

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mai 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 et 43 LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère de neuf enfants, d'origine somalienne, est sans formation et sans activité lucrative depuis son entrée en Suisse en 1997.

Le 6 février 2012, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), à laquelle elle a joint une attestation du 7 septembre 2011 de la D._____ (ci-après : D._____). Selon ce document, l'assurée était suivie depuis de nombreuses années auprès de la D._____ pour les pathologies suivantes : trouble dépressif et anxieux moyen, hépatite C chronique, migraine sans aura, maladie du reflux gastro-oesophagien, surcharge pondérale avec un BMI à 30 kg/m², carence en vitamine D, syndrome d'apnée du sommeil, polyarthralgies axiales et périphériques, ainsi que gonarthrose bilatérale et lomboarthrose. Les médecins de la D._____, à savoir les Drs S._____, spécialiste en médecine interne générale, et T._____, médecin assistant, attestaient une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.

Le 8 mars 2012, l'assurée a rempli un questionnaire de l'OAI intitulé « *détermination du statut* ». Elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 100% pour des raisons financières et qu'elle exercerait en tant que « *femme au foyer* ».

Dans un rapport du 24 avril 2012 à l'OAI, les Drs L._____, spécialiste en médecine interne générale, et K._____, médecin assistant, ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de polyarthralgies d'origine plurifactorielle, de polyarthrose, de lombalgies chroniques, de trouble dépressif récurrent sans précision, de trouble anxieux sans précision, de surcharge pondérale avec un BMI à 30 kg/m² et de migraines sans aura. Etaient en revanche sans incidence sur la capacité de travail les diagnostics d'hépatite C chronique de génotype 4A diagnostiquée en 2000 (avec virémie à 1,28 x 10⁵ UI/ml et score de

Métavir A1 F1 en mars 2011), de reflux gastro-œsophagien, de probable côlon irritable, d'œdèmes bilatéraux des membres inférieurs sur probable lipoedème, de syndrome d'apnées du sommeil non traité, de tuberculose latente diagnostiquée en mars 2011 et de status post réduction mammaire en 1998 avec chéloïdes cicatricielles. Selon ces médecins, lors de chaque consultation, la patiente présentait des plaintes sous forme d'arthralgies souvent généralisées qui la préoccupaient beaucoup. Cliniquement, ils n'avaient pas mis en évidence de tuméfaction ou de signe d'inflammation articulaire, mais la palpation des articulations était douloureuse (ainsi que sur quasiment tout le corps) sans qu'il n'y ait une région particulièrement plus douloureuse qu'une autre. Tous les points de la fibromyalgie étaient douloureux à la palpation. Vu la chronicité, la longue durée, la sévérité et le caractère réfractaire aux traitements des douleurs présentées par la patiente, une réelle amélioration semblait difficile à envisager, malgré la prise en charge rhumatologique régulière. Etant donné les comorbidités psychiatriques, qui étaient stables en l'état avec un suivi régulier, une amélioration claire n'était probablement pas envisageable. A la question de savoir depuis quand une incapacité de travail de 20% au moins était attestée dans la dernière activité exercée, les médecins ont noté qu'il n'y avait « *pas de notion d'une activité professionnelle depuis son arrivée en Suisse* ». Ils ont également indiqué que l'assurée était limitée dans toutes les activités de la vie quotidienne par ses douleurs et ses préoccupations y relatives. Une activité professionnelle, même adaptée au contexte psychologique et aux douleurs de la patiente ne semblait pas envisageable en l'état. Compte tenu de la persistance des symptômes présentés par l'assurée malgré une prise en charge pluridisciplinaire (générale, psychiatrique et rhumatologique) et au vu de leur chronicité, il semblait peu probable que des mesures médicales ou non médicales puissent avoir un impact sur sa capacité de travail. Les médecins ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité assise, debout, ou permettant l'alternance des positions, pas de marche, pas d'activité nécessitant de se pencher, de monter sur une échelle ou échafaudage, ou encore des escaliers, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, pas en position accroupi ni à genoux, pas de rotation, de port de charges. Les capacités de

concentration, compréhension, d'adaptation et de résistance étaient également limitées.

Dans un avis du 19 juin 2012, la Dresse Y._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a préconisé la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatopsychiatrique SMR, avec en préalable la sollicitation de l'avis de la Dresse W._____, psychiatre traitante de l'assurée.

Dans un rapport du 9 novembre 2012 à l'OAI, la Dresse W._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (existant probablement depuis 2000), d'hépatite C chronique, de polyarthralgies sur polyarthrose et de migraine sans aura. L'infection de tuberculose latente, le reflux gastro-oesophagien et probable côlon irritable, le syndrome d'apnées du sommeil et la surcharge pondérale, n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de l'assurée. La Dresse W._____ a constaté que sa patiente se sentait fatiguée psychologiquement. La thymie était triste. Les affects étaient convergents : nervosité, stress, anxiété, manque de concentration, oublie beaucoup, maux de tête, mal à la nuque, fatigue, trouble du sommeil, cauchemars, crises de pleurs. L'assurée avait eu trop de souffrance, n'arrivait plus à faire le ménage, avait des pensées récurrentes liées au passé et présentait des angoisses et terreurs nocturnes. Selon la Dresse W._____, le pronostic était réservé au vu des symptômes anxieux et dépressifs de longue date, une situation psychosociale compliquée et un état psychique très fluctuant.

Par avis du 6 mars 2013, le Dr V._____ du SMR a confirmé la position exposée dans l'avis SMR du 19 juin 2012, à savoir qu'il convenait de convoquer l'assurée pour un examen clinique rhumatologique et psychiatrique.

Le 22 mai 2014, le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait parvenir à l'OAI ses rapports des 2 et 10 septembre 2013, ainsi que celui du 8 janvier

2014, relatifs à des infiltrations effectuées aux genoux rendant l'évolution favorable. Il a également joint son rapport du 7 avril 2014 dans lequel il a mentionné que « *les radiographies montr[ai]ent des troubles dégénératifs au niveau des compartiments fémoro-patellaire et fémoro-tibial interne d'aspect encore limité* ».

Dans un rapport du 2 juillet 2014 à l'OAI, les Dresses B._____, spécialiste en médecine interne générale, et M._____, médecin assistante, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de polyarthralgies axiales et périphériques, d'origine multifactorielle sur troubles dégénératifs (notamment gonarthrose bilatérale et lombarthrose) et probables troubles somatoformes, de troubles dépressifs et anxieux modérés, de surcharge pondérale avec BMI à 30kg/m², de reflux gastro-oesophagien et probable côlon irritable, de troubles du sommeil (dyssomnies avec difficultés d'endormissement, possibles épisodes de paralysie du sommeil, hallucinations hypnagogiques parasomniaques de type terreurs nocturnes et de syndrome d'apnées du sommeil), de varices des membres inférieurs sur insuffisance veineuse, de cataracte bilatérale et probable glaucome débutant, ainsi que de migraines sans aura. L'hépatite C chronique (génotype 4A, non-traitée), les chéloïdes mammaires post-résection graisseuse au sein et la tuberculose latente, étaient sans influence sur la capacité de travail de l'assurée. Au constat médical, la Dresse B._____ a mentionné que lors de la consultation, sa patiente présentait de multiples plaintes sous forme de polyarthralgies généralisées. Cliniquement, elle ne présentait pas de boiterie. La marche sur les pointes et les talons était normale. Elle montrait des douleurs à la palpation du rachis sur toute la hauteur, à la rotation externe à l'abduction des épaules et des douleurs à la flexion et à la rotation externe des hanches, ainsi qu'à la palpation des genoux sans évidence d'épanchement, ni de signe inflammatoire. Il n'y avait pas de déficit de la force ni de trouble de la sensibilité. Au vu de la chronicité, de la longue durée des symptômes, de la sévérité et du caractère réfractaire au traitement des douleurs présentées par l'assurée, la Dresse B._____ a estimé qu'une réelle amélioration semblait difficile à envisager, malgré la prise en charge rhumatologique régulière. Elle ajoutait qu'une activité

adaptée aux capacités de l'assurée semblait difficilement envisageable compte tenu du contexte global et des comorbidités psychiatriques qui étaient actuellement stables. Il était indiqué dans le rapport que l'assurée était suivie mensuellement à la D._____, que le suivi psychiatrique était assuré par la Dresse W._____, qu'au plan rhumatologique elle consultait régulièrement à la [...] et enfin que le suivi gastro-entérologique au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) avait lieu environ deux fois par année. La médication était décrite comme suit : Co-Dafalgan (500-30 mg 3x/j), Tramadol (20 gouttes 1x/j), Cymbalta (60 mg 1x/j), Temesta (1 mg 2x/j), Zolpidem (5 mg en réserve le soir), Magnésiocard (1x/j), Nexium (40 mg 1x/j), Relpax (40 mg en réserve), Condrosulf (800 mg 1x/j), Excipial Lotion et physiothérapie régulière. La Dresse B._____ indiquait encore qu'il n'y avait pas de notion d'activité professionnelle de l'assurée depuis son arrivée en Suisse. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : pas d'activité assise, debout, ou permettant l'alternance des positions, pas de marche, pas d'activité nécessitant de se pencher, de monter sur une échelle ou échafaudage, ou encore des escaliers, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, pas en position accroupi ni à genoux, pas de rotation, de port de charges au-delà de 1 kg. Les capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient également limitées.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du SMR a été réalisé le 28 mars 2014 par les Drs Q._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 9 juillet 2014, ils ont retenu les éléments suivants :

« **DIAGNOSTICS**

- **avec répercussion durable sur la capacité de travail**

- GONARTHROSE TRICOMPARTMENTALE BILATÉRALE. M 17.
- RACHIALGIES DIFFUSES DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS MODÉRÉS. M 54.
- PÉRIARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE BILATÉRALE AVEC SUSPICION DE CONFLIT SOUS-ACROMIAL GAUCHE ET DE TENDINOPATHIE DES DEUX LONGS CHEFS DES BICEPS ET DES DEUX SUS-ÉPINEUX. M 75.
- HÉPATITE C CHRONIQUE.

- **sans répercussion sur la capacité de travail**

- FIBROMYALGIE. M 79.0.
- TROUBLES STATIQUES MODÉRÉS DES PIEDS.
- OBÉSITÉ AVEC BMI à 34.
- STATUS VARIQUEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS AVEC LIPOEDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS.
- MIGRAINES SANS AURA ANAMNESTIQUES.
- INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE.
- SYNDROME DES APNÉES DU SOMMEIL NON APPAREILLÉ AVEC AUTRES TROUBLES DU SOMMEIL (DYSSOMNIES AVEC DIFFICULTÉS D'ENDORMISSEMENT, POSSIBLE PARALYSIE DU SOMMEIL, HALLUCINATIONS HYPNAGOGIQUES PARASOMNIAQUES DE TYPE TERREURS NOCTURNES).
- TUBERCULOSE LATENTE.
- REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN ET PROBABLE CÔLON IRRITABLE ANAMNESTIQUE.
- STATUS APRÈS RÉDUCTION MAMMAIRE AVEC CHÉLOÏDES CICATRICIELLES.
- DYSTHYMIE D'INTENSITÉ LÉGÈRE F34.1.
- CATARACTE BILATÉRALE ET PROBABLE GLAUCOME DÉBUTANT.

APPRÉCIATION DU CAS

L'assurée nous a dit d'emblée qu'elle a mal partout, surtout au niveau des deux membres inférieurs et plus particulièrement au niveau des deux genoux. Elle présente également des douleurs dorsolombaires avec douleurs des deux fesses ainsi que des cervico-scapulalgies bilatérales. Elle se plaint aussi de douleurs des deux hanches prenant la face externe de ces dernières et les plis inguinaux. Elle présenterait également des douleurs des coudes et des poignets. Ces diverses douleurs existent depuis cinq ans et se sont aggravées au fil du temps. Ce qui lui fait le plus mal sont actuellement les douleurs des deux membres inférieurs et les douleurs dorsales. Les dorsalgies augmentent actuellement à la toux et à la défécation. La position assise serait limitée à 15 minutes par les douleurs rachidiennes et des membres inférieurs, la position debout à 10 minutes et le périmètre de marche à 10-15 minutes par les douleurs des membres inférieurs. L'assurée signale des réveils nocturnes par les douleurs des membres inférieurs qui sont décrites comme des tiraillements ou des crampes. Elle signale également un dérouillage matinal de 10 minutes Elle présenterait également des fourmillements nocturnes des mains. Les douleurs des membres inférieurs et les gonalgies existent déjà au repos, augmentant à la marche et surtout à la pratique d'escaliers autant à la montée qu'à la descente. L'assurée signale des blocages des deux genoux ainsi que des lâchages des deux membres inférieurs surtout à gauche, ne s'étant cependant jamais compliqués de chutes. Elle présenterait également de manière intermittente des épanchements des deux genoux, surtout du gauche. La mobilité des épaules ne serait pas limitée. L'assurée présente par contre une intolérance aux bruits et à la lumière. Elle est tout le temps fatiguée, mais cette fatigue a une prédominance matinale et vespérale. L'assurée est également connue pour des migraines sans aura depuis six à sept ans. Ces migraines se manifestent sous forme d'hémicrânes droites ou

gauches à caractère pulsatile, s'accompagnant de nausées, de photophobie et de phonophobie. L'assurée est également connue pour une hépatite C chronique de génotype 4A diagnostiquée en 2000 avec virémie à $1,28 \times 10^5$ UI/ml et avec un Métavir A1 F1, suite à une biopsie de mars 2011. Aucun traitement ne lui a été proposé à l'époque. L'assurée a présenté également une infection tuberculeuse latente diagnostiquée en mars 2011 que les pneumologues ont renoncé à traiter, au vu de son caractère non actif. L'assurée est également connue pour un reflux gastro-œsophagien et un probable côlon irritable. Elle présente également un syndrome d'apnées du sommeil pour lequel elle a été appareillée, mais elle n'a pas supporté le port de la C-PAP. L'assurée est également connue pour une réduction mammaire en 1998 avec chéloïdes résiduelles et une hystérectomie il y a 22 ans. Selon le rapport demandé à la D. _____ après le présent examen au SMR, on apprend aussi que l'assuré[e] présente aussi d'autres troubles du sommeil que le syndrome d'apnées du sommeil (se référer plus haut antécédents personnels) ainsi qu'une cataracte bilatérale et un probable glaucome débutant.

Au status actuel, on note une assurée en bon état général, normocarde, hypertendue à 140/100 mmHg (valeurs tensionnelles à reconstrôler par le médecin traitant). L'assurée est obèse avec un BMI à 34. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. L'abdomen est souple, diffusément douloureux, surtout à la fosse iliaque gauche sans défense, ni détente. Il n'y a pas d'organomégalie ou de masse palpable.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assurée déambule normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe du pied et sur le talon est possible des deux côtés. L'accroupissement est limité. Il entraîne des gonalgies et des douleurs des mollets. Le relèvement se fait cependant sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est sans particularité, si ce n'est une hyporéflexie rotulienne bilatérale et une hypoesthésie diffuse de tout le membre inférieur gauche qui est probablement d'origine fonctionnelle, au vu de son caractère diffus ne respectant pas un territoire radiculaire particulier et au vu du reste du status neurologique parfaitement normal. Les épreuves de Lasègue sont quant à elles négatives. Elles sont tout de même limitées à 70° des deux côtés par un raccourcissement des muscles ischio-jambiers.

Au plan rachidien, on note des troubles statiques modérés du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais l'on note la présence d'un signe de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la rotation du tronc les ceintures bloquées. L'assurée présente également une importante discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen. La mobilité cervicale est satisfaisante, mis à part l'extension cervicale qui est limitée. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Seule la distance pouce-C7 est discrètement augmentée à l'épaule droite par rapport à la gauche. On note également une épreuve de Hawkins positive à gauche et des épreuves de Jobe et de Palm up douloureuses des deux côtés, ce qui signe la possibilité d'une périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec conflit sous-acromial gauche et probable tendinopathie des sus-épineux et des longs chefs des biceps. L'assurée présente par ailleurs un syndrome

rotulien bilatéral. Elle présente un lipoedème des membres inférieurs et des troubles statiques modérés des pieds sous forme d'avant-pieds plats transverses avec début d'hallux valgus. L'assurée présente également un status variqueux des membres inférieurs avec lipoedème prédominant à la région périmalloleaire. L'assurée présente également des douleurs à la palpation de tous les points typiques de la fibromyalgie, ce qui permet de confirmer ce diagnostic. Cependant, cette fibromyalgie est probablement secondaire à la polyarthrose présentée par l'assurée et à de possibles polyarthralgies liées à son hépatite C chronique.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis dorsolombaire. On note également une gonarthrose tri-compartimentale bilatérale à prédominance fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire. Une radiographie de l'épaule gauche s'avère normale. Une scintigraphie osseuse effectuée en 2011 aurait montré des lésions compatibles avec une périostite ou une panniculite des tibias et des fémurs, mais ces lésions ont été infirmées par la suite par une IRM des membres inférieurs effectuée à la fin 2011.

Dans cette situation clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont probablement pas entièrement respectées dans une activité de ménagère. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est de l'ordre de 70%, au vu de la polyarthrose et des douleurs diffuses de type fibromyalgie secondaire pouvant être secondaires à la polyarthrose ainsi qu'à des polyarthralgies dans le cadre de l'hépatite C chronique. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail ne serait pas bien meilleure, au vu de la polyarthrose, de la possibilité de douleurs polyarticulaires dans le cadre de l'hépatite C chronique qui conduiraient à des limitations fonctionnelles multiples, qui entraîneraient fatalement une baisse du rendement même dans une activité adaptée. Nous ne retenons cependant pas une incapacité de travail supérieure, au vu de l'absence d'un rhumatisme inflammatoire à proprement parler, du caractère relativement modéré des troubles dégénératifs du rachis et au vu de la bonne tolérance à la position assise en cours d'entretien. Nous laissons encore le médecin responsable du dossier au SMR interroger l'ophtalmologue traitant pour déterminer les limitations fonctionnelles d'ordre ophtalmologique et leurs répercussions sur la capacité de travail. A noter encore que nous avons aussi demandé après l'examen au SMR un rapport au Professeur [...] ou au Service de rhumatologie du CHUV, rapport qui ne nous est toujours pas parvenu. Si ce rapport devait arriver ultérieurement, nous laissons aussi le médecin responsable du dossier de nous en reparler, s'il le juge nécessaire ou s'il y avait d'autres éléments ou diagnostics que ceux que nous avons respectivement relevés ou posés.

Sur le plan psychiatrique, suite à une relation de couple conflictuelle marquée par la violence qui aboutit à un divorce en 2008, l'assurée aurait développé une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle et elle a bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire à [...]. En 2009, suite au décès de sa mère d'un cancer de l'estomac, l'assurée n'a pas pu aller la voir pour des raisons

administratives, d'où un sentiment de culpabilité. Depuis le 8 décembre 2009, elle bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès de la Dresse W._____, psychiatre FMH qui dans son rapport médical du 19 novembre 2012, retient le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, existant probablement depuis 2000. Vu que l'assurée n'a jamais eu d'activité lucrative, la psychiatre ne se prononce pas sur la capacité de travail.

Les éléments médicaux communiqués par la Dresse W._____ ne sont pas suffisamment étayés pour permettre de se prononcer sur le plan asséculoologique.

Notre examen clinique de ce jour n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis son arrivée en Suisse, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, d'état de stress post-traumatique, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles dissociatifs ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie à début tardif, qui est une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. L'assurée présente une tristesse fluctuante, avec des périodes où elle se sent un peu mieux mais la plupart du temps elle se sent fatiguée et déprimée, tout lui coûte et rien ne lui est agréable, elle perd confiance en elle-même et présente des troubles du sommeil. Cependant, l'assurée est tout à fait capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. La dysthymie ne représente pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie à caractère incapacitant et sa capacité de travail exigible est entière.

Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kilos, pas de travail en porte à faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations.

Membres inférieurs : pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de marches en terrain irrégulier. Pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marches ou de position debout de plus d'un quart d'heure.

Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 5 kilos avec les membres supérieurs.

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

L'âge, l'absence de formation professionnelle, les difficultés linguistiques, le fait que l'assurée n'a jamais eu d'activité lucrative ne font pas partie du domaine médical.

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

Depuis 2009, date de l'apparition des diverses douleurs de l'assurée.

Il n'y [a] pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

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

Il est resté de 30% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire ainsi que dans l'activité de ménagère. Cependant, pour confirmer la chose, une enquête ménagère devrait être encore effectuée.

En l'absence de toute pathologie psychiatrique à caractère incapacitant, la capacité de travail exigible est entière.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 70 % COMME MÉNAGÈRE (À CONFIRMER PAR UNE ENQUÊTE MÉNAGÈRE).

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70 % DEPUIS 2009.

À TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPECIALISTE EN READAPTATION. »

Dans un avis du 29 juillet 2014, le Dr R._____ du SMR a préconisé d'interroger l'ophtalmologue traitant de l'assurée pour déterminer en particulier les limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur la capacité de travail.

Dans un rapport du 22 août 2014 à l'OAI, le Dr F._____, spécialiste en ophtalmologie, a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status post opération de cataracte et de nerfs optiques suspects de glaucome débutant. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles au plan oculaire.

Dans un rapport du 6 octobre 2014 à l'OAI, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de douleurs chroniques des membres

inférieurs d'origine indéterminée « (*polyneuropathie ?*) », de polyarthrose, de probable état anxio-dépressif, d'hépatite C chronique génotype 4, non traitée. En revanche, les diagnostics d'obésité de stade II selon l'OMS, de syndrome d'apnée obstructive du sommeil, de tuberculose latente, de possible côlon irritable, de reflux gastro-œsophagien et de migraines sans aura, étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Ce médecin a précisé qu'au vu des douleurs chroniques des membres inférieurs et de l'insuffisance veineuse chronique, l'assurée présentait une probable limitation à la station debout prolongée de plus de 2 heures et également à la position assise pendant plus de 2 heures. Il recommandait une activité faisant varier les positions. Les polyarthralgies sur troubles dégénératifs, notamment gonarthrose, imposaient si possible une alternance du travail en position debout et couché et une limitation du port de charge à un maximum de 5-10 kg. Il n'y avait pas de limitation passive des amplitudes articulaires. Il indiquait que la patiente n'avait jamais travaillé en Suisse et qu'un stage professionnel permettrait de définir l'impact des limitations fonctionnelles sur l'exercice d'une activité professionnelle. Selon ce médecin, les restrictions énumérées pouvaient être réduites par des mesures médicales : l'impact fonctionnel de la polyarthrose pouvait être réduit par l'exercice physique régulier, la perte pondérale et le traitement symptomatique des douleurs. Cela nécessiterait toutefois du temps, de nombreux mois, et une adhérence thérapeutique importante de la patiente. Il notait que s'il était retenu dans le futur une indication à un traitement spécifique de l'hépatite C pour des indications gastro-entérologiques, une diminution des douleurs liées à cette atteinte pouvait être espérée. A court et moyen terme, le Dr N._____ estimait que l'assurée ne pourrait pas avoir une capacité de travail compatible avec les exigences du marché du travail actuel.

Dans un rapport SMR du 4 décembre 2014, la Dresse H._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : au niveau du rachis, alterner deux fois par heure la position assise et debout, pas de soulèvement ou de port de charges de plus de 5 kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations ; au niveau des membres inférieurs, pas de genuflexions répétées, pas de

franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche ou de positions debout de plus d'un quart d'heure ; au niveau des membres supérieurs, pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de lever des charges de plus de 5 kilos avec les membres supérieurs. La Dresse H._____ s'est ralliée à la position de l'examen SMR bidisciplinaire et a estimé que le rapport du Dr N._____ n'était pas de nature à apporter des faits nouveaux pouvant modifier cette appréciation. Ainsi, elle ne retenait pas l'indication à mettre en place un stage professionnel.

Selon une note interne de l'OAI du 20 janvier 2015, l'assurée, âgée de 55 ans, divorcée, au bénéfice de l'aide sociale, dont les enfants étaient tous majeurs, devait être considérée comme 100% active.

Le 20 janvier 2015, l'OAI a rendu un projet de décision refusant à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, estimant qu'elle présentait une capacité de travail de 70% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

Le 19 février 2015, l'assurée, représentée par son conseil, a fait parvenir ses observations à l'OAI, relevant notamment qu'une enquête ménagère devrait être réalisée. Elle a complété sa position, le 16 avril 2015, expliquant notamment que la traductrice présente lors de l'évaluation de son état de santé psychique au SMR connaissait sa famille et qu'elle n'avait ainsi pas pu s'exprimer librement. Elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique par un expert indépendant, compte tenu des divergences entre l'appréciation du SMR et celle de sa psychiatre traitante, la Dresse W._____. Elle a notamment joint à son écriture :

- Un rapport de la Dresse W._____ du 2 avril 2015 dans lequel cette dernière a attesté une incapacité de travail entière d'un point de vue psychiatrique. Elle s'est étonnée des conclusions du rapport SMR au sujet du diagnostic et du tableau clinique retenus ;

- Un rapport du CHUV du 8 avril 2015, à teneur duquel les médecins de la D. _____ ont noté des contradictions dans les conclusions de l'OAI, à savoir notamment entre les limitations et la capacité de travail de 70% retenues. Ils préconisaient de procéder à une enquête ménagère.

Dans un avis SMR du 8 mai 2015, la Dresse H. _____ a maintenu les conclusions du rapport d'examen de ce service du 4 décembre 2014, concluant que la Dresse W. _____ avait une appréciation différente de la même situation et que les médecins de la D. _____ n'expliquaient pas les raisons de leurs conclusions divergentes par rapport à l'examen bidisciplinaire du SMR.

Par décision du 19 mai 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 janvier 2015. Dans une annexe datée du même jour, l'OAI a précisé que quand bien même le SMR ou l'expert estimait qu'une enquête ménagère était nécessaire, cette dernière ne pouvait avoir lieu en raison du statut de 100% active retenu, choix qui appartenait à l'administration et non aux médecins. Par conséquence, une enquête ménagère n'avait pas lieu d'être.

B. Par acte du 18 juin 2015, Z. _____, représentée par Me Joël Crettaz, a recouru contre la décision du 19 mai 2015 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} février 2012, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle fait valoir qu'il n'existerait pas d'activité qui lui permettrait de respecter ses nombreuses limitations fonctionnelles, ce d'autant plus à un taux réduit, se référant aux avis des médecins de la D. _____ dans leur lettre du 8 avril 2015. Elle souligne également que les médecins du SMR n'ont pas motivé le taux de capacité de travail de 70% retenu dans leur rapport du 28 mars 2014. La recourante soutient également que l'OAI aurait dû procéder à une enquête ménagère étant donné qu'elle est femme au foyer et demande dès lors que ladite enquête soit effectuée. S'agissant de ses atteintes psychiques, la recourante relève que la position des médecins du

SMR est en totale contradiction avec les conclusions des médecins de la D. _____ et de sa psychiatre traitante. Elle ajoute qu'elle connaissait le traducteur présent lors de l'examen médical au SMR et qu'elle n'a dès lors pas pu s'exprimer librement. Elle requiert ainsi la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans sa réponse du 3 septembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Dans son écriture du 26 novembre 2015, la recourante a derechef requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Elle a produit un courrier de la Dresse W. _____ du 18 novembre 2015 adressé à son conseil. La Dresse W. _____ y a notamment relevé ce qui suit :

« **Éléments diagnostiques suivants basés sur :**

Symptômes anxio-dépressifs modérés : abaissement de l'humeur et tristesse, affects sont congruents, perte d'intérêt ou de plaisir, asthénie, ruminations liées au passé, difficultés de concentration et de mémoire. Présence d'angoisses nocturnes à type de terreur ou d'angoisse de mort. Ces derniers symptômes sont suivis de troubles du sommeil accompagnés de cauchemars et sont responsables de fatigue et de somnolence diurne.

Symptômes somatiques associés : tremblements, palpitations, douleurs physiques multiples.

Diagnostic :

Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2)

Discussion :

Le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte a été retenu en raison de la persistance chronique de symptômes appartenant au registre d'une part de l'anxiété et d'autre part de la dépression, sans qu'il n'existe de prédominance d'un groupe de symptômes sur l'autre.

Mme Z. _____ présente de longue date une anxiété diurne et nocturne. Sur le plan thymique, une certaine dépressivité au long cours est présente, caractérisée par des moments de tristesse.

Les plaintes de Mme Z. _____ ne sont pas purement du registre social. Les angoisses nocturnes et les troubles du sommeil accompagnés de cauchemars sont responsables de fatigue et de somnolence diurne. Ces symptômes ne sont pas compatibles avec une pleine capacité de travail. »

Le 17 décembre 2015, l'OAI a maintenu sa position, estimant que l'avis de la Dresse W._____ ne permettait pas d'écarter les conclusions médicales sur lesquelles il s'était fondé pour rendre la décision litigieuse.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

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

des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 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). L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Dès lors que l'invalidité d'un assuré majeur se définit par rapport à l'impact d'une atteinte à la santé soit sur l'aptitude de celui-ci à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (cf. art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA), soit sur son aptitude à accomplir ses travaux habituels (cf. art. 8 al. 3 LPGA), il conviendra en premier lieu d'examiner la question du statut du recourant. En effet, la méthode d'évaluation de l'invalidité est différente, selon qu'on est en présence d'un assuré actif professionnellement ou pas (cf. ATF 129 V 150 consid. 2.1). L'influence d'une pathologie déterminée n'est par ailleurs pas forcément identique selon le domaine d'activité (professionnel ou ménager) considéré (TF 9C_352/2014 du 14 octobre 2014 consid. 3.1).

La détermination du statut de l'assuré s'effectue en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé

n'était pas survenue, en tenant compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 125 V 146 consid. 2c et 117 V 194 consid. 3b ; TFA I 707/2001 du 20 février 2003 consid. 2.1). Il s'agit d'une appréciation hypothétique qui doit prendre en compte également des intentions hypothétiques de la personne assurée, lesquelles ne peuvent pas être prouvées directement mais doivent en règle générale être déduites d'indices externes (TFA I 693/2006 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

d) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. 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 (cf. TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6 ; TFA U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). 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).

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 (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{eme} édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGa, pp. 547 s.). Selon la jurisprudence, 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 137 V 210 et 122 V 157 consid. 1d ; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. AUBERT parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun

éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

4. En premier lieu, il convient d'examiner la question du statut de la recourante.

L'intimé a estimé que cette dernière avait un statut d'active à 100%. La recourante, quant à elle, a soutenu qu'une enquête ménagère aurait dû être effectuée par l'OAI compte tenu de son statut de femme au foyer.

Pour retenir le statut d'active à 100%, l'OAI s'est fondé sur le fait que la recourante était âgée de 55 ans, divorcée depuis début 2008, vivait seule dans un appartement et émargeait à l'aide sociale (cf. note interne de l'OAI du 20 janvier 2015).

Or il s'avère que la recourante n'a jamais déclaré qu'elle souhaitait reprendre une activité lucrative. L'absence totale d'activité depuis son arrivée en Suisse en 1997, de même que l'absence de pièces attestant d'une quelconque recherche d'emploi de 1997 à nos jours, ainsi que l'indication selon laquelle, en bonne santé, elle œuvrerait à 100% « *en tant que femme au foyer* » (cf. formulaire de détermination du statut du 8 mars 2012), doivent l'emporter sur les observations de l'intimé, selon lesquelles, compte tenu de son âge, de son divorce et de sa vie seule, elle devrait être considérée comme active à 100%. Il convient bien plutôt de mettre en œuvre une enquête ménagère, à l'occasion de laquelle l'enquêtrice veillera à examiner de façon détaillée la question du statut de la recourante et fera sur cette base une proposition à l'administration.

Dans la mesure où l'incidence des pathologies diagnostiquées sur l'accomplissement des tâches ménagères n'a jamais été examinée, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction (enquête ménagère et constitution d'un dossier médical concernant l'impact des atteintes à la santé dans la

sphère ménagère) et rende une nouvelle décision. En effet, le devoir d'instruction de l'OAI 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). Ainsi, le renvoi à l'assureur apparaît justifié dès lors qu'il s'agit de trancher une question de fait qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement (cf. consid. 3d supra).

5. Cela étant, il y a tout de même lieu d'examiner les autres griefs soulevés par la recourante.

a) La recourante fait valoir qu'elle connaissait l'interprète qui l'a assistée lors de l'examen médical réalisé au SMR le 28 mars 2014, raison pour laquelle elle n'a pas été en mesure de s'exprimer librement comme elle aurait souhaité le faire. Cependant, on constate que la recourante ne l'a pas indiqué aux experts au début de l'examen et qu'elle n'a pas expliqué pourquoi les faits qu'elle n'aurait pas pu exprimer librement seraient susceptibles de modifier les conclusions médicales. Il n'apparaît d'ailleurs pas, dans le rapport SMR du 9 juillet 2014, que la recourante aurait fait preuve de retenue dans ses propos. Ainsi, on peut en déduire qu'il n'existe pas de vices qui entacheraient le rapport SMR du 9 juillet 2014 et que le droit d'être entendu – consacré aux art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 42 LPGA – de la recourante a été respecté. Quoiqu'il en soit, l'interprète étant un auxiliaire de l'expert, il appartenait à la recourante d'exercer son droit de récusation tel que fondé sur l'art. 44 LPGA. Cette loi ne prévoit pas de délai pour déposer une demande de récusation. Par renvois successifs (art. 55 LPGA, 19 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] et 58 PCF [loi fédérale du 4 décembre 1947 de procédure civile fédérale ; RS 273]), l'art. 36 al. 1 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110) s'avère applicable. Il prévoit que la partie doit présenter la demande « *dès qu'elle a connaissance du motif de récusation* ». Selon la jurisprudence relative à cette disposition, la partie doit agir sans délai dès qu'elle a en main tous les éléments propres à fonder une demande de récusation. En effet, selon

la pratique constante, celui qui omet de se plaindre immédiatement de la prévention d'un magistrat et laisse le procès se dérouler sans intervenir agit contrairement à la bonne foi et voit son droit se périmier (ATF 134 I 20 consid. 4.3.1, 132 II 485 consid. 4.3, 130 III 66 consid. 4.3, 126 III 249 consid. 3c, 124 I 121 consid. 2). Ce principe, qui s'applique de manière générale en matière de récusation, vaut également dans le cadre de la LTF (TF 1B_277/2008 du 13 novembre 2008 consid. 2 et les références citées ; Florence AUBRY GIRARDIN, in Commentaire LTF, 2009, n. 12 ad art. 36 LTF).

b) S'agissant de son état de santé physique, la recourante fait valoir que les médecins du SMR n'ont pas motivé le taux de capacité de travail de 70% retenu dans leur rapport du 9 juillet 2014. Toutefois, il convient de noter que la recourante n'a pas formellement contesté l'appréciation livrée par ces médecins, en tant qu'elle concerne le plan somatique. Dans leur rapport d'examen, ces médecins ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose tricompartementale bilatérale, de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis modérés, de périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec suspicion de conflit sous-acromial gauche et de tendinopathie des deux longs chefs des biceps et des deux sus-épineux, d'hépatite C chronique. Etaient en revanche sans influence sur la capacité de travail la fibromyalgie, les troubles statiques modérés des pieds, l'obésité avec BMI à 34, le status variqueux des membres inférieurs avec lipoedème des membres inférieurs, de migraines sans aura anamnestiques, d'infection tuberculose latente, de syndrome d'apnées du sommeil non appareillé avec autres troubles du sommeil, de reflux gastro-œsophagien et probable côlon irritable anamnestique, de status après réduction mammaire avec chéloïdes cicatricielles et de cataracte bilatérale et probable glaucome débutant. Ces médecins ont estimé la capacité de travail de la recourante à 70% depuis 2009 comme ménagère et dans une activité adaptée. Les médecins du SMR ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : au niveau du rachis, alterner deux fois par heure la position assise et debout, pas de soulèvement ou de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique

prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations ; au niveau des membres inférieurs, pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche ou de positions debout de plus d'un quart d'heure ; au niveau des membres supérieurs, pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de lever des charges de plus de 5 kg avec les membres supérieurs. Cela étant, le rapport du 9 juillet 2014 du SMR satisfait aux critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, ces médecins ont établi l'anamnèse de la recourante, pris en compte le dossier radiologique et relevé les plaintes alléguées par l'intéressée. Ils ont ensuite réalisé les examens et observations cliniques nécessaires. Les conclusions du rapport sont dûment motivées, contrairement à ce que soutient la recourante, et exemptes de contradictions. Il n'y a par ailleurs pas d'autre pièce médicale au dossier attestant une position différente sur la question des atteintes à la santé de la recourante au plan somatique. S'agissant des médecins de la D._____, ils ne donnent, dans leur rapport du 8 avril 2015, aucun argument ou explication susceptible de modifier les conclusions prises par le SMR. Quant à l'appréciation du Dr N._____ exposée dans son rapport du 6 octobre 2014, elle ne permet pas de remettre en cause les conclusions motivées des médecins du SMR. En effet, ce médecin s'est limité à exposer que la recourante ne pourrait pas avoir une capacité de travail compatible avec les exigences du marché du travail actuel, sans autre précision alors qu'il a retenu des limitations fonctionnelles similaires à celles reconnues par le SMR. Or contrairement à l'avis de ce médecin et à l'argument soulevé par la recourante, à savoir que ses limitations fonctionnelles sont telles qu'il n'existerait aucune possibilité de trouver une activité adaptée à son état de santé sur le marché du travail actuel, il convient au contraire d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif est adapté à ses limitations fonctionnelles et accessible sans aucune formation particulière.

c) En ce qui concerne l'état de santé psychique de la recourante, la Dresse E._____ a retenu, dans son rapport SMR du 9

juillet 2014 qui revêt une pleine valeur probante, le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie d'intensité légère et de syndrome des apnées du sommeil non appareillé avec autres troubles du sommeil. Les observations de la Dresse E._____ rejoignent en partie celles de la Dresse W._____ et des médecins de la D._____, non spécialistes. En effet, ni les uns ni les autres n'ont retenu d'état dépressif majeur, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, d'état de stress post-traumatique, de troubles dissociatifs ou de troubles obsessionnels compulsifs. Dans son rapport du 19 novembre 2012, la Dresse W._____ a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte existant probablement depuis 2000, mais elle ne s'est en revanche pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante à cette époque. Elle y mentionnait déjà la présence d'angoisses et de terreurs nocturnes entraînant des troubles du sommeil. Dans sa lettre du 2 avril 2015 au conseil de la recourante, la Dresse W._____ a précisé qu'elle retenait une incapacité de travail entière, pour finalement estimer, dans sa lettre du 18 novembre 2015, que les symptômes présentés par la recourante n'étaient pas « *compatibles avec une pleine capacité de travail* », indiquant que les symptômes anxio-dépressifs étaient « *modérés* ». La Dresse W._____ ne fait pas état d'éléments objectifs dans ses rapports qui auraient été ignorés dans le cadre de l'examen médical réalisé par la Dresse E._____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Ainsi, devant une appréciation différente d'une situation identique, il convient de privilégier l'appréciation de la Dresse E._____, plus solidement étayée que celle de la psychiatre traitante.

Quoiqu'il en soit, il appartiendra à l'OAI d'apprécier si, à l'issue de l'enquête ménagère, un complément d'instruction sur l'état de santé psychiatrique de la recourante s'avère nécessaire.

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction (enquête ménagère et constitution d'un dossier médical concernant l'impact des atteintes à la santé dans la sphère ménagère) et nouvelle décision.

a) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. Il convient de les fixer en l'occurrence équitablement à 2'000 francs, ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 19 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Joël Crettaz (pour Z._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :