque l'assurée avait 12-13 ans, période où elle aurait quitté le domicile familial pour gagner sa vie. La mère semble avoir souffert de problèmes ostéo-articulaires au niveau des hanches, qui auraient beaucoup mobilisé sa famille et contraint Mme H._____ à devoir assumer les tâches domestiques précocement.

Dès l'âge de 13 ans, Mme H. _____ a été contrainte de venir chercher du travail en Suisse où elle a toujours oeuvré dans la restauration et le service, puis dès 2001 pour la famille A.D. _____. Selon ses déclarations, Mme H. _____ a toujours été appréciée dans son engagement professionnel. Tous ses employeurs - avec qui elle a gardé d'excellents contacts - auraient regretté son départ. Rien n'indique que Mme H. _____ ait souffert de graves troubles psychiques jusqu'aux faits qui nous occupent, si ce n'est des lombalgies basses apparues incidemment après la naissance de son fils unique en janvier 2001.

D'un point de vue psychopathologique, Mme H. _____ se plaint de polyarthralgies diffuses pour lesquelles des patches de dérivés morphiniques lui ont été prescrits. Sur conseil du Dr W. _____, Mme H. _____ a consulté depuis mars avril 2011, le Dr M. _____, médecin psychiatre, à [...].

Du 11.08 au 26.08.2011, Mme H. _____ a été hospitalisée à l'Hôpital de [...], apparemment pour un sevrage aux opiacés, dans le contexte d'un état d'épuisement.

Lorsque nous l'examinons, il s'agit d'une patiente qui se déplace avec deux cannes anglaises, en grimaçant, à vitesse particulièrement réduite, avec une boiterie relativement atypique en décharge de la jambe droite. Par contre, durant l'entretien et les tests psychométriques, Mme H. _____ peut rester assise sans devoir se lever pour signaler son inconfort. Les mouvements spontanés sont tout à fait normaux, y compris en rotation de la colonne.

Mme H. _____ est globalement souriante, volubile. Le discours est très imagé, chez une patiente à l'esprit vif. Elle donne de nombreux détails sur son histoire personnelle. Il y a une certaine émotivité, mais pas de dépressivité marquée. Mme H. _____ se dit d'ailleurs essentiellement limitée par ses lombalgies, avec irradiation au niveau cervical et des deux jambes.

On retient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, actuellement sub-clinique, sur fond d'un probable trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique.

Le caractère très marqué, l'importance des plaintes alléguées et le handicap subjectif sont surtout l'expression de la personnalité de Mme H. _____ qui s'organise ici sur un mode histrionique, avec quelques traits infantiles. On ne peut pas parler d'un trouble de la personnalité décompensée, car Mme H. _____ bénéficie d'un environnement conjugal, familial et social particulièrement satisfaisant.

CAPACITE DE TRAVAIL

Dans les troubles somatoformes douloureux, les critères nécessaires, selon Foerster, pour confirmer le caractère insurmontable autrement dit la diminution de l'exigibilité d'un effort de volonté suffisant, sont l'existence d'une comorbidité psychiatrique. [...]

Mme H._____ ne présente pas de comorbidité majeure. Il existe un environnement familial et social tout à fait favorable. La personnalité histrionique ne l'a pas empêchée de travailler jusqu'aux faits qui nous occupent. Enfin, retenons que l'assurée ne bénéficie pas de traitement antidépresseur, même si elle dispose d'un soutien psychologique bienvenu auprès du Dr M._____. »

Dans un courrier du 14 octobre 2011 au médecin-conseil de T._____, le Dr N._____ s'est exprimé comme suit :

« Vous nous avez fait parvenir en date du 12.10.2011 le courrier du Dr W._____ du 06.10.2011 faisant opposition à votre décision de mettre un terme aux versements des prestations de votre assurée dès le 01.11.2011.

En substance, le Dr W._____ confirme les diagnostics de "*personnalité histrionique et trouble de l'adaptation de type dépressif actuellement léger à moyen*" tels que je les avais retenus. Il fait néanmoins valoir que l'assurée présente des problèmes rhumatologiques en mettant en annexe le rapport du 30.03.2011 du Service de rhumatologie du G._____ (Dresses [...] et [...]), ainsi que le rapport du 22.03.2011 de la Clinique de [...] (Dr S._____).

Le rapport de l'Hôpital orthopédique du G._____ parle d'un "*probable syndrome fibromyalgique*" et celui du Dr S._____ de "*rachialgies aiguës non déficitaires*". En d'autres termes, ces deux courriers suggèrent l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Rappelons que selon la doctrine médicale les symptômes dépressifs qui accompagnent les douleurs chroniques constituent des manifestations réactives d'accompagnement de ces douleurs, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome, d'une fibromyalgie ou un trouble somatoforme douloureux.

En conséquence, nous maintenons les conclusions de notre expertise. La différence d'appréciation est habituelle avec ces personnalités du registre histrionique, le médecin traitant faisant par définition le postulat de sincérité de son patient, ce que l'on ne saurait lui reprocher. »

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2011, le Dr W._____ a fait état d'une probable fibromyalgie et d'une hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de [...] pour épuisement et état dépressif. L'assurée présentait toujours des douleurs articulaires diffuses et invalidantes. L'aide à domicile était renforcée. La patiente se déplaçait avec des béquilles. Une consultation auprès du Dr B._____, spécialiste en neurologie, faisait état également d'un trouble somatoforme majeurs et d'un syndrome de conversion (courrier du 22 septembre 2011 au Dr W._____).

Dans un rapport du 20 janvier 2012, le Dr M._____ a mentionné un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis dix ans et un épuisement dépressif secondaire depuis l'été 2010. L'incapacité de travail était totale.

Dans un projet de décision du 16 février 2012, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a informé l'assurée de son intention de lui refuser les prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 15 mars 2012, le Dr M._____ a relevé que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif sévère, sans trouble psychotique, mais avec un trouble de la concentration marqué, une mémoire de fixation troublée, une inhibition psychomotrice intense, une tristesse profonde, un ralentissement idéique et moteur, une perte de poids et de fortes idéations suicidaires. Par ailleurs, elle souffrait de troubles fonctionnels intenses et handicapants. Elle était incapable de s'occuper de son propre ménage, ne sortait qu'avec peine de chez elle. Elle présentait une perte d'intégration sociale nette et manifeste dans les toutes les manifestations de la vie. L'état psychique était malheureusement cristallisé par de nombreuses années de souffrances physiques et psychiques, et les divers traitements ou hospitalisations n'avaient pas apporté le bénéfice thérapeutique escompté.

Par décision du 19 avril 2012, l'OAI a confirmé son préavis du 16 février 2012. Dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, il a exposé que l'assurée présentait une fibromyalgie ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive sub-clinique non invalidants au sens de l'assurance-invalidité.

B. Par acte du 1^{er} juin 2012, H._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique indépendante, combinée à une expertise rhumatologique

et/ou de médecine interne. La recourante soutient qu'elle souffre de douleurs articulaires et que l'ensemble des symptômes qu'elle présente ne peut pas être totalement expliqué par les diagnostics psychiatriques retenus par le Dr N._____, de sorte qu'il est nécessaire de mettre en œuvre une expertise rhumatologique et/ou de médecine interne.

Par une écriture complémentaire du 19 juin 2012, la recourante a produit un lot de pièces, en particulier les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 5 avril 2012 du Dr F._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, lequel mentionne ce qui suit :

« Depuis 2-3 ans la situation est décrite comme allant de mal en pis avec apparition de douleurs du bas-ventre, pesanteur du bas-ventre, pollakiurie, nycturie, besoins urgents mal maîtrisables et incontinence urinaire à l'effort à vrai dire pour cette dernière pratiquement très modeste. Présence également de troubles mictionnels.

En même temps apparition d'une symptomatologie de douleurs dorsales, empêchant la patiente de marcher (la patiente est venue à ma consultation avec des cannes : extrêmement démonstrative). [...]

Nous pouvons donc parler :

- d'une vessie hyperactive de type occasionnellement humide avec un substrat urodynamique de vessie hyperactive, hypo-capacitative, normo-compliante et stable.
- d'une incontinence urinaire à l'effort minime avec diminution de la pression de clôture à l'effort et profil incontinent en position couchée.
- de troubles mictionnels avec, comme substrat urodynamique, un flux urinaire maximal amorti et un détrusor hyper-contractile sans résidu post-mictionnel important.
- urétrocystoscopie normale.
- suspicion de fibromyalgie, sclérose en plaques en voie d'investigation.
- trouble fonctionnel chez une patiente dépressive et démonstrative. »

Le Dr F._____ relève que la présence d'une fibromyalgie est souvent accompagnée d'une symptomatologie de vessie hyperactive ;

- un rapport du 31 mai 2012 du Dr M._____, dont la teneur est la suivante :

« A la demande de la patiente, je peux vous préciser que Madame H._____ est actuellement hospitalisée à L'hôpital psychiatrique de [...].

Elle souffre, du point de vue strictement psychiatrique, d'un trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'une probable fibromyalgie. Un trouble de la concentration est manifeste, la mémoire de fixation est défaillante et une inhibition psychomotrice importante est observée. Elle présente une tristesse profonde, un ralentissement idéique et moteur, une perte pondérale et de fortes idéations suicidaires. Par ailleurs, la patiente souffre de troubles fonctionnels importants et handicapants. Elle est incapable de s'occuper de son propre ménage, elle ne sort qu'avec peine de chez elle. Elle présente une perte d'intégration sociale évidente dans quasi toutes les manifestations de la vie. L'état psychique est malheureusement cristallisé par de nombreuses années de souffrances physiques et psychiques. Les divers traitements ou hospitalisations n'ont pas apporté le bénéfice thérapeutique escompté. » ;

- un rapport du 1^{er} juin 2012 du Dr W._____, à la teneur suivante :

« [...] Depuis 2010, Madame H._____ note une péjoration des douleurs dorsales, lombaires, de l'épaule droite et du genou droit déjà présentes il y a quelques années. Alors que les douleurs sont déjà en nette augmentation, Madame H._____ a été victime d'un accident sur la voie publique en fin 2010 lorsque sa voiture a été percutée par l'arrière. Cet accident a temporairement augmenté son syndrome douloureux. Depuis cette époque, Madame H._____ n'a plus pu travailler. Elle a finalement été licenciée. L'évolution a été marquée par une aggravation du syndrome douloureux avec des troubles du sommeil de plus en plus importants, une difficulté de plus en plus importante à se mobiliser, malgré l'aide du CMS (les soins à domicile). Actuellement, la patiente semble se déplacer uniquement en chaise roulante ou avec des cannes. Une hospitalisation à l'Hôpital de [...] a été organisée au vu de l'impossibilité d'une prise en charge à la maison.

Du point du vue médical, il faut mentionner des notions de lombalgies de longue date ainsi que des troubles dépressifs récurrents. En 2004 puis en 2006, la patiente a présenté des symptômes neurologiques multiples investigués au service de neurologie du G._____ sans qu'un diagnostic précis ait pu être posé. En 2007, Madame H._____ a bénéficié d'une hospitalisation dans le service de rhumatologie du G._____ pour des douleurs articulaires multiples. Un diagnostic de spondylarthropathie HLA B27 négative a été posé dans un premier temps. Toutefois, au vu de l'évolution, de l'absence de réponse au traitement, une réévaluation du diagnostic a été faite par les rhumatologues et un diagnostic de probable fibromyalgie a été posé.

En 2007, la patiente avait bénéficié d'une gastroscopie mettant en évidence une gastrite chronique à l'Helicobacter. Les traitements d'éradication ont pu être mis en place. Toutefois, la patiente présente des douleurs abdominales fréquentes avec des vomissements par période quotidiens. Une gastroscopie faite en décembre 2011 par le Docteur C. _____ montrait un status dans la norme. Une coloscopie a aussi été faite, également dans la norme. La patiente a bénéficié de deux scanners abdominaux au vu d'évaluer de possibles troubles urinaires. Ces examens étaient dans la norme. Finalement, Madame H. _____ a bénéficié d'un bilan urodynamique auprès du Docteur F. _____ qui concluait à une vessie hyperactive n'expliquant pas les symptômes douloureux.

L'évolution est donc défavorable malgré de multiples investigations ne permettant pas de mettre clairement en évidence une pathologie correspondant à l'importance des symptômes. Dans le cadre de son arrêt de travail, la patiente est en conflit avec l'assurance perte de gain qui a demandé une évaluation auprès du Docteur N. _____, lequel conclut à un syndrome somatoforme douloureux dans le cadre d'une personnalité de type histrionique. Il semble que la demande d'une rente AI a été refusée.

Les derniers mois ont été marqués par une péjoration de son état avec une hospitalisation à l' [...] du 1^{er} au 11 mai 2012 où une réévaluation faite a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique ainsi que d'une anémie limite arégénérative. Le retour à domicile a été difficile, et il a fallu organiser l'hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de [...] récemment. A noter qu'une consultation neurologique devait être organisée qui n'a pas pu avoir lieu au vu de la nécessité des hospitalisations. Ceci est encore quelques chose à faire dans le cadre d'une réévaluation de son bilan. ».

Dans sa réponse du 10 septembre 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Il constate avoir instruit l'ensemble de la problématique médicale de la recourante en se basant notamment sur les rapports médicaux des médecins traitants et sur le rapport d'expertise du Dr N. _____, lequel exclut toute atteinte psychiatrique. Sous l'angle somatique, les spécialistes consultés par l'assurée s'accordent à exclure la présence de pathologies (cf. notamment les rapports des Dr R. _____ du 22 octobre 2009, du Dr B. _____ du 22 septembre 2011, du Dr V. _____ du 28 décembre 2011 et du Dr Q. _____ du 29 décembre 2011). Les rapports du Dr F. _____ du 5 avril 2012, du Dr M. _____ du 31 mai 2012 et du Dr W. _____ du 1^{er} juin 2012 produits par la recourante à l'appui de son recours ne permettent pas de modifier la position de l'OAI.

Par réplique du 12 novembre 2012, la recourante fait état de nouvelles hospitalisations et produit un rapport établi le 2 octobre 2012

par les médecins de l'Hôpital de [...] ainsi qu'un rapport du 17 octobre 2012 du Dr S._____, dont la teneur est la suivante :

« **Diagnostic**

Polyarthralgies et polyalgies dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique depuis 2006 au décours d'une extraction dentaire

- Diagnostic différentiel : 1. spondylarthropathie
- 2. Déficit en vitaminé D et Vitamine B12

Antécédents et comorbidités

Anémie de Biermer avec anticorps anti-cellules pariétales positifs en 2007 et 2011

Gonalgies droites avec petit épanchement et limitation de mobilité

- Chutes à répétition sur lâchages de ce genou
- Gonarthrose débutante prédominant aux compartiments fémoraux-tibiaux internes (Rx et IRM 4.7.11)
- Genou valgus
- Infiltration intraarticulaire de Diprophos le 16.8.2011
- Infiltration intraarticulaire de Diprophos et d'Ostenil plus

Vessie hyperactive et incontinence à l'effort (investigations par le Prof. F._____)

Notion de névralgie du trijumeau à gauche et troubles sensitifs de l'hémicorps gauche pendant 6 mois d'origine indéterminés en 2006 dans les suites d'extraction dentaire, investigation au G._____ en neurologie

Colite du colon ascendant à Campylobacter jejuni en 2009

Gastrite à Helicobacter pylori en 2008

Accident de voiture le 29.11.2010 traumatisme dorsal et lombaire et aggravation des plaintes de l'épaule droite

[...]

Mon impression est que les douleurs présentées par Mme H._____ sont au moins en partie de type somatoformes et qu'elles s'inscrivent dans le contexte de troubles de conversion. Cette impression devrait être confirmée ou infirmée par un psychiatre. Sur le plan psychiatrique Mme H._____ est en traitement à la consultation du Dr M._____.

Il est possible que par la suite Mme H._____ développe des signes et des symptômes permettant de caractériser un rhumatisme inflammatoire accessible à un traitement spécifique.

L'incapacité de travail est de 100% à partir du 17.1.2011 comme employée de maison ou dans les professions de la restauration-hôtellerie. Il n'y a actuellement pas d'activité adaptée. Toutes les activités impliquant l'appareil locomoteur sont très fortement limitées, Mme H._____ ayant besoin de moyens auxiliaires pour se déplacer. D'autre part Mme H._____ n'est pas en mesure de se concentrer. »

Par duplique du 27 novembre 2012, l'OAI se réfère à l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 20 novembre 2012 pour retenir que les pièces produites ne font état d'aucun élément objectif nouveau jusqu'à la date de la décision querellée.

Le 20 juin 2013, le juge instructeur a décidé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 2 octobre 2013, le Dr K._____ a écrit les lignes qui suivent :

« En voyant arriver l'intéressée porteuse d'une canne, souffreteuse et manifestant des douleurs et une détresse de façon particulièrement théâtrale, j'ai immédiatement compris que l'évaluation serait difficile.

Le mari de Mme H._____ m'a par ailleurs informé qu'il y avait une situation de crise avec de récentes hospitalisations et le projet d'une autre prise en charge stationnaire ces tous prochains jours.

J'ai pu effectuer normalement une évaluation procédant avec beaucoup de tact. Je pensais avoir une petite chance de pouvoir mener mon évaluation à termes après avoir convoqué l'intéressée pour une deuxième consultation.

Au moment où j'ai fait rentrer M. H._____ pour lui donner des informations sur la suite de la procédure d'expertise et sur la nécessité d'effectuer un examen sanguin pour contrôler l'observance de la prescription médicamenteuse, l'intéressée s'est laissée glisser au sol et s'est montrée prise de râles et de soubresauts qui n'avaient d'inquiétant que le risque qu'elle se cogne méchamment la tête contre un meuble ou contre le sol.

L'époux de l'assurée l'a contenue physiquement et lui a donné la médication en réserve dans ces cas-là. L'intéressée a continué à s'agiter. Le mari de Mme H._____ m'a finalement demandé d'appeler une ambulance. L'intéressée a été admise aux urgences de l'hôpital de [...]. J'ai donné les informations nécessaires au médecin chef de ce service et répondu au médecin assistant des urgences pour lui donner des informations complémentaires en fin de journée. Je sais que Mme H._____ a pu rentrer à domicile dans la soirée.

En l'état, je pense qu'il n'est pas possible que je mène ce mandat à terme. Une telle situation devrait faire l'objet d'une expertise dans un centre où il y a des lits et des moyens d'assumer un comportement aussi imprévisible. Un examen pluridisciplinaire neurologique, rhumatologique et psychiatrique pourrait enfin entrer en ligne de compte, sachant que l'intéressée relève

vraisemblablement d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique. »

Invitée à se déterminer sur la suggestion de l'expert K. _____ de mettre en place une expertise pluridisciplinaire neurologique, rhumatologique et psychiatrique dans un établissement approprié, la recourante s'est ralliée à cette proposition dans ses déterminations du 12 novembre 2013.

Par déterminations du 25 novembre 2013, l'OAI n'a pas estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neurologique, rhumatologique et psychiatrique, au motif que le Dr K. _____, à l'instar du Dr N. _____, avait constaté le caractère démonstratif de la recourante dans ses plaintes. Sur le plan somatique, les rapports produits par la recourante n'apportaient pas d'éléments déterminants nouveaux.

La recourante a été hospitalisée du 11 au 16 décembre 2013 dans le Département de Psychiatrie de l'Hôpital de [...]. Il ressort de l'avis de sortie du 31 décembre 2013, rédigé par les Drs Z. _____ et E. _____, ce qui suit :

« Il s'agit d'une patiente de 35 ans, connue de l'hôpital de [...] pour des troubles dépressifs récurrents, trouble de la personnalité mixte et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Notion d'enfance difficile et difficultés relationnelles précoces.

Hospitalisation à l' [...] sous PLAFa médical pour mise à l'abri des idées suicidaires et passage à l'acte avec ingestion des médicaments dans un contexte d'un épuisement et d'un état dépressif récurrent. La patiente demande elle-même une hospitalisation à cause d'un épuisement psychique en raison des critiques des connaissances qui lui téléphonent ou l'arrêtent dans la rue. Elle n'arrive pas à gérer ces critiques.

Le projet thérapeutique pendant l'hospitalisation a été la gestion des émotions et de l'impulsivité de la patiente et la mise en place de stratégies pour faire face à la confrontation ou à la curiosité des autres.

Evolution clinique globalement positive. Absence d'idées suicidaires à la sortie.

Diagnostic (CIM-10) :

Épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32. 10)
Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.40)
Probable Trouble de la Personnalité Mixte (F61.0)

En réinvestiguant la symptomatologie, nous évoquons l'hypothèse d'une maladie de Parkinson. La patiente prendra un rendez-vous auprès de Dr I._____ . »

Par déterminations du 17 février 2014, l'OAI a indiqué avoir soumis pour appréciation au SMR l'avis de sortie de l'assurée, établi à la suite de son séjour à l'Hôpital de [...]. Selon l'avis du 5 février 2014, le SMR estime qu'il serait effectivement opportun de réaliser, avec monitoring du traitement de l'intéressée, une expertise pluridisciplinaire, laquelle investiguerait sur les versants neurologique, rhumatologique et psychiatrique, tel que le suggérait le Dr K._____ dans sa correspondance du 2 octobre 2013. Le SMR s'exprime à cet égard notamment comme il suit :

« [...] Par la suite, en cours de procédure contentieuse, la CASSO a décidé de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr K._____, psychiatre. Ce dernier estime le 02.10.13 après examen de cette intéressée de 35 ans qu'une expertise dans un centre est nécessaire dans la mesure où l'assurée peut avoir un comportement imprévisible et qu'il n'envisage pas pouvoir mener son mandat d'expertise à terme. Il ajoute qu'une expertise pluridisciplinaire neurologique, rhumatologique et psychiatrique pourrait entrer en ligne de compte sachant que l'intéressée relève d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans déficit organique précis [...]. Le service juridique de l'Office corrobore dans son courrier du 25.11.13 la démonstrativité de l'assurée, comme l'a constaté lors de son expertise le Dr N._____ le 30.08.11. Nous savons par ailleurs que la dernière crise de l'assurée lors de l'expertise du Dr K._____ s'est terminée par la sortie des urgences de l'Hôpital de [...], le soir même.

Un nouveau courrier de l'avocat de la partie adverse nous informe que celle-ci admet le principe d'une expertise pluridisciplinaire neurologique, rhumatologique et psychiatrique. Nous recevons un avis de sortie du 31.12.13 suite au séjour de l'assurée à l'Hôpital de [...] entre le 11 et le 16.12.13. L'Hôpital atteste un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, un syndrome douloureux persistant et un probable trouble de la personnalité. Il existerait par ailleurs (à 35 ans !), un syndrome parkinsonien. Vous demandez si sur la base de ces documents, nous estimons nécessaire de mettre en place une expertise pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique).

Notre position : si la situation paraît entendue sur le plan psychiatrique après 2 expertises, et l'assurée refusant le monitoring

de son traitement, il convient après la courte lettre de sortie de l'Hôpital de [...] et la conflictualité de ce dossier, de réaliser cette expertise pluridisciplinaire à la CRR de Sion, tant que se peut.

Au total, afin de déterminer précisément la CT, ainsi que les LF, nous recommandons de réaliser :

une expertise pluridisciplinaire : neurologique, rhumatologique et psychiatrique (avec monitoring).

Nous reverrons le dossier ultérieurement dès que nous disposerons des éléments demandés. »

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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier à la recourante le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme 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). 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 (art. 6 LPGA).

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (cf. art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA).

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 nécessaires 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 en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 261 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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. 2c, 105 V 156 consid. 1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

5. La décision de refus de prestations de l'OAI se fonde essentiellement sur l'expertise psychiatrique du Dr N._____ et retient que la recourante présente une fibromyalgie ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive sub-clinique non invalidants. Le volet somatique ainsi que les différents rapports médicaux s'y rapportant n'ont pas été particulièrement pris en compte par la décision de l'OAI.

Il ressort des différents rapports médicaux au dossier que la recourante a été hospitalisée à plusieurs reprises dans différents services hospitaliers (neurologique, rhumatologique et psychiatrique). Les spécialistes consultés ne sont toutefois pas parvenus à poser un diagnostic. L'OAI n'a par ailleurs jamais procédé à une expertise somatique de la recourante. Du reste, aucune synthèse des différents examens auxquels l'assurée a été soumise n'a été effectuée.

Ainsi, en 2004 puis en 2006, elle a présenté des symptômes neurologiques investigués au G._____ et, en 2007, a été hospitalisée dans le service de rhumatologie du G._____ pour des douleurs

articulaires multiples. Un diagnostic de spondylarthropathie a été posé dans un premier temps, puis de probable fibromyalgie. Depuis 2010 et la survenance d'un accident de la circulation, le syndrome douloureux s'est aggravé avec des troubles du sommeil de plus en plus importants, une difficulté de plus en plus importante à se mobiliser, la recourante paraissant pouvoir se déplacer uniquement en chaise roulante ou avec des cannes. La prise en charge de la recourante à la maison devenant impossible, plusieurs hospitalisations ont été prévues auprès du service psychiatrique de l'Hôpital de [...] (cf. rapport du Dr W._____ du 1^{er} juin 2012).

Les Drs M._____, W._____ et S._____ s'accordent pour retenir que l'évolution de l'état de santé de la recourante est défavorable malgré de multiples investigations ne permettant pas de mettre clairement en évidence une pathologie correspondant à l'importance des symptômes. Les diagnostics de probable fibromyalgie ainsi que de troubles de conversion ont été posés à plusieurs reprises. Selon le Dr M._____, l'assurée souffre d'un trouble dépressif sévère sans symptômes psychotique et d'une probable fibromyalgie. Elle présente également un trouble de la concentration marqué, une mémoire de fixation défaillante, une inhibition psychomotrice importante, une tristesse profonde, un ralentissement idéique et moteur, une perte de poids, de fortes idéations suicidaires et des troubles fonctionnels importants et handicapants. Le Dr S._____ relève pour sa part qu'il n'y a pas d'activité adaptée à l'état de santé de la recourante, toutes les activités impliquant l'appareil locomoteur étant très fortement limitées, la recourante ayant besoin de moyens auxiliaires pour se déplacer et n'étant pas en mesure de se concentrer.

Dans son courrier du 2 octobre 2013, le Dr K._____ a préconisé la mise en œuvre d'un examen pluridisciplinaire neurologique, rhumatologique et psychiatrique dans un établissement pouvant assumer un comportement imprévisible de la recourante, sachant qu'elle relève vraisemblablement d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique. Il indique également que la recourante a

dû être hospitalisée en urgence lors de sa consultation. Faisant suite à une nouvelle hospitalisation du 11 au 16 décembre 2013 au Département de Psychiatrie de l'Hôpital de [...], les Drs Z._____ et E._____ ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.40) et de probable trouble de la personnalité mixte (F61.0). En réinvestiguant la symptomatologie, ils évoquent l'hypothèse d'une maladie de Parkinson.

Au vu des considérations médicales précitées, il est nécessaire d'analyser l'état de santé de la recourante dans sa globalité. Dans un avis du 5 février 2014, le SMR a estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire neurologique, rhumatologique et psychiatrique, afin de déterminer précisément la capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles de la recourante. Dans ses déterminations du 17 février 2014, l'OAI s'est rallié à l'avis médical du 5 février 2014 et a convenu de la nécessité de procéder à un complément d'instruction.

6. A la lumière des éléments exposés ci-avant, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux incidences des atteintes physiques et psychiques que présente la recourante sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'intimé s'avère dès lors insuffisante et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le

renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des lacunes d'instruction constatées, il s'avère que l'état de santé de la recourante dans sa globalité n'a pas été constaté de manière complète et que les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pas pu être établies de manière probante, ce dont l'OAI convient. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPG, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra en définitive à l'OAI de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, neurologique (éventuellement neuropsychologique au vu des problèmes de concentration relevés par le Dr M. _____), rhumatologique et psychiatrique (avec monitoring), dans un cadre qui permettra d'assumer les comportements imprévisibles de la recourante, et de rendre ensuite une nouvelle décision (cf. art. 44 LPG).

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 19 avril 2012 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit aux prestations de la recourante.

b) 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 LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 500 fr. à la charge de l'intimé débouté.

c) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD). Leur montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD ; ATF 135 V 473 consid. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 19 avril 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 2000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me François Besse (pour H. _____)
- 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 :