

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 octobre 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Pasche et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

L._____, à **Q.**_____, recourante, représentée par le Centre social protestant, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissante suisse, née en 1969, L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce, a travaillé en qualité de secrétaire au service de l'Atelier U._____ SA dès le 1^{er} septembre 1999. Dès le 1^{er} septembre 2009, elle a œuvré à 80% avant d'être en incapacité complète de travail à compter du 1^{er} mars 2011.

Le 4 mai 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). S'agissant de l'atteinte à la santé, elle a fait valoir une malnutrition protéino-calorique d'origine indéterminée, existant depuis 2009.

Procédant à l'instruction du dossier, l'office AI a recueilli de nombreux rapports médicaux dont il ressort pour l'essentiel que l'assurée présente depuis l'enfance des troubles de l'alimentation accompagnés de problèmes digestifs. En décembre 1993, elle a bénéficié d'une duodéno-jéjunostomie latéro-latérale, en raison d'une pince mésentérique qui occasionnait des troubles digestifs. Ces derniers sont de nouveau apparus en 2003. Une intolérance au lactose a été mise en évidence en 2005 et a permis la réduction de ces troubles. Sur le plan gastroentérologique, plusieurs essais de traitements médicamenteux n'ont pas été tolérés. L'assurée a bénéficié d'une consultation allergologique en mars 2010 qui a montré un terrain atopique avec une hypersensibilité asymptomatique au Plantain. Le bilan endocrinologique réalisé en novembre 2010 était sans particularité, de même que le bilan de rhumatologie. Le bilan ORL était normal. En revanche, un bilan urologique avait révélé une sténose urétrale traitée par dilatation. L'assurée a par ailleurs séjourné au service de médecine interne de l'Hôpital C._____ du 18 au 21 janvier 2011, car elle s'était plainte à son médecin traitant (Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale) de l'apparition, depuis une année et demie, d'une fatigue, d'arthralgie migrante intermittente et de malaises avec sensation d'oreilles bouchées, accompagnés de vertiges rotatoires, de

sudation et de nausées. Elle avait encore fait état d'acouphènes bilatéraux apparus en 2006 et d'un manque de prise de poids malgré une alimentation riche.

A la suite d'un bilan nutritionnel ayant mis en évidence une alimentation déséquilibrée avec évitement de certains aliments, l'assurée a entrepris dès le mois de mars 2011 un suivi psychiatrique auprès du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 9 novembre 2011 à l'office AI, il a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de trouble de l'alimentation, sans précision (F 50.9) et de personnalité avec des traits obsessionnels et perfectionnistes (F 60). Il a considéré que la capacité de travail était complète dans l'activité de secrétaire de direction, en l'absence de restrictions sur le plan psychologique.

En date du 6 janvier 2012 (date d'indexation), le service de gastro-entérologie et d'hépatologie de l'Hôpital C._____ a fait parvenir à l'office AI une copie d'un rapport du 18 octobre 2011 à l'intention du Dr E._____, sous la plume des Drs G._____, médecin associé, et V._____, médecin assistant. Les diagnostics suivants étaient posés : syndrome douloureux abdominal d'origine indéterminée soit un probable syndrome du côlon irritable, une intolérance au lactose, un status post duodénojunostomie latérale en 1993 pour pince mésentérique, une insuffisance pondérale chronique avec un BMI à 16 kg par m² et une ostéoporose probablement d'origine carencielle. Dans le rappel anamnestique, il était relevé que de multiples investigations gastroentérologique, radiologique, endocrinologique, immunoallergologique ainsi que otorhinolaryngologique s'étaient toutes avérées non contributives. Deux hospitalisations à l'Hôpital C._____ n'avaient par ailleurs pas pu mettre en évidence de pathologie somatique claire. Les auteurs du rapport estimaient que l'assurée présentait une symptomatologie digestive difficilement caractérisable. A leur avis, cette pathologie digestive semblait d'origine fonctionnelle avec une évolution bénigne sur plusieurs années. Une composante psychogène associée à des troubles alimentaires leur paraissait cependant indéniable. C'est la

raison pour laquelle, seul leur paraissait adéquat un traitement de soutien psychologique, nutritionnel et symptomatique.

Invité par l'office AI à répondre à diverses questions complémentaires, le Dr F._____ a déposé son rapport indexé en date du 15 mai 2012. Il a notamment indiqué que l'assurée ne présentait pas d'état dépressif majeur ou léger, ni de symptomatologie phobique particulière, de maladie de la dépendance ou de symptômes de la lignée psychotique. Ayant concédé qu'il était dans ces conditions difficile de se prononcer sur l'éventuelle capacité de travail résiduelle de l'intéressée, il a suggéré la mise en œuvre par le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) d'un examen clinique en médecine interne et en psychiatrie. Cette proposition a été suivie par le Dr X._____, médecin au SMR, dans un avis médical du 6 juin 2012.

Un examen clinique rhumatologique, de médecine interne et psychiatrique a été effectué en date du 3 octobre 2012 au SMR par les Drs M._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 9 octobre suivant, ils n'ont retenu aucun diagnostic affectant durablement la capacité de travail. En revanche, ils ont posé les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail :

- Insuffisance pondérale chronique avec BMI à 16. E 45.
- Syndrome douloureux abdominal d'origine indéterminée, avec probable syndrome du côlon irritable. K 58.9.
- Intolérance au lactose. E 73.8.
- Status après duodéno-jéjunostomie latérale en 1993 pour pince mésentérique.
- Hypotension artérielle.
- Ostéoporose probablement d'origine carencielle.
- Cervicalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs modérés du rachis cervical. M 54.2.
- Epicondylite droite au décours. M 77.1.
- Discrète arthrose nodulaire des doigts. M 19.0.

- Anomalie transitionnelle lombosacrée.
- Probable lipome au niveau de la faux du cerveau latéralisé à droite, sans syndrome compressif.
- Trouble de la personnalité anankastique, non décompensé. F 60.5.
- Trouble de l'alimentation, sans précision. F 50.9.

Au vu de ces diagnostics, les médecins prénommés ont retenu des limitations fonctionnelles qui étaient respectées dans le cadre de l'activité habituelle de l'assurée, à savoir secrétaire. Ces limitations étaient formulées de la manière suivante :

« Insuffisance pondérale : pas de lever de charges de plus de 5 kg. Pas d'activité nécessitant des efforts.

Hypotension : pas de travail en hauteur, pas de franchissement d'escabeaux ou d'échelles. Pas de travail comportant des risques importants d'accident.

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 1x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. Pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque.

Epicondylite droite au décours : pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit. »

Sur cette base, ils ont conclu que la capacité de travail de l'assurée était complète dans l'activité de secrétaire. Ils ont par ailleurs relevé que tel était également l'avis des gastro-entérologues d'un point de vue purement gastro-entérologique. Quant au plan psychiatrique, les Drs M._____ et A._____ ont considéré que l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie à caractère incapacitant de sorte que sa capacité de travail exigible sur ce plan était entière dans toute activité. Ces médecins se sont ainsi écartés de l'évaluation faite par le Dr E._____, médecin traitant, lequel attestait d'une incapacité de travail complète, pour laquelle ils ont admis qu'ils n'avaient aucun argument gastro-entérologique, général, psychiatrique ou rhumatologique.

Se prononçant sur les conclusions de l'évaluation effectuée par les Drs M. _____ et A. _____, le Dr X. _____ a écrit dans un rapport du 18 octobre 2012 que, selon cet examen, il n'y avait pas d'incapacité de travail durable. Quant à la capacité de travail, elle avait toujours été complète depuis septembre 2009 en qualité de secrétaire, hormis des périodes d'incapacité de travail transitoire totale en rapport avec les hospitalisations. L'activité habituelle de secrétaire étant adaptée, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, de sorte que la capacité de travail était entière. En conséquence, le Dr X. _____ a entériné les conclusions de ses confrères du SMR, celles-ci étant à son avis justes et convaincantes au regard de la maladie et du métier exercé par l'assurée.

Par projet de décision du 23 octobre 2012, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui dénier le droit à des prestations de l'AI, au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante.

L'assurée a présenté des objections à l'encontre de ce projet en date du 15 novembre 2012. Elle a indiqué qu'elle ne comprenait pas que deux professionnels de la médecine puissent arriver à des conclusions diamétralement opposées. Par ailleurs, depuis quelques semaines, d'autres symptômes étaient apparus, liés à ses problèmes gastriques, lesquels avaient nécessité des examens complémentaires. Elle a ajouté qu'elle avait énormément de peine à se nourrir et qu'elle avait encore perdu du poids, ce qui avait entraîné de pénibles malaises quotidiens ainsi qu'un épuisement total, son médecin traitant le Dr E. _____ se tenant à disposition à ce sujet. Elle a finalement précisé qu'elle recevrait sa lettre de congé, faute de pouvoir travailler quelques heures par semaine à domicile.

Dans le délai prolongé accordé par l'administration, l'assurée, désormais représentée par le Centre social protestant, a, en date du 15 mars 2013, précisé l'argumentation développée précédemment. Elle a étayé son point de vue par la production de divers documents médicaux établis entre les mois de janvier et mars 2013 (compte rendu de vidange gastrique aux solides du 7 janvier 2013, entéro IRM du 12 février 2013,

rapport d'une duodéoscopie gastro-oesophagienne du 26 février 2013 ainsi qu'une lettre du 6 mars 2013 du Dr T._____, médecin adjoint au service de chirurgie viscérale de l'Hôpital C._____, au Dr E._____, médecin traitant, à la suite d'une consultation ayant eu lieu la veille). Bien qu'ayant annoncé les avoir joints, la recourante n'a pas annexé à sa correspondance les rapports de consultation gastro-entérologique des 16 août et 27 septembre 2011 du Dr G._____. L'assurée a contesté la conclusion des médecins examinateurs du SMR, selon laquelle elle disposerait d'une capacité de travail entière. Le simple constat d'insuffisance pondérale chronique laissait à penser qu'elle était sans force et dans l'impossibilité de résister à la consommation d'énergie physique demandée par une journée de travail. Par ailleurs, les conséquences de l'hypotension (évanouissement ou chutes) combinées à l'ostéoporose conduisaient à la conclusion que de longues absences d'un lieu où elle pouvait se reposer et reprendre des forces était contre indiquée. De surcroît, il n'y avait nul besoin de décrire les conséquences d'une chute chez une personne atteinte d'ostéoporose. S'agissant des documents produits, ceux-ci faisaient état d'une gastroparésie, d'un pyrosis, d'une anorexie non avouée, d'une cachexie alimentaire, d'une extrême faiblesse et d'une perte de poids allant s'accroissant. Ainsi, pour une taille de 159 cm, le poids de l'assurée s'élevait à 40,5 kg le 7 janvier 2013 pour s'abaisser à 39 kg le 5 mars suivant. On extrait encore le passage suivant de la lettre écrite par le Dr T._____ le 6 mars 2013 :

« J'ai organisé une consultation chez notre collègue de nutrition clinique avec une demande de pose d'une sonde d'alimentation naso-jéjunale pour une période d'évaluation et surtout un bilan métabolique complet chez cette patiente qui se dirige vers une forme de cachexie alimentaire. »

Fort de l'ensemble de ces éléments, l'assurée a demandé la mise en œuvre d'une expertise indépendante, aux fins de déterminer sa capacité de travail.

Dans son avis du 2 avril 2013, le Dr X._____ a fait savoir que le SMR maintenait sa position. Il a expliqué que, selon la lettre du Dr T._____ du 6 mars 2013, les examens complémentaires n'avaient rien

mis en évidence et que ce dernier ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail éventuelle de l'assurée. Il a par ailleurs indiqué ne pas être en possession de rapports de consultation en gastro-entérologie des 16 août et 27 septembre 2011 du Dr G. _____, auxquels il était fait allusion dans la lettre de l'assurée du 15 mars 2013. Il a enfin relevé que les arguments médicaux développés par l'assurée ne remettaient pas en question l'appréciation effectuée par le SMR en octobre 2012 et que la valeur probante du rapport dressé à cette occasion l'emportait sur les pièces médicales produites par l'assurée.

Par décision du 5 juin 2013, l'office AI a confirmé son projet du 23 octobre 2012, tendant au rejet de la demande de prestations AI déposée par l'assurée. La motivation était la suivante :

« En date du 3 octobre 2012, vous avez été examinée par un spécialiste en médecine interne et rhumatologie et par un psychiatre auprès du Service Médical Régional AI (SMR).

Il ressort de l'examen clinique du SMR que vous ne présentez aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

On entend par là une affection entravant de façon durable et importante l'exercice d'une activité professionnelle.

Après analyse médicale complète, il n'est retenu aucune atteinte d'un point de vue somatique (gastro-entérologique, général et rhumatologique) susceptible de diminuer votre capacité de travail dans votre activité habituelle d'employée de bureau. De l'examen psychiatrique, il ne ressort aucune singularité psychique capable de nuire également à votre capacité de travail.

En conclusion, l'appréciation des experts ne permet pas de retenir une atteinte à la santé invalidante limitant votre capacité de travail qui est toujours estimée à 100%. »

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office AI a pris position sur les objections présentées par l'assurée en se référant pour l'essentiel aux arguments invoqués par le Dr X. _____ dans son avis du 2 avril 2013. S'agissant des résultats des examens effectués, il a écrit que le « résultat d'OGD » du 26 février 2013 n'était pas très clair, mais en tout cas n'apportait aucune information nouvelle. Celui du 12 février 2013 ne mettait pas en évidence d'anse borgne et rapportait bien une anastomose duodéno-jéjunale perméable. Celui de la vidange gastrique

aux solides, le 20 décembre 2012, indiquait que l'examen s'était déroulé dans des conditions sous-optimales et que la vidange gastrique était simplement ralentie. Il n'y avait donc pas d'effet sur le volume énergétique des ingestats dans le bilan final métabolique. Cet examen était non contributif du fait de critères de qualité non respectés, voire pour documenter une malabsorption.

B. **a)** Par acte du 8 juillet 2013, L. _____ a recouru devant la Cour de céans contre la décision rendue le 5 juin 2013 en concluant à son annulation et à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente d'invalidité. A titre subsidiaire, elle demande que soit ordonnée « une contre-expertise médicale détaillée visant à [déterminer] [s]a capacité résiduelle de travail » et que la décision entreprise soit réformée en tenant compte des résultats de cette contre-expertise. La recourante conteste la capacité de travail qui lui a été reconnue et s'en prend pour l'essentiel à la valeur probante du rapport d'examen du SMR du 9 octobre 2012. Elle s'étonne d'abord que les médecins du SMR puissent retenir que les diagnostics de cachexie et d'ostéoporose probablement d'origine carencielle soient sans effet sur sa capacité de travail. Le fait d'écrire qu'elle a « un bon état général tonique » et « ne paraît pas fatiguée » lui paraît incompatible avec ces diagnostics. Dans ce sens, l'hypotension artérielle diagnostiquée permet à elle seule, au vu des très faibles valeurs enregistrées, de déduire qu'elle est prise de vertiges fréquents et que le simple fait de rester assise longtemps puis de se relever peut conduire à une perte de connaissance. Elle s'interroge ensuite sur la démarche adoptée par les médecins du SMR. Pour nier toute atteinte à la santé invalidante, ces derniers semblent lui appliquer les critères utilisés pour évaluer l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Si elle convient qu'il est difficile en l'état de déterminer de quelle pathologie elle est atteinte, elle considère que les effets de l'atteinte à la santé sont tout à fait objectivables (cachexie, ostéoporose probablement d'origine carencielle et hypotension artérielle). La recourante relève enfin que si l'examen de la vidange gastrique aux solides s'est effectué dans des conditions sous-optimales, cela tient à son avis au fait qu'en raison de ses troubles digestifs, elle n'a pas été en

mesure d'absorber la quantité nécessaire d'ingestats pour que les critères de qualité soient respectés.

La recourante a étayé sa motivation par la production d'une lettre datée du 1^{er} juillet 2013 adressée par le Dr T._____ au Dr E._____, dont on extrait le passage suivant :

« Le poids de la patiente au mois de février de cette année s'élevait à 39 kilos. Actuellement, à la suite d'une pose de sonde nasojéjunale de nutrition, elle pèse à peine 40,5 kilos. Aucune amélioration de ses troubles digestifs n'a pu être observée depuis la dernière consultation. La sonde nasojéjunale n'est pas bien tolérée, preuve étant que la patiente ne reprend pas le poids prévu avec l'équipe de nutrition clinique.

(...) Vu qu'aucun travail physique ne pourrait lui convenir, étant extrêmement faible et cachectique, j'ai proposé d'entamer une procédure auprès de l'Al pour cette jeune patiente qui souffre de troubles digestifs actuellement intractables que ce soit par la chirurgie ou par voie conservatrice. J'ai promis à la patiente de rediscuter avec mes collègues intensivistes et gastro-entérologues pour essayer de tenter une courte hospitalisation dans le service avec introduction de stimulateur de péristaltisme intestinal (néostigmine) qui reste la dernière proposition raisonnable. »

Elle a aussi produit la copie d'un courriel du 4 juillet 2013 émanant du secrétariat du Dr T._____ et adressé à son conseil, à la teneur suivante :

« J'ai transféré vos courriers au Dr T._____ qui, selon les usages du Service, ne peut se déterminer en l'état, notamment sur un taux de travail.

Il vous laisse dès lors déposer la demande Al et statuera sur le rapport que l'Al lui fera certainement parvenir. »

Dans sa réponse du 19 septembre 2013, l'intimé s'est référé au rapport d'examen clinique pluridisciplinaire du SMR du 9 octobre 2012 ainsi qu'à un avis médical du 13 septembre 2013, dans lequel le Dr X._____ s'est déterminé sur la lettre du Dr T._____ produite à l'appui du recours. Il relève en substance que celui-ci ne se prononce à aucun moment sur la capacité de travail de l'assurée et que l'examen du SMR a montré que cette dernière était en bon état général, tonique et ne paraissait ni fatiguée ni fatigable. En outre, les limitations fonctionnelles

retenues par les Drs M._____ et A._____ sont compatibles avec l'activité habituelle de secrétaire, laquelle se révèle dès lors pleinement adaptée à l'état de santé de la recourante, qui ne présente au surplus aucune pathologie à caractère incapacitant sur le plan psychiatrique. Les éléments médicaux avancés ne sont donc pas de nature à remettre en question l'appréciation médicale antérieure. Sur cette base, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

En réplique du 11 octobre 2013, la recourante fait savoir qu'elle maintient ses conclusions, de même que l'intimé dans sa duplique du 4 novembre 2013.

b) Le 19 novembre 2013, la recourante a produit un certificat médical du 18 novembre précédent signé par les Dresses Z._____, médecin associée, et B._____, médecin assistante au service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme de l'Hôpital C._____. Elles ont posé les diagnostics de dénutrition sévère, syndrome douloureux abdominal d'origine indéterminée, intolérance au lactose, status post duodéno-jéjunostomie latérale en 1993 pour pince mésentérique et ostéoporose d'origine carencielle alimentaire. Elles ont indiqué que la dénutrition avait des répercussions fonctionnelles importantes sur l'état général de la patiente en raison d'un déficit protéino-énergétique sévère : fatigabilité de moindre effort et besoin de repos augmenté, faiblesse musculaire importante sur sarcopénie, ralentisseur psychomoteur avec trouble de la concentration et diminution du système immunitaire avec risque augmenté d'infections. Elles ont finalement précisé que l'asthénie et la fatigabilité tant physique qu'intellectuelle de l'assurée représentaient des obstacles majeurs à une activité professionnelle.

En conséquence, la recourante a déclaré maintenir ses conclusions.

A sa lettre du 9 janvier 2014, l'office intimé a joint un avis du SMR du 5 décembre 2013 signé par le Dr X._____. Ce dernier répète que, selon l'examen pluridisciplinaire du SMR d'octobre 2012, il n'existe

pas d'atteinte à la santé incapacitante, que la capacité de travail est entière dans l'activité habituelle et que seul ce rapport d'examen peut se voir conférer une valeur probante. Tel ne saurait à cet égard être le cas du certificat du 18 novembre 2013, signé par la seule Dresse B._____, médecin assistante. Le Dr X._____ souligne par ailleurs que la médecine moderne se fonde sur le principe de l' « evidence based medicine », soit sur des bases scientifiques, et non sur des tests médicaux cliniques, biologiques et radiologiques, lesquels ne mettent rien en évidence.

L'intimé propose par conséquent une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

S'exprimant par lettre du 21 janvier 2014, la recourante relève que le rapport d'examen du SMR du 9 octobre 2012 n'est pas exempt de certaines contradictions de sorte que les conclusions des médecins examinateurs lui paraissent dénuées de valeur probante. En outre, l'absence de diagnostics ne signifie nullement qu'il n'existe pas d'atteinte à la santé incapacitante, les examinateurs du SMR ayant eux-mêmes constaté une ostéoporose, un BMI faible ainsi qu'un manque de force aux membres inférieurs. Elle maintient par conséquent ses conclusions précédentes. Elle demande subsidiairement « qu'une expertise visant à établir [s]a capacité effective de travail (...) par le biais d'un stage d'observation de plusieurs jours soit ordonnée. »

Cette écriture a été transmise pour information à l'office intimé, qui n'a pas réagi.

c) Le 7 octobre 2014, la recourante a produit un certificat médical du 23 juin 2014 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie, suggérant une intervention exploratrice pour déterminer la faisabilité d'une intervention à but curatif auquel était jointe une lettre du 25 septembre 2014 du Dr N._____, spécialiste en chirurgie, adressée à un confrère ORL. A l'instar du Dr P._____, il s'y déclarait favorable à « une exploration chirurgicale par laparoscopie ou laparotomie, pour confectionner une gastrojéjunostomie sur une anse en Y pour faciliter la

vidange gastrique ». La recourante a déduit de ces deux documents l'existence d'une atteinte objective à sa santé.

Ces documents ont été transmis à l'office AI, qui n'a pas réagi.

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]). 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.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieux en l'occurrence le point de savoir si l'assurée présente, en raison de son atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir, selon les conclusions du recours, le droit à une rente d'invalidité.

3. a) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité : un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 16 LPGA, 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.

b) Pour l'évaluation de l'incapacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer

dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_682/2013 du 25 février 2014 consid. 3.2.1).

Consacré à l'art. 61 let. c LPGA, le principe inquisitoire impose au juge de constater les faits d'office, avec la collaboration des parties, et d'administrer les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il appartient au juge de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 et les références).

L'art. 61 let. c LPGA prévoit également le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1 p. 396) ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que lorsqu'une décision administrative, rendue dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants 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 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 consid. 4 p. 467 ss. ; TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

4. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante présente des atteintes à la santé.

S'agissant de l'aspect psychique, le psychiatre traitant F._____ et le SMR s'accordent à dire que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé incapacitante, dans la mesure où les diagnostics retenus n'affectent pas, selon ces médecins, sa capacité de travail. La recourante ne remet pas en cause cette conclusion. En revanche, sur le plan somatique, elle critique le déroulement de l'examen effectué au SMR en octobre 2012 et conteste la capacité de travail entière qui lui a été reconnue à cette occasion. Elle le fait au demeurant exclusivement sous l'angle des troubles gastro-entérologiques dont elle est atteinte, alors même que le SMR a posé des diagnostics relevant d'autres spécialités médicales, telles que la rhumatologie.

Pour justifier la reconnaissance d'une capacité de travail entière, le SMR explique que les diverses investigations gastro-entérologiques, scopiques et radiologiques n'ont pas mis en évidence de causes organiques à la symptomatologie de l'assurée. Par ailleurs, les gastro-entérologues estiment que la capacité de travail est complète du point de vue purement gastro-entérologique. Pour le surplus, selon les experts du SMR, l'assurée leur est apparue tonique et en bon état général. Elle ne leur a semblé ni fatiguée ni fatigable. Tel n'est cependant pas l'avis des médecins dont la recourante a produit les avis en procédure administrative et judiciaire.

a) Dans sa lettre du 18 novembre 2013, la Dresse Z._____ explique que l'assurée souffre d'une dénutrition sévère chronique secondaire à des troubles importants de la vidange gastrique. Elle pose divers diagnostics, tels qu'un syndrome douloureux abdominal d'origine indéterminée et une ostéoporose d'origine carencielle alimentaire. Contrairement aux Drs M._____ et A._____ - qui considèrent que ces

diagnostics n'affectent pas la capacité de travail -, elle estime qu'ils se répercutent sur l'état général de l'intéressée sous la forme d'une fatigabilité au moindre effort, d'une faiblesse musculaire et d'une asthénie. Selon la Dresse Z._____, ces facteurs constitueraient dès lors des obstacles majeurs à la reprise d'une activité professionnelle. De son côté, à l'instar de la médecin prénommée, le Dr T._____ écrit dans sa lettre du 1^{er} juillet 2013 que l'assurée est extrêmement faible et cachectique, de sorte qu'aucun travail physique ne lui est accessible. On peut dès lors douter que l'assurée soit réellement en bon état général, ainsi que le retient le SMR. Par ailleurs, eu égard aux troubles alimentaires et aux carences nutritionnelles que ceux-ci induisent, auxquels s'ajoutent une nutrition entérale au long cours en complément d'une alimentation s'organisant chaque jour autour de 5 à 6 repas, il paraît peu vraisemblable que la capacité de travail de l'intéressée n'en soit pas affectée. On ne voit du reste pas qu'il puisse en aller différemment s'agissant de l'insuffisance pondérale (BMI mesuré à 16), vu la dénutrition que l'assurée présente, celle-ci ayant pour conséquence un affaiblissement profond de l'organisme (cachexie). Dans ce contexte, on peut se demander si une limitation fonctionnelle consistant à éviter les efforts et le soulèvement de charges est suffisante au regard de l'état de santé global de l'assurée. A cet égard, on relèvera que cette dernière présente une hypotension causant des malaises susceptibles d'apparaître à n'importe quel moment. En outre, l'assurée ne peut marcher plus de 15 minutes en raison d'un manque de force aux membres inférieurs. Enfin, des vertiges excluent la station debout au-delà d'une demi-heure. Partant, quand bien même des limitations fonctionnelles ont été reconnues à l'assurée, plusieurs pathologies somatiques affectant cette dernière sont de nature à jeter des doutes sur l'appréciation de la capacité de travail retenue par les médecins du SMR, telle que fondant la position de l'office intimé.

b) Cela étant, d'autres motifs rendent peu convaincantes les constatations médicales effectuées par les médecins du SMR. En premier lieu, il paraît pour le moins hasardeux de reconnaître à l'assurée une capacité de travail totale, au motif que les diverses investigations « n'ont pas permis de trouver une raison somatique au syndrome douloureux

abdominal qui reste donc d'origine indéterminée ». Dans son rapport du 18 octobre 2011, le Dr G._____ retient lui aussi le diagnostic de syndrome douloureux abdominal. Il ne se prononce cependant pas sur la capacité de travail de l'intéressée. Tel n'est en revanche pas le cas de la Dresse Z._____ qui estime que ce même diagnostic, certes associé à d'autres pathologies, exclut toute activité professionnelle. Ainsi, le fait que l'origine d'un syndrome douloureux abdominal n'ait pas encore pu être déterminée n'empêche pas, en soi, la reconnaissance d'une incapacité de travail. Le Dr T._____ relève au demeurant que les troubles digestifs présentés par la recourante ne sont en l'état actuel accessibles à aucun traitement. Les Drs Z._____ et T._____ fondent leur évaluation sur le fait que, même si l'étiologie des troubles gastro-entérologiques présentés demeure incertaine et fait encore l'objet d'investigations complémentaires, il n'en demeure pas moins que les répercussions de ceux-ci sont tout à fait objectivables : fatigabilité, asthénie et affaiblissement général de l'organisme. Leur appréciation de la capacité de travail se rattache dès lors moins à un diagnostic formel qu'aux observations cliniques effectuées. Le raisonnement des médecins du SMR paraît d'autant moins concluant que l'on cherche en vain une prise de position claire de leur part sur l'évolution vers une forme de cachexie alimentaire, la pose d'une sonde d'alimentation pour une période d'évaluation ainsi que la réalisation d'un bilan métabolique complet, mentionnés par le Dr T._____ dans sa lettre du 6 mars 2013. Les médecins du SMR ne se déterminent pas non plus sur la question de savoir si et dans quelle mesure les facteurs mis en exergue par les Drs T._____ et Z._____, tels que fatigue, asthénie et faiblesse, sont de nature à affecter la capacité de travail de l'assurée. Certes, les lettres du 1^{er} juillet 2013 et du 18 novembre 2013 sont postérieures à la date de la décision attaquée. Il n'en demeure pas moins qu'elles se rapportent à des faits antérieurs à celle-ci, de sorte qu'elles ne sauraient sans autre être écartées (cf. par exemple TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 2.2). Quant à l'examen de la vidange gastrique qui se serait déroulé selon le SMR dans des conditions sous-optimales, force est de constater qu'on ignore dans quelle mesure le résultat de cet examen a pu éventuellement être affecté par l'atteinte à la santé de l'assurée. On peut encore se

demander si le fait que les médecins du SMR n'aient pas pris position sur les éléments avancés par le Dr T. _____ et par la Dresse Z. _____ n'est pas dû au fait que l'examen clinique a été confié, pour le volet somatique, à un spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Or il est patent que les problèmes de santé de la recourante relèvent depuis son enfance de la sphère gastro-entérologique. Il eût donc été opportun de confier l'examen du volet somatique, à tout le moins, à un spécialiste en ce domaine, dans la mesure où il ne paraît guère contestable qu'il occupe une place prépondérante dans l'histoire médicale de la recourante. En ne le faisant pas, l'intimé s'est privé de la possibilité de disposer d'une appréciation tenant compte de l'importance respective de ses différentes atteintes somatiques.

c) Des considérations qui précèdent, on constate que la question de la capacité de travail de la recourante fait l'objet d'appréciations divergentes. Qui plus est, l'évaluation des médecins du SMR n'emporte pas la conviction en raison des doutes qui subsistent quant à la fiabilité de leurs conclusions. Plusieurs éléments sur lesquels la recourante se fonde pour critiquer la capacité de travail entière qui lui a été reconnue n'ont pas fait l'objet d'une analyse par les médecins du SMR. Il en va ainsi de la répercussion des facteurs médicaux mis en évidence par les Drs T. _____ et Z. _____. Plus généralement, on cherche en vain leur point de vue sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis l'examen du 3 octobre 2012 jusqu'à la date de la décision entreprise, vu les avis médicaux produits par la recourante. Il suit de là que la mise en œuvre d'une expertise se justifie en vue de lever les doutes qui subsistent quant à la capacité de travail de l'intéressée, en particulier depuis le 3 octobre 2012. Il convient de rappeler ici que l'un des objectifs d'une expertise bi- ou pluridisciplinaire est d'établir un rapport de synthèse, permettant une appréciation globale du taux d'incapacité de travail. En l'occurrence, il est constant que la problématique somatique de la recourante ne se limite pas à l'aspect gastro-entérologique, quoique ce dernier affecte dans une large mesure l'état de santé de l'assurée. Au vrai, les diverses affections mises en évidence, tant sur le plan physique que psychique, paraissent s'inscrire dans un contexte personnel et médical

relativement complexe, sur lequel toute la lumière nécessaire n'a à ce stade pas encore été faite. Partant, il convient de mettre en œuvre une expertise comportant au minimum un volet gastro-entérologique, un volet endocrinologique ainsi qu'un volet de médecine interne. Les experts devront disposer de toute la latitude nécessaire, afin de compléter s'il y a lieu les investigations, par exemple en actualisant le volet psychiatrique ou en diligentant un examen sur le plan rhumatologique, voire encore, le cas échéant, de s'adjoindre les services d'un autre spécialiste.

d) Sur le vu de ce qui précède, la cause doit être renvoyée à l'office AI afin qu'il effectue, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA, comprenant à tout le moins un aspect gastro-entérologique, endocrinologique et de médecine interne, une nouvelle évaluation de la capacité de travail et du rendement exigible de la recourante dans une activité adaptée et dans son activité habituelle, à l'aune des affections constatées ; au besoin, les experts s'adjoindront les services d'un ou plusieurs spécialistes, afin de déterminer aussi précisément que possible la gravité des maux dont souffre la recourante. On ajoutera que le Tribunal fédéral a récemment précisé qu'un renvoi à l'administration était 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 (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence).

5. a) En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 5 juin 2013, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'un représentant qualifié du Centre social protestant, qui peut se voir accorder des dépens, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'ampleur des activités déployées en procédure judiciaire, de fixer à 1'000 fr. à la charge de l'office intimé (art.

61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 5 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à L. _____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

- IV. 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Centre social protestant (pour L. _____),
- 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).

Le greffier :