

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 octobre 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], titulaire d'un diplôme d'infirmière, a travaillé dès le 1^{er} septembre 2007 auprès de l'O._____ à [...] au taux de 60 %. Le 2 mars 2011, elle a chuté dans les escaliers et a subi une rupture du tendon d'Achille gauche. La B._____, assureur-accidents de son employeur, a pris le cas en charge.

Le 31 août 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a sollicité l'octroi d'une rente ou de mesures de réadaptation.

La B._____ a fait parvenir à l'OAI le dossier médical de l'assurée le 7 septembre 2011.

Le 3 octobre 2011, le Dr K._____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics de vasculite urticarienne avec atteinte cutanée et polyarthrite séronégative depuis mars 2007, de rupture du tendon d'Achille gauche le 2 mars 2011, suturé en avril 2011, ainsi que de syndrome lombovertébral et radiculaire L5 droit sur hernie discale L4-L5 droite depuis 2007. Ce médecin a retenu une capacité de travail en tant qu'infirmière limitée à 50 %. Il a indiqué qu'en raison des fluctuations des poussées de vasculite et des nombreuses difficultés qu'elle présentait en lien avec cette maladie, avec les effets secondaires des médicaments et avec l'atteinte au tendon d'Achille, un travail à plus de 50 %, de même qu'une formation à temps complet, lui paraissait difficilement envisageable.

Dans un rapport du 19 mars 2012 à l'OAI, ce même médecin a indiqué que la cause principale de la demande de rente était la vasculite urticarienne, la récupération du tendon d'Achille étant actuellement complète pour les déplacements simples. S'agissant des dates des arrêts de travail, l'assurée avait été en incapacité de travail de 100 % du 2 mars

au 2 octobre 2011, puis de 80 % dès cette date, ceci en lien avec son tendon d'Achille. A partir du 27 octobre 2011, l'incapacité de travail était totale en raison de la vasculite, la patiente ne pouvant trouver l'énergie de se déplacer jusqu'à son lieu de travail et passant plusieurs heures par jour allongée pour récupérer des efforts faits pour chercher à maintenir son ménage. Il a retenu que le taux de capacité de travail dans une activité adaptée ne dépassait pas 30 % et relevait plutôt d'une capacité occupationnelle.

Dans un rapport non daté adressé à l'OAI le 7 août 2012, la Dresse S._____, spécialiste en allergologie et immunologie au R._____, a indiqué à titre de diagnostics une vasculite urticarienne avec atteinte cutanée et atteinte articulaire sous forme de polyarthrite érosive, de même qu'un syndrome lombovertébral et radiculaire L5 droite sur hernie discale L4-L5. Le service de rhumatologie du R._____ suivait la patiente de manière ambulatoire depuis 2006. La vasculite associée à la polyarthrite répondait très difficilement à de multiples traitements qui avaient été essayés (colchicine, Plaquenil, Methotrexate, Imurek). Une réponse correcte avait été obtenue avec la ciclosporine, qui avait malheureusement dû être interrompue en raison d'une toxicité rénale et hématologique. Depuis, un traitement de CellCept avait été introduit avec une perte de contrôle de la maladie, qui avait nécessité une hospitalisation en rhumatologie du 15 avril au 11 mai 2012. Un traitement de Prograf, un autre anti-calcinurine, avait été introduit sans arriver à obtenir un bon contrôle de la maladie et sans pouvoir diminuer les doses de Prednisone en dessous de 20 mg par jour. Malgré ces traitements, la patiente présentait des arthrites quotidiennes associées à des lésions cutanées très étendues, exacerbées par le moindre mouvement. Selon la Dresse S._____, le pronostic dépendait de la réponse au prochain traitement qui allait être mis en place, le rituximab. S'agissant de la capacité de travail, la spécialiste a relevé que les symptômes cutanés articulaires étaient actuellement trop importants pour permettre un travail quel qu'il soit.

Dans un rapport complémentaire du 29 juin 2012, la Dresse S._____ a indiqué que la patiente était très invalidée par la polyarthrite et l'atteinte cutanée sévère, péjorée à l'effort même minime. Elle a relevé la difficulté à trouver un traitement efficace, raison pour laquelle une incapacité de travail était justifiée.

Le 3 août 2012, la Dresse S._____ a rédigé un rapport, dont il ressort ce qui suit :

« Nous avons revu Mme X._____ en contrôle après son séjour en rhumatologie où elle avait finalement été hospitalisée en raison d'une poussée sévère des arthrites. Après de nombreux essais médicamenteux (colchicine, Plaquenil, méthotrexate, cyclosporine, dapson) qui avait été interrompus soit en raison de leur inefficacité soit en raison de leur toxicité (cyclosporine), nous avons introduit en début d'année un traitement de CellCept chez cette patiente.

Alors que les derniers mois l'atteinte articulaire était relativement contrôlée avec une atteinte cutanée sévère, elle a finalement présenté une importante poussée articulaire qui a motivé l'hospitalisation en rhumatologie. Durant cette hospitalisation elle a reçu à plusieurs reprises des pulses de SoluMédrol, avec un effet immédiat mais pas à long terme sur les symptômes. Au vu de l'aspect très inflammatoire des lésions cutanées, un essai par un traitement d'Anakinra 1x/j, pendant 5 jours a été tenté sans aucun effet malheureusement sur les symptômes. Dans ce contexte, il a finalement été décidé d'introduire un traitement de Prograf, étant donné que le traitement le plus efficace pour l'instant avait été la cyclosporine (interrompue pour des raisons de toxicité rénale notamment).

La prednisone a été diminuée progressivement mais lorsque nous la voyons, mi-juin, elle n'a pas pu être diminuée en-dessous de 20mg 1x/j en raison de douleurs articulaires et de lésions cutanées trop importantes en-dessous de cette dose. Malgré un traitement de Prograf 5mg/j et de prednisone 20mg/j, lorsque nous la voyons, elle présente tout de même des signes clairs de synovite et des lésions cutanées impressionnantes au niveau des 4 membres et du tronc. Au niveau biologique, on note étonnamment l'absence de syndrome inflammatoire avec une CRP à 3 mg/l (on notera que lors de l'hospitalisation en rhumatologie, la CRP était, pour la première fois, augmentée à 83mg/ml) avec une VS à 8 mm/h. On notait également sous CellCept une perturbation importante des tests hépatiques sous forme de cholestase avec une phosphatase alcaline à 2x la norme (240U/l), valeur qui s'est normalisée après l'arrêt du CellCept. Malgré le traitement de Prograf, on observe pour l'instant une créatinine dans la norme à 75µmol/l, le bilan lipidique est également acceptable avec un cholestérol à 6.2mmol/l et les triglycérides à 3.2 mmol/l (selon le score GSLA, le risque cardio-vasculaire est estimé faible).

Ainsi, malheureusement, un peu plus d'un mois après la réintroduction du traitement de Prograf, Mme X._____ présente toujours une vasculite urticarienne avec une atteinte cutanée et articulaire clairement non contrôlée et très handicapante sur sa vie

de tous les jours. Ainsi que cela avait été discuté avec nos collègues dermatologues et évoqué également avec nos collègues rhumatologues en cas d'échec de traitement de Prograf, nous proposerions pour la suite un traitement de rituximab pour lequel quelques case report ont montré des résultats encourageants. L'assurance a accepté la prise de charge de ce traitement et il sera débuté la semaine prochaine. »

Le 13 décembre 2012, la Dresse S. _____ a retenu une incapacité totale de travail de sa patiente en raison de poussées majeures d'urticaire et d'arthrite dès la moindre activité physique même dans ses activités de la vie quotidienne. Elle a relevé qu'il n'y avait aucune amélioration.

Dans un rapport du 3 avril 2013, le Dr K. _____ a attesté d'une impossibilité pour l'assurée de reprendre une activité professionnelle depuis 2011. A titre de limitations fonctionnelles, il a évoqué un état inflammatoire majeur généralisé qui entraînait une fatigue et qui nécessitait des alitements plusieurs fois dans la journée. Il a encore fait état d'un œdème et de lésions cutanées restreignant les mouvements, ainsi que de la présence d'une toxicité hépatique avec perturbation importante des tests hépatiques aggravant la fatigue. Ces limitations entraînaient une incapacité de travail complète.

A un questionnaire de l'OAI du 11 avril 2013, la Dresse S. _____ a répondu que depuis le 27 octobre 2011, l'incapacité de travail de l'assurée était totale en raison de poussées d'arthrite et d'urticaire dès la moindre activité. Une reprise d'activité n'était pas envisageable dans la mesure où la maladie ne pouvait être maîtrisée.

Le 4 septembre 2013, le Dr W. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu une incapacité de travail durable dès le 2 mars 2011 et ce jusqu'au 11 avril 2013 au moins. Il a relevé que compte tenu de l'évolution imprévisible liée aux caractéristiques de la maladie chronique avec rémission fluctuante, une révision d'office était à programmer une année plus tard.

Dans un rapport du 18 octobre 2013, le Dr D._____, spécialiste en allergologie et immunologie, a indiqué ce qui suit :

« Actuellement, sur ces derniers mois, la patiente va relativement bien en ce qui concerne l'atteinte cutanée avec moins de poussées et des lésions surtout résiduelles. D'un point de vue articulaire la patiente présente certes des douleurs à de multiples articulations (coude, mains, orteils, genou) qui sont fluctuantes, mais la situation va nettement mieux qu'il y a 9 à 12 mois où la patiente avait dû rester très souvent alitée en raison des douleurs et de la fatigue. Cet été Madame X._____ a pu faire régulièrement de la natation, jusqu'à 1 km. »

Le 22 octobre 2013, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée. Dans un rapport du même jour, l'enquêtrice a relevé que l'assurée avait déclaré passer la majorité du temps chez elle, allongée, sans quoi les douleurs et les poussées de démangeaisons étaient trop importantes.

Le 22 novembre 2013, la B._____ a informé l'OAI qu'elle avait reçu des informations selon lesquelles l'assurée se portait bien et travaillait. Ayant déjà des soupçons, elle avait fait appel à un détective privé.

Le 2 décembre 2013, le Dr D._____ a fait état d'une évolution clinique stable de la vasculite urticarienne concernant à la fois l'atteinte articulaire et cutanée. La patiente avait pu diminuer la Prednisone à 7 mg par jour.

Dans un rapport du 17 mars 2014, ce même médecin a attesté d'une incapacité totale de travail dans toute activité en raison de la vascularite. Il a admis toutefois une légère amélioration de cette affection durant l'année 2013.

Le 17 juin 2014, la Dresse T._____, médecin au SMR, a proposé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, considérant que la lecture du dossier laissait apparaître une discordance entre les limitations fonctionnelles retenues par les différents médecins traitants et les activités de natation déployées par l'assurée depuis l'été 2013. Selon

la Dresse T._____, il se justifiait de se demander si l'assurée n'avait pas retrouvé une certaine capacité de travail au moins dans une activité adaptée.

Le Dr M._____, psychiatre, a adressé à l'OAI un rapport du 28 novembre 2014 dans lequel il indiquait suivre l'assurée pour des troubles de l'humeur complexes en rapport avec un passé douloureux de multiples rejets. Il relevait qu'actuellement, grâce à de nombreux traitements, l'état de sa patiente s'était très relativement amélioré et qu'elle ne prenait plus qu'une faible dose de cortisone. Elle restait toutefois sujette à des poussées de fatigue intense l'obligeant à s'aliter et à des douleurs qui invalidaient la qualité de son repos, sans parler des nodules de vascularite sur les membres qui non seulement s'avéraient pénibles en tant que tels, mais troublaient aussi considérablement son image.

Une expertise rhumatologique a été confiée au G._____ par l'OAI. La Dresse N._____, spécialiste en rhumatologie, a examiné l'assurée le 8 octobre 2014. Dans un rapport du 23 décembre 2014, la Dresse N._____ a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de vasculite leucocytoclasique associée à une polyarthrite et à une atteinte oculaire secondaires, récurrentes, ainsi que de dorsalgies récurrentes sur spondylodiscarthrose et séquelles de maladie de Scheuermann. Elle a retenu une incapacité de travail de 50 % dans toute activité, y compris celle d'infirmière. S'agissant des limitations fonctionnelles au plan physique, l'assurée devait éviter le stress et la position debout prolongée, et exercer un travail semi-sédentaire, sans charge, avec des horaires fixes, à la mi-journée. La Dresse N._____ a relevé que l'assureur perte de gain avait observé des discordances et avait fait suivre l'intéressée par un détective. L'experte a évoqué le suivi psychiatrique et a proposé à l'OAI de s'adresser à ce médecin.

Par avis médical du 23 janvier 2015, le SMR, par la voix de la Dresse T._____, a suggéré de compléter le dossier en demandant un rapport médical au Dr M._____, ainsi qu'une précision à la Dresse

N._____ s'agissant des éléments et des raisons qui lui avaient fait retenir une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée.

Le 9 février 2015, le Dr M._____ a indiqué à titre de diagnostic influençant la capacité de travail ce qui suit :

« Essentiellement somatique : vasculopathie immunologique (périarthrite noueuse) algique et invalidante. Une telle maladie comprend des éléments psychosomatiques et entraîne également une : F62.8 modification durable de la personnalité dans le contexte d'une maladie chronique ; Z61.0/3 carences affectives pendant l'enfance ; Z63.2 soutien familial inadéquat. »

Le Dr M._____ a attesté d'une incapacité de travail de 100 % depuis octobre 2011 et a relevé sous la rubrique « remarques » ce qui suit :

« La personne souhaiterait pouvoir reprendre un jour le travail mais n'est actuellement pas en état de le faire. Il s'agit d'une maladie grave chronique, mais peut-être est-il permis d'espérer une rémission ? En tout cas la psychothérapie a permis un certain apaisement émotionnel en fonction d'une meilleure acceptation de sa maladie sans résignation passive ni révolte stérile. Le travail sur l'histoire de vie et les multiples ruptures va également dans le sens d'une meilleure intégration des affects douloureux. D'éventuelles mesures professionnelles seraient à discuter selon l'évolution ; mais le métier d'infirmière n'est plus envisageable à mon avis. »

A la question de l'OAI de savoir quels étaient les éléments et les raisons qui lui avaient fait retenir une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée, la Dresse N._____ s'est prononcée de la manière suivante le 23 mars 2015 :

« La réponse à cette question figure à la page 31 de mon expertise dans laquelle je mentionne la référence littéraire. C'est en raison de la vasculite (maladie systémique) nécessitant, dans la gravité de la situation de Madame X._____, le repos dans une position étendue, comme cela est mentionné en page 18 de mon rapport. Dans tout travail, il faut un horaire réduit pour ces raisons. J'avais du reste pris soin de contacter directement la Dresse Q._____, dermatologue, lors de mon travail d'expertise. »

Par entretien téléphonique du 26 mars 2015, consigné dans une note du 31 mars 2015, la Dresse T._____ a contacté l'experte pour

lui demander des précisions complémentaires sur les raisons qui la faisaient retenir une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée alors que le SMR avait pour sa part estimé que l'incapacité de travail était totale dans toute activité. La Dresse N. _____ a répondu avoir retenu cette capacité de travail résiduelle au vu de l'état général conservé de l'assurée, ainsi que de ses aptitudes résiduelles (moto, natation, vie sociale).

Par avis du 1^{er} avril 2015, la Dresse T. _____ a relevé que selon le Dr M. _____, c'étaient essentiellement des restrictions physiques qui limitaient la capacité de travail de l'assurée. Elle a ajouté que sur le plan somatique, l'expertise du 23 décembre 2014 et ses compléments étaient convaincants. Elle s'est exprimée comme suit s'agissant de la capacité de travail de l'intéressée :

« Par conséquent, en raison d'une vasculite leucocytoclasique associée à une polyarthrite et à une atteinte oculaire secondaire, ainsi que de dorsalgies récurrentes sur troubles dégénératifs, l'assurée présente des limitations fonctionnelles qui justifient une IT [incapacité de travail] de 50 % dans une activité adaptée. Une IT totale dans toute activité est admise depuis mars 2011, et une CT [capacité de travail] résiduelle est exigible dès la date de l'expertise dans une activité adaptée. La Dresse N. _____ indique qu'une capacité de travail comme infirmière en EMS est exigible à un taux de 50 %. Toutefois, je laisse le soin à un spécialiste REA [réadaptation] de déterminer si une telle activité respecte les limitations fonctionnelles retenues (éviter le stress et la position debout prolongée, travail semi-sédentaire, sans charge, à la mi-journée, horaires fixes). Si tel ne devait pas être le cas, il y aurait alors lieu d'admettre une IT de travail et définitive dans cette activité depuis mars 2011. Dans une activité strictement adaptée aux LF [limitations fonctionnelles] décrites, l'assurée présente une CT résiduelle de 50 %. »

Par communication du 6 mai 2015, le team rentes du Service de lutte contre les fraudes à l'assurance (LFA) de l'OAI a indiqué que son intervention ne se justifiait plus. Il a proposé de transmettre le dossier au Service de réadaptation (REA) pour qu'il se détermine sur la question de savoir si l'activité habituelle respectait les limitations fonctionnelles. Il a ajouté qu'une formation liée au management dans le milieu infirmier, tel qu'envisagé par l'assurée lors de l'expertise, paraissait en adéquation avec ses connaissances et ses compétences.

Dans un rapport REA du 26 juin 2015 faisant suite à un entretien avec l'assurée, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué ressentir une ambiguïté et un malaise face à une assurée semblant très sincère et touchée, mais ne répondant pas clairement à certaines questions. Il avait le sentiment d'être éventuellement manipulé. La lecture de l'expertise et des avis SMR le faisait douter du bien-fondé de l'expertise, en ce sens que la Dresse N._____ admettait de graves atteintes tout en retenant une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50 %, bien qu'elle explique cela par le fait que l'assurée puisse conduire une moto et fasse de la natation, ce qui lui avait été recommandé comme traitement pour son atteinte.

Par courriel du 30 juin 2015, l'assurée a fait parvenir à l'OAI les documents qu'elle avait transmis à l'experte le 21 décembre 2014. La Dresse N._____ n'en avait toutefois pas tenu compte dans la mesure où elle venait de terminer son rapport. Parmi ces documents figuraient une note dans laquelle elle relatait sa vie quotidienne sur une période s'étendant du 8 au 23 octobre 2014 et des documents médicaux concernant une nouvelle problématique oculaire.

Le 11 août 2015, le spécialiste en réadaptation professionnelle a imparti à l'assurée un délai pour lui communiquer par écrit si elle était disposée à suivre une mesure d'orientation lui permettant de trouver une activité adaptée.

Le 15 septembre 2015, dans le délai prolongé par l'OAI, le Dr D._____ a indiqué qu'il continuait à croire que l'assurée présentait une incapacité totale de travail, mais qu'il l'avait encouragée à aller aux rendez-vous proposés par l'OAI afin de réévaluer sa capacité de travail et ses possibilités de réinsertion.

Par lettre recommandée du 15 septembre 2015, l'assurée a détaillé ses souffrances et conclu qu'elle ne perdait pas espoir de retrouver un jour sa santé.

Le 15 novembre 2015, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il considérait qu'elle pouvait mettre en valeur ses compétences acquises en qualité d'infirmière dans un poste adapté de type administratif, par exemple dans la coordination des soins, à 50 %. Il a sommé l'assurée de se soumettre à des mesures sous forme de bilan d'orientation faute de quoi elle risquait de se voir notifier une décision en l'état du dossier.

Le Dr K. _____ s'est exprimé le 29 décembre 2015 dans un rapport adressé à l'OAI. Il a attesté que l'état de santé de sa patiente, en relation avec la vasculite, avec son atteinte psychique et avec ses atteintes ostéoarticulaires, la restreignait dans l'exercice d'une activité, y compris administrative. Elle devait rester alitée presque 22 heures par jour, n'arrivait qu'à peine à se tenir plus d'un quart d'heure à l'ordinateur et n'était pas en mesure d'effectuer un travail intellectuel sur une durée effective.

Le 15 janvier 2016, l'assurée a informé l'OAI qu'elle acceptait de suivre un bilan d'orientation professionnelle.

Dans un rapport du 17 février 2016, le Dr K. _____ a informé l'OAI qu'il n'y avait pas eu de changement majeur depuis décembre 2014, tout en considérant que la capacité de travail ne pouvait être évaluée sur quelques heures d'expertise, la situation médicale de la patiente étant particulièrement complexe. Il a invité l'OAI, pour qu'il puisse se rendre compte de la situation, à évaluer l'assurée au cours d'un stage afin de déterminer le taux de capacité de travail.

Le 18 février 2016, le Dr Z. _____, médecin, a indiqué suivre l'assurée depuis janvier 2013. Il a contesté l'évaluation faite de la capacité résiduelle de travail comme infirmière dans un domaine administratif, soutenant que la vascularite s'accompagnait de manifestations cliniques typiques telles que des troubles cognitifs, des céphalées, ainsi que des atteintes ostéo-articulaires et cutanées, et que l'assurée devait en conséquence être alitée environ 22 h à 23 h par jour.

Dans une note du 28 avril 2016, la Dresse T. _____ a transcrit en ces termes l'entretien téléphonique qu'elle avait eu le même jour avec le Dr D. _____ :

« Le Dr D. _____ indique suivre l'assurée tous les 2 mois. Cette dernière aurait également recours à des médecines alternatives. Il évoque une situation difficile avec une assurée qui présente une atteinte cutanée sévère et des douleurs articulaires importantes, qui a une qualité de vie médiocre, qui vit recluse ; il évoque un contexte psychique. Il indique que différents essais de traitements immunosuppresseurs ont été faits au R. _____ antérieurement, sans succès. Actuellement, l'assurée est sous Prednisone au long cours et Dapsone, et elle ne souhaite pas de changement de traitement. Il note l'absence de syndrome inflammatoire biologique. A la question d'une exagération des plaintes, il dit s'être posé la question, mais la réfute. A la question de savoir s'il y a une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis décembre 2014, il me dit qu'elle ne va pas en s'améliorant. [...] »

A la suite de cet entretien, la Dresse T. _____, dans un avis du 28 avril 2016, a noté une situation complexe, avec une absence totale de doute quant à l'existence d'une atteinte somatique à l'origine de limitations fonctionnelles et d'une diminution de la capacité de travail, mais également une certaine discordance entre les limitations alléguées par l'assurée et la réalité. Selon la Dresse T. _____, il convenait de poursuivre dans la voie de l'examen des mesures de réadaptation étant donné la réponse positive de l'assurée du 15 janvier 2016. Elle a suggéré de demander un nouveau rapport au psychiatre traitant et s'engageait à réinterroger le Dr D. _____.

Le 2 mai 2016, un rapport du 4 octobre 2013, établi par un détective sur mandat de la B. _____, a été versé au dossier. Le détective a observé l'assurée entre le 23 et le 30 septembre 2013. Il a en particulier relevé, s'agissant de la journée du 23 septembre 2013, que l'intéressée était sortie promener son chien, puis s'était rendue à la piscine pour y effectuer des longueurs, puis avait tondu la pelouse de son jardin, avant de charger des sacs dans sa voiture pour se rendre à la déchetterie.

Le Dr D. _____ a indiqué dans un rapport du 25 mai 2016 en réponse aux questions de l'OAI que l'état de santé de sa patiente avait

évolué depuis 2014 dans le sens d'une aggravation de l'atteinte cutanée liée à la vasculite urticarienne hypocomplémentémique. D'un point de vue articulaire, il n'avait pas constaté objectivement d'aggravation, mais a attesté des plaintes de sa patiente concernant des crises douloureuses fréquentes l'obligeant à réduire au minimum ses activités de la vie quotidienne. C'était la patiente qui lui avait déclaré de manière répétée qu'elle devait rester alitée 22 h par jour. Il n'avait pas observé de complications liées à un alitement prolongé. Il a considéré qu'une activité semi sédentaire privilégiant la position assise à 50 % n'était pas réalisable au vu de l'atteinte douloureuse articulaire et de l'asthénie importante qui ne permettait pas ce type d'activité.

Dans un rapport non daté enregistré par l'OAI le 3 juin 2016, le Dr M. _____ a posé les diagnostics de modification de personnalité dans un contexte de maladie et de syndrome immunologique complexe invalidant évoluant par poussées (vasculopathie, arthropathie, algies diverses). Il a attesté de bonnes ressources intellectuelles mais d'une grande fatigabilité, d'algies, d'insomnies et de souffrance psychique de devoir renoncer à sa féminité (poussée d'érythème, visage gonflé, douleurs). A la question de savoir quels étaient les dates et les taux précis des arrêts de travail, il a répondu que l'assurée était en arrêt prolongé, se référant au dossier antérieur.

La mesure mise en place auprès de la L. _____ prévue initialement du 17 mai au 7 juillet 2016 a été interrompue le 6 juin 2016 en raison des multiples absences de l'assurée et de l'incapacité totale de travail attestée par le Dr D. _____ jusqu'au 29 juillet 2016.

Dans une communication interne du 7 juin 2016, l'OAI a relevé la vraisemblable nécessité d'une expertise psychiatrique.

Dans un avis SMR du 13 octobre 2016, la Dresse T. _____ a considéré que la situation médicale de l'assurée apparaissait comparable à celle décrite en 2013, le traitement étant resté inchangé depuis lors tant sur le plan de la fréquence du suivi que de la médication. Elle a relevé des

discordances entre l'ampleur des plaintes et des limitations alléguées par l'assurée et les constatations objectives, en se référant en particulier à la surveillance pratiquée en septembre 2013 sur mandat de l'assurance perte de gain, contradictoire par rapport aux renseignements au dossier tels que l'enquête ménagère du 22 octobre 2013. La Dresse T._____ a en outre indiqué que l'alitement durant 22 à 23 heures par jour n'était rendu vraisemblable par aucune complication en lien avec ce dernier. Par conséquent, elle a considéré que l'appréciation de l'exigibilité faite par l'experte en 2014 restait d'actualité.

Par projet de décision du 29 novembre 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2012 au 31 mars 2015, et une demi-rente dès le 1^{er} avril 2015. Il a justifié la diminution de la rente par le fait que dès le 23 décembre 2014 une capacité de travail de 50 % était raisonnablement exigible de l'assurée dans une activité adaptée à son état de santé et respectant les limitations fonctionnelles admises (pas de travail prolongé en position debout, travail semi-sédentaire, sans port de charges, à la mi-journée avec horaires fixes et stress limité).

Le 19 janvier 2017, l'assurée, désormais représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, s'est opposée à ce projet, en contestant disposer d'une capacité de travail de 50 % depuis le 23 décembre 2014, telle que retenue par l'expertise de la Dresse N._____.

Par courrier du 5 avril 2017, l'OAI a affirmé que l'appréciation de l'experte reposait sur une étude fouillée du dossier médical et un examen clinique complet.

Par décision du 20 juin 2017, l'OAI a confirmé son projet du 29 novembre 2016.

B. Par acte du 22 août 2017, X._____, par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. A l'appui de son recours, elle a remis en question la

valeur probante de l'expertise de la Dresse N._____. D'une part selon elle, la raison ayant motivé cette expertise était sujette à caution, dans la mesure où elle avait été ordonnée sur la base d'un témoignage anonyme relatant des faits nullement étayés, d'autre part l'experte n'était pas spécialisée en immunologie et avait omis d'intégrer des documents transmis par la recourante, que l'experte avait pourtant réclamés. Elle a de surcroît fait état de contradictions qui apparaissaient dans l'appréciation de la Dresse N._____, considéré que cette dernière n'avait pas motivé la capacité de travail retenue, et que les éléments relevés par l'experte pour admettre l'existence d'une vie sociale agréable ne pouvaient avoir une incidence sur l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. En outre, le rapport d'expertise était le seul à faire état d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée, au contraire des rapports médicaux des Drs D._____, K._____ et M._____, qui considéraient que l'incapacité de travail était totale. Dans la mesure où l'OAI avait évoqué la nécessité de mettre sur pied une expertise psychiatrique, sans que cela ne soit fait, l'instruction du dossier était lacunaire. Enfin, s'agissant du taux d'invalidité, la recourante a contesté que l'OAI puisse se fonder sur un revenu hypothétique d'infirmière administrative, puisqu'elle ne disposait pas de formation pour de telles tâches. L'intimé était en conséquence tenu de se fonder sur les chiffres ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires et non sur une réadaptation purement théorique. La recourante a conclu à la réforme de la décision en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité devait lui être reconnu sans modification dès le 1^{er} mars 2012, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} mars [recte : avril] 2014.

Par décision du 18 octobre 2017, la juge en charge de l'instruction a refusé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 28 novembre 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours en se référant à ses courriers du 5 avril 2017 et du 15 novembre 2015, lequel sommait l'intéressée de collaborer aux démarches de réadaptation.

Le 8 janvier 2018, la recourante a répliqué, reprenant pour l'essentiel l'argumentation développée dans son mémoire de recours. Elle a insisté sur le caractère contradictoire du rapport d'expertise, relevé expressément par le médecin du SMR qui avait indiqué qu'il convenait de demander à un spécialiste en réadaptation professionnelle si l'activité adaptée respectait les limitations fonctionnelles retenues. En outre, les conclusions de la Dresse N._____ étaient à ce point imprécises que le SMR avait été contraint de l'appeler. Enfin, la recourante a répété que les troubles psychiques n'avaient nullement été instruits par l'OAI. Elle a produit en annexe à son écriture un nouveau rapport du Dr D._____ du 12 octobre 2017 attestant une incapacité de travail de sa patiente de 100 %. Elle a également transmis des photographies permettant de se rendre compte de la gravité des éruptions cutanées subies.

L'OAI a dupliqué le 13 février 2018 en confirmant ses conclusions de rejet du recours. Il s'est référé à un avis médical établi le 8 février 2018 par la Dresse T._____, joint en annexe, selon lequel les conclusions du SMR demeuraient valables. S'agissant du revenu hypothétique d'invalidé, l'OAI a relevé que le spécialiste en réadaptation professionnelle avait considéré que des activités telles qu'infirmière de liaison, assistante dans un cabinet médical ou une activité de contrôle de factures dans une assurance-maladie, étaient exigibles. La recourante ayant renoncé à participer à un bilan au F._____, le spécialiste avait, après sommation, retenu qu'un montant correspondant à la moitié du revenu sans invalidité, soit au salaire d'une infirmière travaillant à 50 %, était exigible.

Le 26 mars 2018, la recourante s'est encore déterminée. Elle a transmis un rapport du 21 mars 2018 du Dr M._____, selon lequel elle présentait une maladie grave, d'étiologie inconnue, responsable d'une invalidité au plan clinique.

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 (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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2012. En particulier, il s'agit de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré en décembre 2014, comme le soutient l'intimé, au point de lui permettre de retrouver une capacité de travail de 50 %, ne donnant droit plus qu'à une demi-rente dès le mois d'avril 2015.

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

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente, et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour

l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde 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 mesure 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

5. En l'espèce, l'assurée reproche à l'intimé d'avoir, sur la base du rapport d'expertise, considéré que son état de santé s'était amélioré au point de retrouver une partie de sa capacité de travail en décembre 2014. Elle conteste essentiellement les conclusions du rapport d'expertise de la Dresse N._____ quant à sa capacité de travail et met en doute sa valeur probante pour différentes raisons.

a) Tous les médecins sans exception reconnaissent la gravité et la complexité de la maladie chronique, dont les répercussions sont, dans le cas de la recourante, non seulement cutanées mais également articulaires (polyarthrite) et psychiques (modification durable de la personnalité dans le contexte d'une maladie chronique). L'experte elle-même relève la sévérité de la présentation clinique de l'assurée, les difficultés à trouver un traitement la soulageant de manière efficace, celles liées au sevrage des corticoïdes, péniblement supportable en dessous d'une dose de 10-15 mg/jour, les effets secondaires graves développés par la recourante, notamment sous forme d'hépatite médicamenteuse et d'ulcère cornéen, ainsi que l'aggravation connue de la maladie par la position debout prolongée (orthostatisme) et l'influence négative du stress physique et psychique sur l'évolution, observée de

manière très claire par les médecins du R._____ (pp. 32 et 33 de l'expertise).

Dans trois rapports successifs, le Dr D._____ relève que l'état de santé de la recourante a connu dans le courant de l'année 2013 une évolution clinique stable et une légère amélioration de la vascularite malgré des douleurs articulaires fluctuantes, tout en attestant cependant toujours d'une incapacité totale de travail (cf. rapports des 18 octobre et 2 décembre 2013, ainsi que du 17 mars 2014). Cette rémission partielle fluctuante en 2013 durant quelques mois, sous traitement de Prednisol 9 mg, a également été relevée par l'experte qui a cependant noté qu'elle n'avait été que de courte durée puisqu'en mars 2014, l'assurée avait refait une forte poussée nécessitant l'augmentation des corticoïdes, dont la dose s'élevait à nouveau à 15 mg au moment de l'expertise (cf. p. 33 de l'expertise).

Ainsi, alors même que leurs constatations cliniques et anamnestiques sont globalement semblables, l'experte se distancie de l'appréciation de l'ensemble du corps médical ayant suivi régulièrement la recourante pour évaluer la capacité de travail de cette dernière à 50 % dans toute activité, y compris son activité habituelle d'infirmière en EMS. Or, les raisons médicales objectives qui la conduisent à cette appréciation isolée - les Drs S._____, D._____, K._____ et M._____ notamment se prononçant en faveur d'une incapacité totale de travail - ne sont pas claires. Si les constatations en lien avec l'examen clinique sont dûment relatées, la lecture de l'expertise ne permet en revanche pas de comprendre quelles sont les conclusions que l'experte en tire et quels sont les motifs qui lui permettent d'admettre une véritable amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante. Certes, l'assurée paraît avoir pu améliorer pendant quelques mois en été 2013 sa qualité de vie en allant nager régulièrement comme le lui avaient recommandé ses médecins, mais cette rémission semble n'avoir été que très brève puisqu'en mars 2014, une nouvelle péjoration apparaissait. A cet égard, la Cour relèvera avec la recourante que le rapport d'expertise peine à convaincre. Il n'a au demeurant pas non plus convaincu le SMR

puisque la Dresse T._____ a demandé à la Dresse N._____ de lui indiquer quels éléments lui faisaient retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Le complément du 23 mars 2015 dans lequel la Dresse N._____ explique qu'en raison de la maladie systémique grave, la recourante doit se reposer en position étendue et doit dès lors bénéficier d'un horaire de travail réduit ne permet pas plus de comprendre les motifs d'une éventuelle amélioration. A tel point que la Dresse T._____ a à nouveau interpellé l'experte, cette fois téléphoniquement, et a noté que cette appréciation d'une capacité résiduelle de travail découlait de l'état général conservé de la recourante, ainsi que de ses aptitudes résiduelles (moto, natation, vie sociale) (cf. note du 31 mars 2015 de la Dresse T._____). Ces explications téléphoniques extrêmement brèves ne suffisent toutefois pas à convaincre la Cour d'une amélioration notable et durable.

On relèvera encore que le SMR s'est lui-même distancié de l'appréciation de la capacité de travail faite par l'experte puisqu'il a considéré que l'activité d'infirmière exercée auparavant par la recourante n'était plus du tout exigible. A ce propos, le Service LFA de l'OAI (cf. communication du 6 mai 2015) et le spécialiste en réinsertion professionnelle (cf. rapport REA du 26 juin 2015) ont relevé également à la lecture de l'expertise des éléments contradictoires.

Ces contradictions, imprécisions et le défaut de motivation conduisant la Dresse N._____ à cette évaluation de la capacité de travail font ainsi déjà douter de la valeur probante du rapport d'expertise et de ses compléments. En outre, l'avis qu'ils contiennent relativement à la capacité de travail reste très isolé. A cela s'ajoute encore que l'experte ne disposait pas d'un dossier complet puisque les éléments médicaux en lien avec la problématique oculaire de la recourante remis à l'OAI en même temps que le résumé de la vie quotidienne - que la Dresse N._____ avait pourtant réclamé à l'expertisée -, n'ont été produits qu'après le dépôt du rapport d'expertise.

Pour les raisons qui précèdent, ce rapport ne permet pas d'admettre sans autre la capacité de travail retenue par l'experte.

b) Le dossier médical existant ne permet toutefois pas non plus d'exclure clairement toute amélioration de l'état de santé de la recourante sur une période suffisamment longue pour conduire à une modification du taux d'invalidité. Il est exact que les discordances entre les plaintes de l'assurée et les constatations objectives interpellent. Ainsi, si l'atteinte cutanée semble s'être péjorée, le Dr D. _____ dans son rapport du 25 mai 2016 n'objective pas d'aggravation du point de vue articulaire, quand bien même anamnestiquement, la patiente décrivait une atteinte importante avec des crises douloureuses fréquentes qui l'obligeaient à réduire au minimum ses activités quotidiennes. Il ne constate en outre pas de complications liées à l'alitement prolongé (22 h par jour) allégué par la recourante. Enfin, il note l'absence de syndrome inflammatoire biologique, tout en réfutant une problématique d'exagération des plaintes ; il évoque au demeurant un contexte psychique (cf. note du 28 avril 2016 relative à un entretien téléphonique entre le Dr D. _____ et le SMR). A cet égard, on relèvera que l'état inflammatoire majeur généralisé entraînant une fatigue importante qui avait été mis en évidence par le Dr K. _____ en 2013 (cf. rapport du 3 avril 2013), les complications hépatiques et les difficultés à mettre en place un traitement efficace très importantes au début de la prise en charge de la maladie, semblent heureusement à ce jour être stabilisés.

La Dresse T. _____ a également retenu une discordance entre les limitations alléguées par l'assurée et les constatations médicales, qu'aucun document au dossier ne permet d'expliquer.

Enfin, même si le Dr M. _____ considère que la problématique invalidante est essentiellement la conséquence de la pathologie somatique, il diagnostique néanmoins une modification durable de la personnalité dans un contexte de maladie et de syndrome immunologique complexe évoluant par poussées. Il atteste de bonnes

ressources intellectuelles de la recourante mais admet une grande fatigabilité, des algies et des insomnies. Le Dr Z. _____, dans un rapport du 18 février 2016, fait état de troubles cognitifs et de céphalées qui pourraient avoir une incidence sur la capacité de travail de la recourante. Ces derniers ne sont pourtant évoqués que de manière succincte et sans justification pour permettre de s'y fier tel quel.

Cette situation peu claire et pourtant complexe a conduit l'OAI à admettre la vraisemblable nécessité d'une expertise psychiatrique qui pourtant n'a pas été mise en œuvre. On le voit, la situation et son appréciation soulèvent doutes et hésitations, que ni le rapport d'expertise, puisque ce dernier ne comporte aucun volet psychiatrique, ni les rapports du psychiatre traitant tels qu'ils figurent au dossier, permettent de lever. A cela s'ajoute que la lecture du dossier fait état de discordances entre les plaintes et les constatations tant médicales que faites par le détective mandaté par l'assureur perte de gain, dont le rapport figure au dossier. Enfin, dans la mesure où l'aspect psychique (modification de la personnalité du fait de la maladie) découle directement de la problématique somatique de la patiente, il paraît nécessaire qu'il fasse l'objet d'un volet de l'expertise.

Ce qui précède permet d'ores et déjà d'admettre que le dossier doit être complété d'un point de vue médical, tant du point de vue somatique que psychique.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur

probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est incomplète – ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué – et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur une éventuelle modification de l'état de santé de la recourante depuis avril 2015. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

Il en découle que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour en compléter l'instruction sous forme d'expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, immunologique dermatologique et psychiatrique – étant réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts – conformément à l'art. 44 LPGA.

7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 20 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- 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 X. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour X. _____)
- 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 :