

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2015

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Pasche et M. Dépraz, juges
Greffière : Mme Simonin

* * * * *

Cause pendante entre :

V._____, sous la curatelle de portée générale de Madame [...], de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier pour le compte de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, service juridique, à Lausanne,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 28 LAI, 6, 7, 8, 43 LPGA

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1969, a déposé en novembre 2012 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant qu'elle souffrait depuis janvier 2011 d'une spondylarthrite avec atteinte articulaire HLA B 27 positive.

Dans un rapport du 30 novembre 2012, le Dr D. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, a posé le diagnostic de spondarthrite HLA B 27 positive avec atteinte axiale et articulaire depuis 2009 environ. La patiente présentait des douleurs rachidiennes et articulaires. Il a également évoqué un syndrome rachidien, une polyarthrite avec atteinte des mains, poignet, coude, épaule, genou et cheville gauche et posé un pronostic défavorable malgré les traitements anti-inflammatoires. À titre de limitations fonctionnelles, il a indiqué que sa patiente, sans profession, ne pouvait faire aucune activité fine à cause de ses mains tuméfiées, ne pouvait pas faire son ménage (CMS), ne pouvait pas marcher et ne pouvait rien porter. Il a également évoqué une fatigue chronique et transmis en annexe à ce rapport les documents suivants :

- Un rapport de scintigraphie osseuse deux phases du 5 mai 2011 du Dr S. _____, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, concluant qu'il n'y avait pas d'anomalie localisée de la captation sur l'ensemble du squelette, hormis une hyperfixation sur les petites articulations des deux mains laissant envisager une PR [note réd.: polyarthrite rhumatoïde] débutante. Cependant, une augmentation diffuse de la captation pouvait laisser supposer une pathologie hématologique sous-jacente. Il fallait en outre noter la présence d'une hyperostose frontale interne (banale), et une hypercaptation globale du sternum.
- Un rapport d'IRM de l'épaule droite du 22 juin 2012 de la Dresse [...] concluant à une déchirure irrégulière non transfixiante de la face bursale du tendon du sus-épineux, associée à des altérations œdémateuses du trochiter vraisemblablement dues à un phénomène de traction tendineuse.

- Un rapport du 8 septembre 2012 du Dr H._____, médecin assistant auprès de la Policlinique [...], évoquant des dorsolombalgies aiguës depuis deux jours, d'installation progressive et invalidantes également la nuit, localisées en 2 points précis, sans irradiation, sans trauma ni surcharge ; sans soulagement par le traitement habituel, sans raideur matinale au rachis.
- Un rapport d'IRM du rachis du 6 novembre 2012 de la Dresse W._____, spécialiste en radiologie, évoquant un tableau compatible avec une spondylarthropathie séronégative et notamment une arthrite réactionnelle dans le cadre d'un syndrome de Reiter.

Le 8 décembre 2012 le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a adressé un rapport à l'OAI indiquant que sa patiente suivait un traitement rhumatologique auprès du Dr D._____ et une psychothérapie au Centre de psychothérapie [...] (ci-après : le Centre [...]) en raison d'un état anxio-dépressif sévère. Le pronostic lui semblait défavorable au vu de la persistance de l'état inflammatoire rhumatologique. Il estimait que l'assurée était incapable d'exercer une activité professionnelle puisqu'elle devait même se faire aider pour son ménage.

Par avis médical du 19 décembre 2012, le Dr X._____, spécialiste en médecine du travail et médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a invité l'OAI à requérir des informations complémentaires auprès des médecins traitants s'agissant de la date précise de l'incapacité de travail durable et de son évolution.

En réponse à une demande de l'OAI, le Centre [...] a indiqué par courrier du 14 janvier 2013 qu'il ne suivait pas l'assurée, ce que l'assurée a confirmé à l'OAI dans un questionnaire daté du même jour.

Dans un formulaire 531bis du 30 janvier 2013, l'assurée a indiqué à l'OAI que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 100% depuis 2009.

En réponse à un questionnaire de l'OAI du 17 juillet 2013, le Dr F._____ a indiqué la persistance des douleurs articulaires malgré le traitement rhumatologique et le suivi de l'état psychique de sa patiente par le Centre [...]. La capacité de travail de cette dernière était nulle dans son activité habituelle d'opératrice de saisie, ainsi que dans une activité adaptée.

En réponse au même questionnaire de l'OAI, le Docteur D._____ a indiqué, le 17 juillet 2013, une évolution défavorable de l'état de santé de l'assurée, précisant que le traitement de méthotrexate provoquait des effets secondaires et que l'assurée prenait un autre traitement depuis le 17 juillet 2013, lequel ne déployait pas encore ses effets. Il a également indiqué des problèmes psychologiques en aggravation (Dr P._____) et a confirmé une incapacité totale de travail dès le 13 mai 2011 qui perdurait. Il a indiqué comme limitations fonctionnelles des douleurs articulaires et rachidiennes et une grande fatigue.

Le courrier du 17 juillet 2013 adressé par l'OAI à l'assurée lui demandant si elle était ou allait être suivie par un psychiatre est demeuré sans réponse.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 21 octobre 2013 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a conclu à un statut d'active à 100%, tout en relevant un taux d'invalidité de 49.2% en raison des limitations influençant la tenue du ménage.

Par décision du 17 janvier 2014, la juge de paix du district de [...] a nommé [...], employée auprès de l'office des curatelles et tutelles professionnelles, en tant que curatrice.

Après un premier rendez-vous manqué, l'OAI a sommé l'assurée le 27 août 2014, par l'intermédiaire de sa curatrice, de se

présenter au SMR pour un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, faute de quoi il pourrait être statué sur la base du dossier constitué à ce jour.

Le 8 octobre 2014, les Drs O._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie et C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecins au SMR, ont procédé à un examen clinique de l'assurée. Dans leur rapport du 10 novembre 2014, ces médecins ont retenu comme diagnostics ayant des répercussions durables sur la capacité de travail une spondylarthrite HLA-B27 positive avec atteinte axiale et périphérique depuis 2011 et une rupture partielle du sus-épineux droit objectivé en 2006. Aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu. Les gonalgies, l'enfant à charge au domicile nécessitant des soins, la dysesthésie aspécifique des trois derniers orteils des deux côtés ainsi que le status après cure chirurgicale de tunnel carpien ont été considérés par les médecins du SMR comme étant sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Ils ont en outre apprécié la situation de la manière suivante :

" Assurée de 45 ans, divorcée, sans formation, mère de 4 enfants, dont un paraplégique âgé de 14 ans, qui dépose une 1^{ère} demande de prestations réadaptation-rente le 16.11.2012 sur suggestion des services sociaux.

L'assurée avait occupé différents postes, déclarés non contraignants. Elle arrête toute activité en 1999, lors de sa dernière grossesse. Elle ne reprend pas son travail en raison de son fils, paraplégique de naissance sur spina bifida, d'autant plus que son mari l'a quittée moins de 10 jours après la naissance. Elle a élevé ses enfants seule.

Au point de vue rhumatologique, nous avons quelques documents émanant du Dr D._____, rhumatologue, dans lesquels il retient les diagnostics de spondylarthrite HLA-B27 positive, avec atteinte axiale et articulaire, périarthrite scapulo-humérale droite, polyarthrite des mains, des poignets, des coudes, des épaules, des genoux et de la cheville gauche, diagnostics figurant dans la demande de l'IRM du rachis effectuée le 23.10.2012. L'assurée est en à son 4^{ème} traitement avec des anti-TNF. Un traitement de fond par injection de Cimzia est en cours et auquel elle répond.

A l'examen général, nous sommes en présence d'une assurée obèse pesant 91 kg avec un BMI à 37 kg/m². La tension artérielle diastolique est élevée à 92 mmHg. La marche est sans boiterie. Lorsqu'elle se déshabille, elle épargne l'épaule droite. Lors des

transferts, aucune épargne du rachis. L'examen est sans particularité sauf la présence de 2 petits hématomes aux jambes d'apparition spontanée qu'elle ne peut expliquer.

L'examen neurologique est strictement normal, en l'absence d'un trouble sensitif aux différents modes, une anomalie des réflexes, un trouble de la coordination ou d'une perte de la force musculaire, hormis des lâchages antalgiques lors de la sollicitation de l'épaule droite. L'épreuve de Lasègue est négative ddc [des deux côtés]. Le Lasègue inversé provoque une douleur lombaire, mais pas de cruralgies. Il n'y a pas de récurrence de la compression du nerf médian au poignet gauche, les tests de Tinel et Phalen étant négatifs ddc. Le trouble sensitif subjectif des pieds ne peut s'expliquer par une atteinte radiculaire S1 par exemple, les 4 IRM réalisées le 14.04.2009, 07.09.2011, 23.10.2012 et 04.09.2014 ne montrent aucune hernie à ce niveau ou autre phénomène canalaire compressif.

L'examen ostéoarticulaire montre une limitation de l'épaule droite, même lorsque les mouvements sont passifs en décubitus dorsal. Anticipant les douleurs, l'assurée résiste dès qu'on arrive à 80° d'abduction ou d'antépulsion. La mobilité du rachis cervical est symétrique et physiologique. Il n'y a pas de syndrome lombovertébral, avec une distance doigts-sol de 16 cm, un Schober lombaire de 10-14,5 cm, une mobilité souple, indolore sauf en fin de course en extension. La percussion des épineuses lombaires inférieures est douloureuse et il n'y a pas de contracture musculaire paravertébrale. Au niveau des articulations périphériques, notamment des mains, il n'y a aucune synovite objectivée ce jour. Il n'y a pas non plus de signes d'arthrose aux petites articulations des mains tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, il n'y a pas de signes de tendinite ou d'enthésopathie. L'examen des genoux est normal. Les points de Smythe sont absents, tout comme les signes de non-organicité de Waddell.

L'examen du dossier radiologique confirme la rupture partielle du sus-épineux droit. La scintigraphie osseuse du 5.5.2011 montre une hyperfixation sur les petites articulations des 2 mains et en regard du sacrum compatible avec un phénomène inflammatoire. Les clichés des mains de 2005 et 2010 ne montrent pas d'atteinte osseuse ou inflammatoire. L'IRM de la main droite du 10.12.2013, montre un discret épaissement de la métacarpo-phalangienne du 3^{ème} et 2^{ème} rayons compatible avec une synovite. L'IRM du rachis entier du 23.10.2012 parle d'inflammation articulaire postérieure D7-D8, L1-L2, avec inflammation interépineuse L2-L3 à L4-L5, et hypersignal graisseux des coins antéro-supérieurs de L3, L4 et L5, compatibles avec une spondylarthropathie.

En conclusion, les éléments radiologiques, cliniques, et investigations par le Dr D. _____ permettent de retenir le diagnostic de spondylarthrite HLA-B27 positive avec atteinte axiale et périphérique, actuellement stable sous traitement de fond. Les différentes douleurs alléguées (gonalgies, rachialgies, douleurs/raideurs des mains) s'inscrivent dans le cadre de cette spondylarthrite. Sous traitement de fond, la situation est actuellement stabilisée. Des limitations fonctionnelles sont retenues.

La rupture partielle du sus-épineux droit ne fait pas de doute non plus puisque confirmée par 3 IRM. Des limitations fonctionnelles sont retenues.

Le fourmillement subjectif de 3 orteils aux pieds est aspécifique dans un contexte d'examen neurologique strictement normal. Cette problématique n'est pas incapacitante, nous ne retenons pas de limitations fonctionnelles.

Au point de vue psychiatrique, le dossier ne contient aucun document établi par un spécialiste.

L'anamnèse familiale est vierge de tout antécédent psychiatrique.

Au niveau personnel, l'anamnèse ne montre pas de pathologie psychiatrique.

A partir de la naissance de son fils cadet, l'assurée est dans une situation difficile en raison du handicap de cet enfant (spina bifida et myéломéningocèle) et du départ de son époux. L'assurée fait face à cette situation difficile en montrant de bonnes ressources personnelles. Elle bénéficie également d'une aide importante de son entourage, ainsi que du pédiatre. La tristesse qu'elle décrit dans cette période est en adéquation avec la situation et ne revêt pas un caractère pathologique.

L'assurée trouve que ses enfants " s'en sortent bien ". Ils sont nés en 1991, 1994 et 2000.

Au point de vue psychiatrique, c'est sur le conseil de son assistante sociale que l'assurée se rend à la Consultation [...], où elle rencontre des psychiatres avec lesquels le contact n'est pas bon, raison pour laquelle elle les quitte rapidement.

Selon ses dires, c'est depuis 2 ans environ qu'elle a ressenti le besoin de " parler à quelqu'un " et qu'elle a commencé à consulter le Dr P. _____, psychiatre à [...]. Le contact avec ce spécialiste est bon. L'assurée le voit actuellement 1 fois par semaine. Il lui apporte un soutien qu'elle apprécie énormément dans sa situation familiale et sociale difficile.

Le status psychiatrique de ce jour ne met en évidence aucun signe de maladie, que ce soit sur le plan dépressif, anxieux, psychotique ou de la personnalité.

L'assurée présentant des douleurs somatiques qui ne sont pas entièrement expliquées par une cause organique objective, nous constatons que cette symptomatologie algique n'est pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique manifeste.

De plus, la symptomatologie étant fluctuante et répondant au traitement, il ne s'agit pas d'une affection de longue durée sans rémission et il n'y a pas d'échec de traitement conduit dans les règles de l'art. D'autre part, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie, l'assurée vit en famille, elle est

sociable et se rend fréquemment à l'extérieur, où elle ne rencontre aucun problème relationnel.

Un état psychique cristallisé ou bénéfique primaire tiré de la maladie n'a pas été trouvé.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan rhumatologique :

· Epaule droite, éviter de travailler avec le bras au-dessus de la tête, éviter les mouvements répétitifs de l'épaule droite, éviter le port de charges près ou loin du corps avec le membre supérieur droit supérieur à 3 kg.

· Spondylarthrite avec atteinte axiale et périphérique : éviter le port de charges supérieur à 6 kg, éviter les positions en porte-à-faux, éviter la flexion répétée antérieure du tronc, éviter de travailler accroupie ou à genoux, éviter les activités nécessitant une force de préhension répétée, activité en position principalement assise avec possibilité de changer de positions.

Sur le plan psychiatrique : aucune limitation fonctionnelle n'est retenue.

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

Sur le plan rhumatologique : l'incapacité est totale depuis le 13.05.2011 selon la réponse manuscrite du Dr D. _____ au courrier de l'OAI du 10.07.2013. Nous nous alignons sur cette date, l'IT concernant le diagnostic principal de spondylarthrite.

Dans son rapport médical du 30.11.2012, le Dr D. _____, rhumatologue, signale qu'il suit l'assurée depuis le 02.03.2011 en raison du problème rhumatismal. Nous considérons que l'aggravation de l'état de santé a motivé le généraliste à adresser l'assurée à un spécialiste à cette date. Les investigations permettent ensuite de retenir une spondylarthrite HLA-B27 positive, avec atteinte axiale et périphérique.

Sur le plan psychiatrique : sans objet.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan rhumatologique : l'IT est restée totale selon la réponse manuscrite du Dr F. _____ au courrier de l'OAI du 17.07.2013.

Sur le plan psychiatrique : sans objet.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique de l'épaule droite, du rachis, des mains et des genoux.

En ce qui concerne l'épaule droite, l'activité d'opératrice de saisie est compatible avec les LF retenues. Dans une autre

activité respectant les LF, la capacité de travail exigible est entière.

En ce qui concerne l'atteinte inflammatoire axiale et périphérique en lien avec la spondylarthrite (rachis, mains et genoux), actuellement stabilisée avec un traitement de fond, l'activité d'opératrice de saisie est compatible avec les LF retenues. Toutefois, dans cette activité ou dans une activité adaptée respectant les LF, la capacité de travail est réduite durablement de 40%. Cette restriction permet de diminuer le risque d'une exacerbation inflammatoire et de compromettre la CT sur le long terme.

En tenant compte de l'ensemble des problèmes, la capacité de travail globale est de 60% ".

S'agissant de la capacité de travail, les médecins du SMR ont admis une capacité résiduelle de 60% dans l'activité habituelle d'opératrice de saisie de même que dans toute activité adaptée depuis le 2 mars 2011.

Dans un avis SMR du 25 novembre 2014, le Dr X. _____ a confirmé les conclusions de ses confrères, proposant de les suivre.

Dans un document intitulé " examen du droit à la rente " daté du 4 février 2015, l'OAI a retenu pour l'année 2011 un revenu sans invalidité de 53'383 fr. 30 et un revenu d'invalidité de 28'826 fr. 98 soit un degré d'invalidité de 46%.

Par projet de décision du 5 février 2015, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2013, basé sur un taux d'invalidité de 46%.

Par décision du 7 avril 2015, l'OAI a confirmé le projet susmentionné, octroyant à V. _____ un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2013, au motif que la demande de prestations ayant été déposée le 16 novembre 2012, les prestations ne pouvaient être accordées qu'après l'écoulement du délai de six mois à compter du dépôt de la demande. L'OAI s'est fondé sur le rapport du SMR du 8 octobre 2014

concluant à une capacité de travail résiduelle de 60% depuis le 2 mars 2011 dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes :

- Epaule droite : éviter de travailler avec le bras au-dessus de la tête, éviter les mouvements répétitifs de l'épaule droite, éviter le port de charges près ou loin du corps avec le membre supérieur droit à 3 kg.
- Spondylarthrite avec atteinte axiale et périphérique : éviter le port de charges supérieures à 6 kg, éviter les positions en porte-à-faux, et la flexion répétée antérieure du tronc, ainsi qu'un travail accroupi ou à genoux, éviter les activités nécessitant une force de préhension répétée, activité en position principalement assise avec possibilité de changer de position.
- Au plan psychiatrique : pas de limitation.

L'OAI s'est fondé sur un revenu hypothétique sans invalidité de 53'383 fr. 30 pour l'année 2011. Il a fixé le revenu hypothétique avec invalidité à 28'826 fr. 98, en se basant sur le salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires, soit 32'029 fr. 98, l'OAI ayant procédé à un abattement de 10% sur ce revenu statistique.

B. Par acte du 29 avril 2015, V._____, sous la curatelle générale de Madame [...], représentée par l'avocat Jean-Marie Agier, recourt contre la décision de l'OAI du 7 avril 2015, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire et principalement à la réforme de la décision du 7 avril 2015 en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée en lieu et place du quart de rente déjà admis. À l'appui de son argumentation, elle invoque principalement que les rapports médicaux de ses médecins traitants, interniste, rhumatologue, et psychiatre des 10, 14 et 24 avril 2015, transmis en annexe à son recours, laissent planer de sérieux doutes sur la pertinence de l'appréciation de son état de santé et de ses conséquences sur sa capacité de travail telle que réalisée par les médecins du SMR. La recourante relève que selon son psychiatre traitant, elle souffre d'un trouble à sa santé psychique l'empêchant totalement d'exercer une

activité. Elle souligne que les somaticiens indiquent les raisons pour lesquelles ils considèrent que le Dr O._____, rhumatologue au SMR a minimisé l'impact de son état de santé sur sa capacité de gain.

Le rapport du Dr F._____ du 10 avril 2012 (recte : 2015) adressé à la curatrice de l'assurée fait état d'une incapacité totale de travail en raison des souffrances endurées par sa patiente tant sur le plan physique que psychique. Le médecin relève en particulier ce qui suit :

" 1. Comment en quelques heures, le psychiatre d'expert, pourrait-il déterminer l'état psychique d'une personne de façon aussi précise et tirer une conclusion signalant qu'il n'y a pas de limitation ? J'ai pu en discuter avec son psychiatre, Dr. P._____, au courant de mois de février 2015. Lui-même est aussi très surpris de l'avis de cet expert. Il soutiendra de tout son pouvoir le recours de Mme V._____. Il la suit encore à ce jour. Sans cette prise en charge, la situation psychiatrique de ma patiente serait un désastre. Elle doit lutter tous les jours pour pouvoir garder un certain équilibre. Essayer de garder une certaine mimique correcte ne signifie pas qu'il n'[y]ait pas de souffrance.

2. Sur le plan rhumatologique, Dr D._____, son rhumatologue, va vous écrire pour soutenir le recours de Mme V._____. Avec une telle atteinte sur les articulations, comment ma patiente pourrait-elle encore travailler ? ".

Dans son rapport du 14 avril 2015 à l'attention de Me Agier, le Dr D._____ conteste la capacité de travail exigible évaluée par les médecins du SMR (60%). Il estime que la capacité de travail de l'assurée dans une activité industrielle légère est plutôt de 40 à 50%. À cet égard il indique ce qui suit :

" En effet sur le plan rhumatologique les arthrites des mains persistent malgré un traitement biologique. Au dernier contrôle du 30 mars 2015 elle présente des tuméfactions articulaires des mains, un épanchement de l'épaule droite et du genou droit, avec un DAS à 5,1, ce qui indique un état très inflammatoire.

Je lui prescris un nouveau traitement biologique, en espérant qu'il sera plus efficace que les précédents.

L'évolution sur le plan articulaire est défavorable, elle l'est également sur le plan rachidien. Cette patiente se plaint de dorsalgies nocturnes et d'importantes douleurs de la crête iliaque droite (probable enthésopathie active). Elle doit se lever plusieurs fois la nuit pour se mobiliser.

Contrairement à ce qui est décrit dans le rapport SMR je constate une raideur de tout le rachis. Les inclinaisons latérales comme le Schober ne sont cependant pas estimables en cas d'obésité.

Cette patiente est dans l'impossibilité de tenir son ménage à cause de ses mains Elle a des difficultés pour se déplacer à cause de son genou droit. Elle ne peut rester assise ni debout longtemps, ne peut faire aucun effort, soulever aucune charge à cause de son dos.

Reste une fatigue chronique, probablement en relation avec sa maladie inflammatoire.

Au vu de l'état actuel, dans une activité adaptée, sa capacité de travail n'est certainement pas de 60%.

Même si je ne suis pas psychiatre je me permets de contester les conclusions du Dr C. _____ : « Aucun diagnostic psychiatrique ».

Cette patiente veut « donner le change ». Elle apparaît toujours souriante, « tout va bien ».

Il m'a fallu des mois pour qu'elle puisse se confier. Elle est très affectée par le handicap de son fils, handicap qui s'est encore aggravé depuis la dernière opération de l'automne 2014, ajoutant à sa paraplégie une hémiparésie droite. Les soins sont plus en plus longs et de plus en plus astreignants.

« Je n'en peux plus, je suis à bout » me dit-elle à la dernière consultation.

Si elle voit son psychiatre une fois par semaine ce n'est pas sans raison. Il me paraît bien difficile de se faire une idée exacte de la situation psychique de cette patiente après une ou deux heures de consultation.

Son psychiatre traitant pourra vous donner des renseignements plus détaillés.

Cette patiente a été mal estimée, mal jugée tant sur le plan physique que psychique ".

Le Dr P. _____ dans son rapport du 24 avril 2015 à Me Agier indique ce qui suit :

" Mme V. _____ s'est présentée à l'examen qu'elle a eu le 8 octobre 2014 avec le docteur O. _____, rhumatologue et avec le docteur C. _____, psychiatre, sans montrer ses difficultés psychiques.

Elle a tendance à cacher ses problèmes et les garder pour elle-même. D'après ses dires quand elle se faisait battre par son mari, elle ne le disait à personne et continuait à sourire à son entourage. Elle ne raconte pas à ses parents, à ses soeurs et frères les difficultés de santé qu'elle a ou que son quatrième enfant, [...], a. Depuis sa naissance, elle supporte avec courage son handicap, en demandant souvent aux autres enfants de l'aider. Avec le départ de ses aînés de la maison, elle se sent seule et s'épuise sans oser le reconnaître.

Les complications de santé de ses enfants provoquent des états anxio-dépressifs réactionnels qu'elle arrive à surmonter dans le temps avec le soutien de ses médecins. Mme V. _____ est au bénéfice d'un traitement médicamenteux d' [...] 10 mg 1 cpr/j.

Elle est souvent dans le doute et dans la peur de se tromper.

Au niveau relationnel, elle a une seule amie (qui a aussi un fils handicapé) à qui elle se confie. Elle coupe les relations avec les personnes qui la contrarient ou qui la confrontent. On note plusieurs conflits avec la gérance de l'appartement où ils vivent à des sujets divers. Sous curatelle, elle a de la peine à gérer ses affaires administratives.

A mon avis, Mme V. _____ souffre d'un trouble de la personnalité F60.8 qui ne lui permet pas d'exercer une activité lucrative. Ce trouble de la personnalité perturbe ses relations aux autres. Se présenter aux experts comme une femme sans problèmes, dans une famille idéale, bien que la réalité soit toute autre, montre son incapacité à percevoir les enjeux et son inadaptation probable au monde du travail ".

L'intimé a répondu le 31 août 2015 en indiquant que la recourante n'apportait aucun élément dont il n'aurait pas été tenu compte lors de l'examen clinique du 8 octobre 2014 ni ne fournissait d'indices sérieux permettant d'admettre une aggravation ultérieure à cet examen clinique. Il a invité la Cour à requérir la production par le Dr D. _____ de documents complémentaires en sa possession tels que les examens biologiques, une imagerie radiologique récente et des précisions concernant la date à laquelle il situerait l'aggravation de la spondylarthrite ankylosante depuis l'examen clinique du 14 octobre 2014. Il s'est fondé sur l'avis du SMR, rendu par le Dr X. _____ le 11.08.2015, dont la teneur est la suivante :

" Le Dr D. _____, rhumatologue traitant, conteste le 14.04.15 le résultat de l'évaluation de la CT qui serait selon lui de 40-50%. Il dit persister des arthrites au niveau des mains au 30.03.15 avec des tuméfactions articulaires, un épanchement de l'épaule et du genou D avec un DAS (Disease Activity Score) à 5.1 qui impliquerait un état très inflammatoire. L'évolution serait défavorable selon lui, et que contrairement au SMR, il constaterait une raideur de tout le rachis, et qu'il existe une fatigue chronique (subjectif) ; il s'avance aussi en contestant les conclusions du Dr C. _____, psychiatre. Il rapporte à ce sujet des facteurs hors champs de la Loi AI : handicap du fils, visite chez le psychiatre 1f/sem., « l'assurée donnerait le change ». Le Dr F. _____ annonce le 10.04.12 (?) son indignation, essentiellement vis-à-vis du psychiatre expert, sans fournir véritablement d'explications pertinentes, et à la différence du Dr D. _____, affirme une IT de 100%. Le Dr P. _____, psychiatre traitant, affirme le 24.04.15 que

l'assurée souffrirait d'un trouble de la personnalité (F60.8), qui serait incapacitant, sans le qualifier, qu'elle présenterait des états anxio-dépressifs réactionnels traités par [...] 10 mg soit une faible dose et qu'elle aurait tendance à cacher ses problèmes et à les garder pour elle-même.

Notre réponse est la suivante : les documents à disposition sont peu convaincants et n'apportent de notre avis aucune information nouvelle : en effet A/ sur le plan psychiatrique : selon notre examen SMR le status (p8-9) ne montre pas de signes évocateurs d'un trouble de la personnalité, et l'appréciation ne mettait en évidence aucun signe de maladie, que ce soit sur le plan dépressif, anxieux, psychotique ou de la personnalité. Il est bien précisé qu'elle ne rencontre aucun problème relationnel. Nous rejetons donc les affirmations psychiques empathiques des 3 confrères, tout en soulignant qu'en plus le trouble de la personnalité n'est pas spécifié, que les atteintes réactionnelles sont de courte durée et non incapacitante par définition, que l'Escitalopram à 10mg seulement ne correspond pas à une atteinte sévère (donc non incapacitante), et qu'on ne comprend pas très bien pourquoi l'assurée chercherait à cacher ses problèmes et à les garder pour elle-même alors que nous sommes dans le cadre d'une expertise. Nous en restons donc sur le plan psy. à notre examen SMR qui revêt une pleine valeur probante, les points litigieux importants ayant fait l'objet d'une étude fouillée, basée sur les critères de la CIM-10, se fondant sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées après avoir pris une pleine connaissance du dossier (anamnèse) : la description du contexte médical est claire et les conclusions sont bien motivées.

B/ sur le plan rhumato : Le Dr D. _____ estime la CT à 40-50% avançant la persistance des arthrites au niveau des mains au 30.03.15 avec des tuméfactions articulaires, un épanchement de l'épaule et du genou D avec un DAS à 5.1 qui impliquerait un état très inflammatoire (donc CT nulle par définition). Veuillez noter que notre confrère annonce un état très inflammatoire, sans fournir de preuves, telles que la VS, la CRP, etc...voire des clichés radio récents montrant une aggravation (cf. ex. SMR), ni en datant précisément l'aggravation. Veuillez noter l'affirmation d'un épanchement de l'épaule et du genou D (sans imagerie radio) alors que l'IRM du 22.06.12 (p9) ne montrait pas de collection liquidienne sous-acromiale, donc pas de bursite, et que l'examen ostéoarticulaire en p7 et 10 était très rassurant et contraire aux assertions du Dr D. _____. Enfin la Spondylarthrite Ankylosante (SPA) était actuellement stable sous traitement de fond en accord avec les éléments radiologiques et cliniques. Veuillez noter en plus que le DAS s'applique surtout aux Polyarthrites Rhumatoïdes et non pas à une SPA, et qu'un score de 5.1 serait la borne sup. d'une atteinte modérée ou modérément active, ce qui est en contradiction avec un état très inflammatoire (pour rappel sans preuve radio ou biologique), et une aggravation telle que le demandait notre service juridique. Veuillez noter aussi que le DAS est en plus un indice composite développé à partir du suivi prospectif durant 3 ans de patients ayant une PR récente encore non encore traitée ce qui est sans objet au vu de la pathologie (SPA) de l'assurée et d'un traitement de fond maintenant un état stable (cf. ci-dessus et notre examen SMR).

Au total, sur le plan psychiatrique, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée : nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations psychiatriques antérieures (Nb : critères probants de l'ex. SMR, critères jurisprudentiels d'empathie des médecins traitants). Sur le plan rhumatologique, plaise au tribunal de demander au Dr D. _____ qui affirme un état très inflammatoire, les examens biologiques (VS, CRP...), une imagerie radiologique récente (radios ? ou IRM du genou et de l'épaule ? écho des mains ?), et à quelle date il situerait l'aggravation de la SPA depuis notre examen SMR (Nb : Le Dr [...], rhumatologue SMR confirme aussi l'inadaptation du DAS dans cette affaire) ".

Le 16 septembre 2015, la recourante s'est déterminée sur la réponse de l'intimé, considérant que le point litigieux ne consistait pas à évaluer l'émergence d'une aggravation de l'état de santé mais bien de savoir si l'avis des médecins traitants permettait de douter des conclusions prises par les médecins du SMR.

L'intimé a confirmé la teneur de ses lignes du 31 août 2015 par courrier du 13 octobre 2015.

Dans un courrier du 27 octobre 2015 adressé à la juge instructeur, le mandataire de la recourante a requis une décision incidente s'agissant de la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire.

La juge instructeur a refusé, par décision du 24 novembre 2015, de mettre en œuvre une telle expertise.

Le 2 décembre 2015, la recourante a maintenu ses déterminations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations

expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI (art. 69 al. 1 let a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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

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

b) Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit, compte tenu de son état de santé, à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2013. En effet, l'intimé a octroyé dès cette date un quart de rente

en se fondant sur un examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé par le SMR le 8 octobre 2014. Ces médecins ont admis que l'assurée disposait d'une capacité résiduelle de travail de 60% tant dans son activité habituelle d'opératrice de saisie que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'elle ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique. Cette appréciation est contestée par la recourante qui fait valoir qu'elle entre en contradiction avec l'avis de ses médecins traitants, en particulier ceux ressortant des rapports médicaux des 10, 14 et 24 avril 2015 rédigés respectivement par les Drs F._____, D._____ et P._____. Elle allègue que ces avis instillent un doute suffisant à l'encontre de l'examen clinique du SMR pour mettre en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire, ce à quoi elle conclut préalablement.

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

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins à une demi-rente, un taux de 60% au moins à trois

quarts de rente et un taux de 70% au moins à une rente entière (cf. art. 28 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2, TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge, en cas de 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 125 V 256, consid. 4, ATF 115 V 133, consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du

degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7 ; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA ou dans le cadre d'une expertise judiciaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de

l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. a) En l'espèce, il convient d'admettre avec la recourante que les conclusions de l'examen clinique du SMR du 8 octobre 2014, plus particulièrement celles relatives au volet psychiatrique de ce rapport, divergent de celles des avis médicaux de ses médecins traitants, particulièrement ceux des 10, 14 et 24 avril 2015 à l'adresse de son conseil, établis postérieurement à la décision litigieuse. En effet, l'examen clinique psychiatrique effectué par le Dr C. _____ ne lui a pas permis de mettre en évidence de pathologie psychiatrique ou de trouble de la personnalité, contrairement à l'avis exprimé par le Dr P. _____ dans son rapport médical du 24 avril 2015 qui évoque quant à lui un trouble de la personnalité empêchant sa patiente d'exercer une activité lucrative.

A ce stade, il faut relever que le rapport du médecin du SMR est plus étayé que celui du médecin traitant dans la mesure où il indique, notamment, les raisons qui le poussent à conclure à l'absence de diagnostic psychiatrique invalidant (anamnèse familiale vierge de tout antécédent psychiatrique, absence de signes pathologiques psychiatriques dans le cadre de l'anamnèse personnelle et psychosociale, capacité à faire face à des situations difficiles en montrant de bonnes ressources personnelles, absence de signes dépressifs et anxieux, psychotiques, absence de troubles de la personnalité, absence de documents établis par un spécialiste, prépondérance des plaintes somatiques). Au contraire, l'avis exprimé par le Dr P. _____ (rapport médical du 24 avril 2015) reste vague sur le trouble de la personnalité (F60.8) dont souffrirait sa patiente et n'évoque pas non plus clairement les raisons ou les limitations qui empêcheraient l'exercice de toute activité lucrative. Le fait de ne pas se livrer facilement, de cacher ses problèmes et les garder pour soi ne

signifie pas encore que l'on ne soit pas en mesure de mettre en valeur une quelconque capacité de travail. Il existe néanmoins, au vu des circonstances, de grandes probabilités pour qu'un examen clinique unique ne suffise pas à se faire une idée précise de l'état de santé psychique de la recourante et de ses conséquences sur sa capacité de travail.

D'autre part, force est de constater l'absence au dossier administratif de tout document émanant d'un médecin traitant, spécialiste en psychiatrie. Cela étant, le Dr D._____ et le Dr F._____ ont régulièrement évoqué une fatigue chronique (rapport médical du Dr D._____ du 30 novembre 2012), un état anxio-dépressif sévère (rapport médical du Dr F._____ du 8 décembre 2012), un problème psychologique en aggravation (rapport médical du Dr D._____ du 17 juillet 2013) ou plus récemment une mauvaise évaluation psychiatrique par le SMR (rapports du Dr D._____ du 14 avril 2015 et du Dr F._____ du 10 avril 2015) et ont indiqué que leur patiente était suivie au plan psychiatrique. Certes, ces deux médecins ne sont pas spécialisés en psychiatrie et leur avis ne saurait en conséquence revêtir la valeur probante nécessaire à remettre sérieusement en question les conclusions d'un psychiatre ceci même dans le cadre d'un examen clinique pratiqué par le SMR. Il n'en demeure pas moins qu'ils suivent la recourante depuis plusieurs années et que leur avis ne saurait être écarté sans autre examen. S'il est apparu également que le Centre de psychothérapie [...], interpellé par l'OAI, n'a jamais eu de dossier au nom de la recourante, bien que le Dr F._____ ait mentionné à plusieurs reprises que ce centre suivait l'assurée (cf. rapports de ce médecin du 8 décembre 2012 et du 17 juillet 2013), il est cependant constant que cette dernière, sous curatelle, consulte depuis près de 2 ans un médecin psychiatre à un rythme hebdomadaire non négligeable. Compte tenu des éléments au dossier, en particulier de la réponse du Dr D._____ au questionnaire de l'OAI du 17 juillet 2013 évoquant un problème psychiatrique en aggravation et indiquant entre parenthèses le nom du Dr P._____, il appartenait à l'intimé d'interpeller ce dernier médecin sur le suivi médical pratiqué. De

même, l'OAI devait obtenir les éventuels rapports médicaux figurant dans son dossier, ainsi que ceux qui pourraient avoir été établis par la consultation de psychiatrie de [...] cas échéant. L'OAI ne pouvait en effet se contenter de la réponse du Centre [...] sans poursuivre ses investigations plus avant et sans relancer l'assurée en lui indiquant les conséquences de l'absence de réponse à l'interpellation du 13 juillet 2013. D'ailleurs, cette omission peut vraisemblablement être mise en lien avec les difficultés qui ont conduit, quelques mois plus tard (en janvier 2014), à la mise sous curatelle de la recourante par la justice de paix du district de [...].

Les médecins du SMR, dans le cadre de leur examen clinique, ne se sont pas non plus adressés au psychiatre traitant pour confronter leurs conclusions, quand bien même ils étaient informés de son nom et de son intervention régulière. Il n'appartenait pas plus au Dr X._____, spécialiste en médecine du travail, de se prononcer sur le rapport médical du Dr P._____ du 24 avril 2015. Celui-ci devait être soumis au Dr C._____ du SMR, à tout le moins à un médecin spécialisé en psychiatrie, afin qu'il puisse déterminer s'il y avait lieu de mettre en oeuvre une expertise ou de modifier d'une quelconque manière les conclusions de l'examen clinique psychiatrique du 8 octobre 2014.

b) Au plan somatique, les médecins du SMR ont pris en considération l'ensemble des rapports médicaux y compris d'imagerie médicale figurant au dossier. Ils ont également noté les plaintes de la recourante qui s'inscrivent, selon eux, dans le cadre de l'atteinte rhumatologique (l'examen neurologique étant strictement normal) et admis la limitation relative à l'épaule droite (rapport SMR du 8 octobre 2014 p. 10). Sous cet angle, leurs conclusions sont parfaitement conformes à celles des médecins traitants de la recourante et les limitations fonctionnelles relevées superposables. Seule l'évaluation de la capacité de travail résiduelle diffère, les médecins traitants de la recourante lui étant plus favorable vraisemblablement en raison de la

relation particulière qu'ils entretiennent avec elle. Quoiqu'il en soit, le Dr D._____ admet une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée qui n'est guère différente de celle retenue par les médecins du SMR, malgré le constat rhumatologique négatif qu'il dresse suite à son dernier contrôle (rapport médical du 14 avril 2015). Le Dr F._____, pour sa part, ne justifie l'incapacité de travail totale qu'il allègue que par les souffrances endurées par sa patiente omettant de fournir un quelconque argument médical objectif.

L'évaluation faite par les Drs D._____ et F._____ de la capacité de travail résiduelle de la recourante ne constitue en réalité qu'une appréciation différente d'un état de fait donné en raison du sentiment d'empathie adopté par tout médecin traitant. Cependant, l'intimé a requis la production des documents médicaux d'analyse appuyant la position étayée par le Dr D._____ dans son rapport du 14 avril 2015. Dans la mesure où l'administration considère que certains documents font défaut, il lui appartiendra également de les requérir auprès du Dr D._____, lui permettant une appréciation complète de la situation.

5. Compte tenu des carences dont souffre le dossier sur le plan psychiatrique, et des éléments contradictoires qui y figurent, il n'est pas possible de statuer en l'état, en toute connaissance de cause, sur les possibilités dont dispose réellement la recourante pour mettre en valeur une éventuelle capacité de travail résiduelle.

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

novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). 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). 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).

c) En l'espèce, la recourante a requis, par son conseil, la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, faisant valoir que cette dernière se justifiait par le seul fait que les rapports médicaux de ses médecins traitants, postérieurs à la décision et produits dans le cadre de la présente procédure, laissaient planer un doute suffisant quant au bien-fondé de l'examen clinique réalisé par le SMR en octobre 2014.

Il est cependant du devoir de l'administration d'instruire les faits pertinents de la cause. A ce stade, on ne saurait admettre qu'elle se contente d'un examen médical auprès du SMR, sans récolter les informations adéquates auprès des médecins traitants de l'assurée. Au contraire, il lui appartenait de compléter l'instruction de son dossier en requérant du psychiatre traitant toutes informations relatives au suivi psychiatrique de sa patiente, ses effets sur la santé de cette dernière et ses éventuelles conséquences sur sa capacité de travail. A plus forte raison encore que le nom de ce médecin lui était connu et qu'il existait de sérieux indices, compte tenu de la durée du traitement et la fréquence des séances, qu'un problème de santé psychique ayant des incidences sur la capacité de travail de la recourante existe.

Les médecins du SMR ayant effectué l'examen clinique ne se sont de toute évidence pas prononcés en connaissance d'un dossier complet, puisque l'avis des médecins traitants faisait défaut. Le Dr C._____ en particulier aurait pu s'exprimer sur la position du Dr P._____ diamétralement opposée à la sienne.

Enfin, l'absence de réponse à une requête de l'administration d'obtenir des documents médicaux quels qu'ils soient et la production en

cours de procédure judiciaire d'un document requis préalablement et qui ferait planer un doute quelconque ne saurait permettre à la recourante d'obtenir, par ce biais, une expertise judiciaire.

Le renvoi à l'intimé se justifie dès lors en conformité à la jurisprudence fédérale susmentionnée.

L'OAI devra en conséquence procéder à une instruction complémentaire de la situation psychiatrique de l'assurée en demandant au psychiatre traitant les renseignements utiles, les rapports médicaux en sa possession y compris ceux qui auraient pu lui être remis par la consultation psychiatrique de [...], afin de pouvoir procéder à une évaluation exhaustive de la situation et cas échéant, examiner la nécessité de mettre en oeuvre une expertise en conformité avec l'art 44 LPGGA. Si l'OAI l'estime nécessaire, il conviendra également qu'il éclaire la situation au plan rhumatologique, par exemple en requérant auprès du Dr D._____ les documents mentionnés dans l'écriture de l'intimé au tribunal du 31 août 2015 (cf. aussi le rapport SMR du 11 août 2015, point B).

6. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien-fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens de ce qui précède.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés à 1'500 fr. vu

l'importance du litige (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). La recourante est en outre au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'indemnité de dépens précitée, mise à la charge d'une institution d'assurances sociales, est à même de couvrir la rémunération du conseil d'office, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée au titre de l'assistance judiciaire (art. 118 et 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 7 avril 2015 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.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V. _____ le montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Agier pour le compte de la FSIH (pour V. _____, sous la curatelle de Mme [...] de l'Office des curatelles et des tutelles à Lausanne), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :