

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 mars 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Riesen, assesseur  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Karim Hichri,  
avocat auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4 et 28 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en dernier lieu comme collaboratrice de [...] au service de logistique de K. \_\_\_\_\_ de septembre 2005 à juillet 2008. Depuis lors, elle n'a plus repris d'activité professionnelle et a été mise au bénéfice des prestations de l'aide sociale.

Le 10 mars 2009, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle souffrait d'une dépression entraînant une incapacité de travail depuis le mois de septembre 2007.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assurée, à savoir les Dresses H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale interne, et D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. La Dresse H. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état dépressif et d'obésité (cf. rapport du 20 avril 2009). Quant à la Dresse D. \_\_\_\_\_, elle a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (F32.2), un trouble de la personnalité (F60), une obésité morbide ainsi que des difficultés liées à l'environnement social (Z60) et à une enfance malheureuse (Z61). Elle a attesté une totale incapacité de travail depuis le 12 octobre 2007, estimant que l'on pouvait espérer un essai de réinsertion professionnelle dès juin 2010, compte tenu d'une amélioration constatée par rapport à l'état qui prévalait à fin 2007 et 2008 (cf. rapport du 14 août 2009).

Compte tenu de ces éléments, sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, confiée au Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport d'expertise du 4 janvier 2010, le Dr T. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble

anxieux et dépressif mixte (F41.2) et d'obésité, tout en considérant que ces pathologies restaient sans incidence sur la capacité de travail.

Par décision du 30 juin 2010, l'OAI a retenu que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans tout type d'activité, sans connaître de limitation fonctionnelle, le trouble anxieux et dépressif mixte ainsi que l'obésité n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité. L'office a donc rejeté la demande de prestations de l'assurée. Non contestée, cette décision est entrée en force.

**B.** A la suite d'une communication de détection précoce du Centre Social Régional de [...], et sur recommandation de l'OAI, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 25 février 2015. Elle a indiqué qu'elle se trouvait en totale incapacité de travail depuis 2008 et qu'elle souffrait de dépression, de kystes sur les reins, d'ovaires polykystiques, d'anévrisme cérébral, d'hypertension et de nodules au foie.

L'OAI est entré en matière sur cette demande et a procédé à son instruction. Dans ce cadre, il a notamment interpellé le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en néphrologie au Service de néphrologie du W.\_\_\_\_\_. (ci-après : W.\_\_\_\_\_.). Dans un rapport du 21 mai 2015, ce médecin a posé les diagnostics de ADPKO (polykystose rénale) induisant des douleurs lombaires, d'obésité morbide (BMI 45), d'hypertension artérielle, d'anévrisme cérébral et d'état dépressif. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail dès le 7 janvier 2015, date du début de sa prise en charge, tout en précisant que du point de vue somatique, une activité à 50%, uniquement en position assise, lui semblait être le maximum exigible.

Dans un rapport du 18 juin 2015 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie au W.\_\_\_\_\_, a retenu les diagnostics de syndrome de l'intestin irritable à prédominance de constipation, de polykystose rénale avec hyperandrogénisme, d'obésité de stade IV, d'état anxio-dépressif et de tabagisme chronique. S'agissant de la question de la capacité de travail, le Dr B.\_\_\_\_\_ a renvoyé à la psychiatre traitante,

tout en précisant que les problèmes psychiatriques étaient clairement au premier plan dans les restrictions professionnelles.

Sollicitée par l'OAI, la Dresse D. \_\_\_\_\_ s'est prononcée dans un rapport du 29 juillet 2015. Au titre des diagnostics avec effet sur la capacité de travail, la psychiatre a mentionné un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen (F33), un trouble de la personnalité (F60), une phobie sociale (F40.1) et une obésité morbide de stade IV selon l'OMS avec un BMI de 45,85 (E66). Elle a relevé que sa patiente souffrait également d'une polykystose rénale, d'un anévrisme cérébral, d'une hypertension artérielle traitée, d'un syndrome de l'intestin irritable et d'une hyperplasie nodulaire focale hépatique. Cette problématique physique complexe avait des conséquences psychopathologiques et psychosociales majeures, ayant conduit à l'aggravation de l'état de santé psychique de sa patiente. Compte tenu de ces éléments, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de 100% depuis octobre 2007.

Dans un avis du 21 janvier 2016, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a observé que les nouvelles pathologies diagnostiquées au plan somatique (anévrisme cérébral, polykystose) n'interféraient pour l'instant pas avec la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse et le status clinique décrits par la Dresse D. \_\_\_\_\_ étaient comparables à ceux décrits dans ses précédents rapports et ne mettaient en évidence aucune aggravation. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a encore relevé que le status de la psychiatre traitante était succinct et que depuis son dernier rapport, l'expert T. \_\_\_\_\_ s'était prononcé.

Par projet de décision du 29 janvier 2016, l'OAI s'est rallié aux conclusions du Dr L. \_\_\_\_\_ et a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif que sa capacité de travail restait entière dans toute activité.

Le 30 mars 2016, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision précité. Elle a en substance fait valoir que son état psychique, fragile, s'était aggravé à la suite de l'apparition des nouveaux

troubles somatiques. L'assurée a également fait grief au Dr L. \_\_\_\_\_ d'avoir écarté sans aucune motivation les avis des Drs B. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, et notamment l'incapacité de travail de 50% au plan somatique attestée par le néphrologue et son indication à la consultation d'un neurologue pour les céphalées.

L'assurée a transmis à l'OAI un rapport établi le 3 juin 2016 par la Dresse D. \_\_\_\_\_, aux termes duquel elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif modéré à sévère (F33.1 à F33.2), d'un trouble de la personnalité non spécifique (F60.9), d'une phobie sociale (F40.1) et d'une obésité morbide de stade IV. Selon la psychiatre traitante, ces troubles induisaient une incapacité de travail de 100% dans tout type d'activité. La Dresse D. \_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle avait noté une péjoration de l'état psychique de sa patiente depuis la découverte d'une hyperplasie nodulaire focale hépatique, d'une polykystose rénale et d'un anévrisme cérébral.

Dans un avis du 5 juillet 2016, le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé que la Dresse D. \_\_\_\_\_ n'avait pas étayé l'aggravation du trouble dépressif allégué et qu'il n'existait dès lors aucun élément médical nouveau au plan psychique.

Par décision du 16 septembre 2016, l'OAI a confirmé le refus de prestations, au motif que les pathologies apparues au plan somatique depuis la dernière décision n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de l'assurée, qui restait entière dans toute activité. Au plan psychiatrique, l'état de santé de l'intéressée n'avait pas connu d'aggravation, le rapport de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 3 juin 2016 n'apportant aucun élément nouveau.

**C.** Par acte du 24 octobre 2016, N. \_\_\_\_\_, représentée par Me Karim Hichri, avocat auprès d'Intégration Handicap, a recouru auprès de le Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, dont il a implicitement demandé la réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 2015.

Subsidiairement, elle a requis une instruction complémentaire aux plans somatique et psychique. La recourante fait en substance grief à l'intimé d'avoir écarté les avis des Drs R.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, sans solide motivation.

Dans une réponse du 24 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision contestée.

Par réplique du 29 décembre 2016, la recourante a maintenu ses conclusions.

### **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'AI (cf. art. 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 en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 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 (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), 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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI à la suite de sa nouvelle demande du 25 février 2015. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 8 juin 2010 et la décision litigieuse.

**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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le Tribunal fédéral a récemment retenu qu'il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques, et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs, puisque des problèmes de preuve analogues se posent pour les maladies psychiques (TF 8C\_841/2016 et 130/2017 du 30 novembre 2017, renvoyant à l'ATF 141 V 281).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

**b)** Lorsqu'une rente a été précédemment refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la

modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré.

Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA qui traite de la révision de la rente, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

**4.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves.

Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de 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 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. 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 avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (cf. TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 ; cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1 et la référence citée 9C\_121/2016 du 27 avril 2016 consid. 4.1). Les rapports des médecins du service médical interne de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime,

sur l'exactitude de leurs conclusions. Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence de leurs constatations médicales (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1, 135 V 465 consid. 4.6 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3, 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4).

**5. a)** En l'occurrence, après être entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, l'office intimé a estimé que la modification de l'état de santé invoquée n'est pas susceptible d'ouvrir le droit à la rente. Se fondant les avis du Dr L. \_\_\_\_\_ des 21 janvier et 5 juillet 2016, l'OAI a retenu que les nouvelles atteintes au plan somatique n'interfèrent pas avec la capacité de travail et qu'en l'absence de nouveaux éléments du registre psychique, il peut être retenu que l'assurée n'a pas connu d'aggravation sur ce plan. En définitive, pour l'intimé, la recourante ne présente aucune attente à la santé justifiant une incapacité de travail.

De son côté, la recourante conteste ce point de vue. Elle soutient que son état s'est détérioré aux plans physique et psychique, et qu'il ne lui est plus possible d'exercer une quelconque activité lucrative. Elle explique en particulier que son état de santé psychique s'est aggravé après qu'elle a appris qu'elle était atteinte de plusieurs pathologies somatiques (polykystose rénale, avec probabilité de 50% de connaître une insuffisance rénale terminale d'ici ses 50 ans [cf. rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 21 mai 2015], anévrisme de l'artère cérébrale antérieure gauche, hyperplasie nodulaire hépatique). On relèvera à cet égard que cette décompensation psychique en réaction à la dégradation de son état physique a d'emblée été invoquée par l'assurée, lors de son audition dans le cadre de la détection précoce (cf. rapport initial de l'OAI du 26 janvier 2015), ainsi que dans le cadre de la procédure d'audition (cf. courrier de l'assurée à l'OAI du 30 mars 2016).

**b)** L'intimé a fondé sa décision du 28 janvier 2010 sur les conclusions du Dr T. \_\_\_\_\_. Dans son rapport d'expertise du 4 janvier 2010, le psychiatre a retenu les diagnostics de trouble anxieux dépressif mixte et d'obésité morbide, tout en estimant que ces atteintes restaient

sans incidence sur la capacité de travail. Au titre du statut clinique, l'expert a observé que l'assurée paraissait légèrement triste, avec une humeur légèrement perturbée. Elle présentait également des signes d'un trouble anxieux avec tension nerveuse, des angoisses mal définies et une irritabilité. Le test sur l'échelle de Hamilton avait conclu à des signes anxieux et dépressifs d'un degré « plutôt léger ». Le Dr T. \_\_\_\_\_ a encore noté que l'intéressée se levait vers 8h30, qu'elle faisait une promenade d'environ deux heures, parfois seule, parfois accompagnée d'amis. Elle faisait également les commissions, les repas, le ménage, la lessive et lisait les journaux. L'après-midi, elle restait en principe à la maison, et sortait parfois. De temps en temps, elle sortait boire un café avec des copines. Au chapitre de l'appréciation du cas, le Dr T. \_\_\_\_\_ a conclu comme suit :

« (...)

Après examen et étude de votre dossier, il me semble que l'assurée présente des signes et des symptômes anxieux et dépressifs appartenant plutôt à un trouble mixte et pas tellement à un épisode dépressif ou à un trouble grave de la personnalité.

En effet, la tristesse est fluctuante, l'anxiété également. En plus, l'assurée dit aller beaucoup mieux et lorsque nous étudions de près les activités journalières de l'assurée, nous sommes loin du comportement d'une personne souffrant d'un trouble dépressif.

En plus, selon le dosage plasmatique, l'assurée ne prend pas l'antidépresseur. »

**c)** Au cours de l'instruction de la demande déposée en 2015, l'intimé est entré en possession de rapports médicaux attestant de nouvelles pathologies somatiques et l'aggravation de l'atteinte psychique.

**aa)** Au plan somatique, la recourante a développé de nouvelles pathologies depuis 2010, période à laquelle elle ne présentait qu'une obésité morbide.

Dans son rapport du 21 mai 2015, le Dr R. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de ADPKO (polykystose rénale), d'obésité morbide (BMI 45), d'hypertension artérielle, d'anévrisme cérébral (segment A2 de l'artère cérébrale antérieure gauche, taille 1,5 x 1,5 x 3mm) et d'état dépressif. Au plan somatique, il a indiqué que l'assurée connaissait des douleurs lombaires (dues à la polykystose), d'importantes céphalées, ainsi que de douleurs aux genoux. Au titre de l'anamnèse, le Dr R. \_\_\_\_\_ a fait état

d'une évolution défavorable : l'assurée était en larmes, ne sortait pas, passait son temps au lit, souffrait beaucoup de céphalées et de douleurs au niveau du dos et des genoux. Au niveau de l'ADPKO, le pronostic était favorable à court terme ; par contre, l'assurée avait « 50% de chance » de connaître une insuffisance rénale terminale à l'âge de 50 ans. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail dès le 7 janvier 2015, date du début de sa prise en charge, tout en précisant que du point de vue somatique, une activité à 50%, uniquement en position assise, lui semblait être le maximum exigible. Il a préconisé une amélioration du traitement antidépresseur et la consultation d'un neurologue s'agissant des céphalées, ces mesures étant selon lui susceptibles de permettre la reprise d'une activité adaptée ou la mise en oeuvre de mesures de réadaptation. S'agissant de l'éventualité d'une reprise d'activité, le Dr R. \_\_\_\_\_ a renvoyé à l'avis des psychiatres.

Dans un rapport du 18 juin 2015 à l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de syndrome de l'intestin irritable à prédominance de constipation, de polykystose rénale avec hyperandrogénisme, d'obésité de stade IV, d'état anxio-dépressif et de tabagisme chronique. S'agissant de la question de la capacité de travail, le Dr B. \_\_\_\_\_ a renvoyé à la psychiatre traitante, tout en précisant que les problèmes psychiatriques étaient clairement au premier plan dans les restrictions professionnelles.

**bb)** Au plan psychique, dans son rapport du 29 juillet 2015, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, avec épisode dépressif moyen (F33), de trouble de la personnalité (F60), de phobie sociale (F40.1). Elle a également mentionné une obésité morbide de stade IV (BMI de 45,85 ; E66), une polykystose rénale, un anévrisme cérébral, une hypertension artérielle traitée, un syndrome de l'intestin irritable et une hyperplasie nodulaire focale hépatique. Au chapitre de l'anamnèse, la psychiatre a observé que la problématique physique complexe avait une répercussion certaine sur la santé psychique de sa patiente et avait des conséquences psychopathologiques et psychosociales majeures. L'état de santé psychique de l'intéressée s'en était trouvé aggravé. L'assurée n'avait aucun contact avec sa famille, ni

avec ses amis, qu'elle avait rejetés pour éviter de l'être à son tour. La Dresse D. \_\_\_\_\_ a encore précisé ce qui suit :

« Elle a le sentiment d'être seule sans la protection de personne. Elle a honte vis-à-vis du regard des gens, elle a peur de prendre la parole en public, de s'exposer, l'empêchant même de sortir pour éviter d'être jugée. Elle a peur de la foule, elle a l'impression que le regard des gens était braqué sur elle. Elle a peur qu'on lui fasse du mal, qu'on parle d'elle, qu'on l'insulte ou qu'on se moque d'elle. Elle panique dans les magasins.

(...)

Elle a le sentiment d'être humiliée partout (au travail, par le social, par l'AI, par les médecins qui ne la soignent pas pour la polykystose rénale et son anévrisme cérébral). Elle ressent un fort sentiment d'injustice, d'abandon et de trahison.

(...)

Présence d'une anxiété sociale marquée par des angoisses lorsqu'elle sort de chez elle, une transpiration exagérée et générant un repli sur soi, un isolement et une diminution des activités sociales.

Lors de certaines consultations, des symptômes d'allure persécutoire ont été observés : des voisines l'insulteraient à travers la porte ou la fenêtre, elles l'écouteraient au téléphone, mettent l'oreille à sa porte. Elle aurait reçu des appels anonymes « de femmes » la contraignant à changer son numéro de téléphone. L'équilibre émotionnel est perturbé amenant Mme N. \_\_\_\_\_ à pleurer abondamment aux entretiens. »

Compte tenu de ces éléments, la psychiatre a attesté une incapacité de travail de 100% depuis octobre 2007.

Dans son rapport du 3 juin 2016, la psychiatre traitante a confirmé les diagnostics psychiatriques précités, tout en estimant que le trouble récurrent dépressif avait connu une aggravation depuis 2015 et se trouvait dorénavant dans un épisode modéré à sévère (F33.1 à F33.2). S'agissant du trouble dépressif récurrent, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a indiqué que les tests psychologiques effectués en 2013 et 2014 avait donné des résultats de 30 et 31 sur l'échelle d'Hamilton, selon laquelle des scores supérieurs à 18 correspondaient à des symptômes dépressifs modérés à sévères. Elle a également expliqué qu'au moment de la rédaction de son rapport en 2015, l'assurée allait légèrement mieux, d'où l'évocation à l'époque d'un épisode de gravité moyenne. Cependant, la rechute avait été rapide, et, compte tenu de cette aggravation, le diagnostic de trouble anxieux et dépressif d'un degré léger (retenu par le Dr T. \_\_\_\_\_ en 2010)

n'avait plus sa place. La psychiatre a également précisé que le précédent épisode avait eu lieu entre 2007 et 2009 et que l'assurée avait interrompu l'antidépresseur trois semaines avant la rencontre avec l'expert, soit en novembre 2009. La Dresse D.\_\_\_\_\_ expliquait encore avoir retenu le trouble de la personnalité dans le cadre d'une enfance malheureuse marquée par le décès de sa mère à l'âge de six ans et à l'adolescence par la maltraitance physique et psychologique et de graves carences affectives. La patiente adoptait un comportement autodestructeur et interrompait tout ce qu'elle entamait, y compris les suivis médicaux et sociaux, retombant toujours dans un cercle vicieux. Sur le plan social, elle avait rompu avec plusieurs personnes voulant l'aider et vivait une grande solitude, dans un comportement d'évitement des situations sociales.

S'agissant de l'évolution de l'état de santé de sa patiente depuis janvier 2010, la Dresse D.\_\_\_\_\_ s'est exprimée comme suit :

« J'ai noté une péjoration de son état psychique depuis la découverte d'une hyperplasie nodulaire focale hépatique, d'une polykystose rénale et d'un anévrisme cérébral. Son humeur est tout le temps sur le versant dépressif, avec une exacerbation de ses angoisses et les pleurs sont extrêmement fréquents. A ces symptômes s'est ajoutée une phobie de l'hôpital où les différents diagnostics ont été découverts. Elle est désespérée et se sent condamnée. Elle ressasse des idées noires et se montre très pessimiste concernant un avenir sans issue. Son estime de soi est très faible, elle manque de motivation en général dans la vie, souffre d'une irritabilité permanente et s'isole socialement. Ruminations douloureuses des maltraitances passées.

Son souci principal qui lui mine le moral est sa situation de santé actuelle qui est désastreuse. Ceci a aussi contribué à son isolement social. »

**d)** Après synthèse de ces rapports médicaux, le SMR, sous la plume du Dr L.\_\_\_\_\_, a estimé que les nouvelles pathologies diagnostiquées au plan somatique n'interféraient pas avec la capacité de travail et que, sur le plan psychiatrique, la Dresse D.\_\_\_\_\_ n'avait apporté aucun élément médical nouveau. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a encore relevé que le status de la psychiatre traitante était succinct et que depuis son dernier rapport, l'expert T.\_\_\_\_\_ s'était prononcé. Cet avis n'emporte toutefois pas la conviction.

**aa)** En effet, contrairement à ce qu'affirme le Dr L.\_\_\_\_\_, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a apporté des éléments médicaux nouveaux, susceptibles d'être représentatifs d'une aggravation de la santé de la recourante au plan psychique. Elle a ainsi retenu le diagnostic de phobie sociale, alors que cette pathologie n'avait pas été constatée en 2010, ni par elle, ni par le Dr T.\_\_\_\_\_. La psychiatre traitante a également mis en exergue des symptômes persécutaires, absents en 2010. Les éléments au dossier laissent encore supposer que le trouble dépressif a connu une évolution défavorable depuis 2010. Lors de son examen, le Dr T.\_\_\_\_\_ avait constaté une tristesse et une anxiété fluctuante. Même s'il n'a pas fourni de résultats chiffrés, il a indiqué que le test sur l'échelle de Hamilton avait conclu à des signes anxieux et dépressifs d'un degré « plutôt léger ». L'assurée avait elle-même indiqué à l'expert qu'elle allait beaucoup mieux. Cette amélioration à l'époque de l'expertise avait d'ailleurs été évoquée par la Dresse D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 août 2009, lorsqu'elle indiquait avoir constaté une amélioration de l'état psychique de sa patiente en 2009 par rapport à 2007 et 2008. L'assurée avait alors interrompu son traitement antidépresseur quelque trois semaines avant l'examen du Dr T.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 3 juin 2016 de la Dresse D.\_\_\_\_\_), ce qui avait d'ailleurs été constaté par l'expert lors de son dosage plasmatique. En comparaison, dans ses rapports des 29 juillet 2015 et 3 juin 2016, la Dresse D.\_\_\_\_\_ fait état d'une péjoration psychique depuis la découverte des atteintes somatiques, qui avait induit une humeur tout le temps sur le versant dépressif, et non plus fluctuante comme l'avait constatée le Dr T.\_\_\_\_\_ à l'époque. L'assurée se sentait condamnée. Les tests de Hamilton pratiqués en 2013 et 2014 avait donné des scores de 30 et 32, correspondant à des symptômes dépressifs modérés à sévères. La Dresse D.\_\_\_\_\_ a signalé une nouvelle rechute à la fin 2015, atteignant un épisode dépressif modéré à sévère et a expliqué en quoi le diagnostic de trouble anxieux et dépressif retenu par le Dr T.\_\_\_\_\_ à l'époque n'était plus d'actualité. L'isolement social de l'assurée s'est au demeurant vraisemblablement aggravé, puisque, de peur d'être rejetée, elle s'est coupée des amis qu'elle avait en 2010 et avec lesquels elle partageait des activités et qu'elle a rompu avec plusieurs personnes voulant l'aider, vivant de ce fait une grande solitude.

On sait enfin peu de chose sur le déroulement des journées de la recourante au moment de la décision litigieuse, mais les éléments en mains de la Cour semblent faire état d'une évolution dans le sens d'une dégradation. Alors que, d'après les constatations du Dr T.\_\_\_\_\_, l'assurée était active (promenade de deux heures tous les matins, seule ou avec des amis, commissions, repas, ménage, lessive, lecture, café avec des copines), elle semble être devenue très passive, ne sortant pas ou peu et passant beaucoup de temps au lit, ne s'adonnant à la lecture et regardant la télévision que lorsqu'elle ne souffre pas de migraine (cf. rapport du 21 mai 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_ et rapport initial de l'OAI du 26 janvier 2015).

Si ces éléments ne suffisent pas en soi à établir de manière probante un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, ils sont en tous les cas de nature à jeter un doute sérieux sur la fiabilité et la pertinence des conclusions du SMR.

**bb)** En outre, si l'ensemble des médecins s'entendent pour dire que les troubles psychiatriques sont au premier plan, il n'en demeure pas moins que la recourante souffre dorénavant de plusieurs nouvelles pathologiques somatiques. Or, les pièces au dossier ne renseignent pas suffisamment à leur propos. L'assurée est notamment atteinte d'un anévrisme cérébral. Décrit par le néphrologue R.\_\_\_\_\_, ce diagnostic n'est étayé par aucun avis de spécialiste ni objectivé par imagerie. On ne sait ainsi rien de sa gravité, des symptômes qu'il induit ni de son impact sur la capacité de travail. Dans son acte de recours, l'assurée explique qu'il n'est pas opérable, ce qui laisse penser qu'un spécialiste s'est prononcé sur cette atteinte. Le Dr R.\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs préconisé de consulter un neurologue en raison des céphalées, possiblement en lien avec l'anévrisme. On ignore si cela a été fait. Le dossier en mains du tribunal ne contient en tous les cas aucun avis de neurologue ou de tout autre spécialiste susceptible d'être concerné par cette pathologie. Les conséquences de la polykystose, notamment au niveau des limitations fonctionnelles et de la capacité résiduelle de travail, ne sont pas non plus clairement définies. Le Dr R.\_\_\_\_\_ est le seul médecin somaticien à

s'être prononcé sur la question de la capacité de travail, dans le sens d'une capacité résiduelle maximale de 50% dans une activité uniquement assise. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a toutefois ignoré cette appréciation, sans véritable discussion.

**cc)** Compte tenu de ces éléments, force est de constater que les avis du SMR des 21 janvier et 5 juillet 2016, particulièrement succincts et fort peu motivés, ne revêtent qu'une valeur probante limitée, insuffisante en tout état de cause pour fonder un refus de prestations. Il appartenait au SMR d'étayer son point de vue divergent avec des explications circonstanciées et convaincantes. Le Dr L.\_\_\_\_\_ n'a pas procédé à une analyse exhaustive de la situation médicale de la recourante dans sa globalité. Son analyse est restée superficielle ; il n'a en particulier pas examiné le lien entre les atteintes constatées, somatiques et psychiques, et leurs répercussions sur la capacité de travail, se contentant d'apprécier chaque atteinte séparément. Dès lors que les éléments au dossier laissent subsister des doutes importants quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations du SMR, l'OAI ne pouvait faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise, avant de rendre sa décision de refus de prestations (cf. consid. 4 supra).

**6.** En définitive, les éléments au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il incombe au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique et de médecine interne) au sens de l'art. 44 LPGA, les experts gardant la faculté d'y associer toute autre spécialité médicale jugée opportune. Il conviendra de procéder à une évaluation globale de l'état de santé de la recourante, dans le respect des principes arrêtés par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques (cf. TF 8C\_841/2016 et 130/2017 du 30 novembre

2017, renvoyant à l'ATF 141 V 281) en vue de définir précisément les diagnostics et les limitations fonctionnelles de la recourante, ainsi que de déterminer sa capacité résiduelle de travail. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

**7. a)** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté.

**c)** La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., à la charge de l'intimé (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative] ; RSV 173.36.5.1).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 16 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à charge de l'intimé.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs) à N.\_\_\_\_\_.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Karim Hichri (pour la recourante),
- 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 :