

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 septembre 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Neu, juge, et Peter, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap en la
personne de Me Karim Hichri, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 16 LPG

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, a déposé une demande de prestations d'invalidité le 4 avril 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans laquelle elle a indiqué souffrir de fibromyalgie, d'épilepsie, d'arthrose, d'évanouissements et de migraines.

Dans un rapport médical établi le 12 mai 2014, la Dresse W. _____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de rachialgies chroniques invalidantes, d'épicondylite droite rebelle, de terrain variqueux et de gonalgies, et a évoqué la reprise de l'activité professionnelle de veilleuse à 20 %, avec une alternance des positions et ne nécessitant pas de marcher en terrain irrégulier, de se pencher, d'être accroupie ou à genoux, en rotation du corps, de soulever ou porter, de monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers.

Dans un rapport médical du 12 mai 2014 également, la Dresse X. _____, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail :

- Epilepsie essentielle (crises d'épilepsie généralisées et occasionnelles myoclonies matinales) dès l'adolescence, traitée depuis l'âge de 21 ans
- Fibromyalgie et état dépressif chronique traité (dès 2002 pour le moins)
- Episode de lombalgies intermittentes sur troubles dégénératifs L3-L5

et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail :

- Troubles cérébelleux et pyramidaux d'origine indéterminée
- Impatience des membres inférieurs
- Antécédents de migraines avec aura visuelle, de céphalées post traumatisme crânio-cérébral et de céphalées quotidiennes chroniques sur abus d'antalgiques,

- Status après fermeture d'un foramen ovale perméable en février 2007
- Status après by-pass le 27 août 2007 pour obésité morbide
- Antécédents de varicectomie, ménissectomie et hystérectomie.

Elle a précisé que l'évolution des affections neurologiques était stationnaire, que la reprise d'une activité dépendait de l'évolution des affections rhumatologiques et elle a énuméré les limitations fonctionnelles de l'assurée sans chiffrer sa capacité de travail : pas d'activités en terrain irrégulier, en se penchant, en position accroupie, en rotation du tronc, sur une échelle ou un échafaudage, la montée d'escaliers devait rester occasionnelle, le port de charges était limité à 15 kg environ et la résistance de l'assurée était diminuée.

L'assurée a indiqué dans un document transmis à l'OAI le 31 mai 2014 que si elle avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à 50 % depuis 2000, par intérêt personnel.

L'assurée a subi une cure d'épicondylite droite en date du 2 juin 2014.

Des rapports médicaux des 18 septembre et 23 octobre 2014 émanant de la Policlinique orthopédique D._____ confirmaient les diagnostics invalidants d'épilepsie, de fibromyalgie, de gonalgies et d'épicondylite droite, auxquels s'ajoutait celui de gonarthrose bilatérale ainsi que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de fracture du 5^e métatarsien. Ils mentionnaient comme limitations fonctionnelles l'absence de travail en position assise durant plus de deux heures, de travail en position uniquement debout, sur terrain irrégulier, avec les bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genoux, en se penchant ou en rotation du tronc ; l'assurée ne devait pas porter de charges ni monter sur une échelle ou un échafaudage et elle présentait une fatigabilité restreignant sa capacité de concentration à une demi-heure ainsi que sa résistance.

Des imageries du genou gauche réalisées les 27 mai et 18 juillet 2014 ont montré un discret pincement au niveau du compartiment externe, une chondropathie condylienne interne modérée et patellaire discrète ainsi qu'un status après méniscectomie externe partielle.

L'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans le rapport d'examen du 15 juin 2015, le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont fait les conclusions suivantes :

« **Diagnostics**

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
 - EPICONDYLITE CHRONIQUE DU COUDE D [réd. : droit] (M77.1).
 - ARTHROSE DU GENOU G [réd. : gauche] (M17.1).
 - EPISODES RÉCURRENTS DE DÉPRESSION RÉACTIONNELLE, ÉPISODE ACTUEL MOYEN AVEC SYNDROME SOMATIQUE (F33.11).
- sans répercussion sur la capacité de travail
 - LOMBALGIES COMMUNES NON DÉFICITAIRES DANS UN CONTEXTE DE PINCEMENT DISCAL L3-L4 ET L4-L5 AVEC OSTÉOPHYTOSE POSTÉRIEURE IMPORTANTE EN L3-L4, MODÉRÉE EN L4-L5, D'UNE DISCRÈTE ARTHROSE INTER-FACETTAIRE L4-L5 ET L5-S1 (M54.5).
 - STATUS APRÈS FRACTURE DU 5^{ÈME} MÉTATARSIEN DU PIED D (S92.3)
 - FIBROMYALGIE (M79.0).
 - DYSTHYMIE (F34.1).

[...]

Limitations fonctionnelles

Coude D : port de charges sup. à 5 kg, mouvement répétitif de flexion-extension ou prosupination de l'avant-bras D et activité de force.

Genou G : marche au-delà de 2 km, position debout au-delà de 1 heure, activité à genou ou accroupie, mouvement de torsion du genou, position assise au-delà de 2 heures.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques sont : ralentissement psychomoteur, augmentation de la fatigabilité, repli sur soi, diminution de ressources d'adaptation aux changements.

[...]

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE [aide-soignante et veilleuse de nuit] :
25%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 50% DEPUIS JANVIER 2015, DATE DE L'AGGRAVATION DE SON ÉTAT. »

Dans un avis médical du 15 septembre 2015, le Dr T._____, médecin au SMR, a repris les conclusions de l'examen clinique et fixé l'aptitude à la réadaptation dès janvier 2015.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 1^{er} mars 2016 et a conclu à une invalidité de 27,5 % dans les travaux ménagers. Il en ressort qu'en bonne santé, l'assurée aurait travaillé à 80 % depuis 2013 pour des raisons financières avant tout, étant donné son divorce en 2013 et ses deux filles à charge.

Le 21 octobre 2016, l'OAI a fait parvenir un projet de décision négative à l'assurée, au motif que son taux d'invalidité était de 35,50 % (soit de 37,5 % dans son activité lucrative à 80 % et de 27,5 % dans son activité ménagère à 20 %).

L'assurée a présenté ses objections les 17 novembre 2016 et 16 janvier 2017 et a produit plusieurs documents médicaux, parmi lesquels :

- un rapport du 6 mars 2017 du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a attesté d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis mars 2016, impliquant une totale incapacité de travail, et a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble mixte de la personnalité, avec des traits essentiellement impulsifs et dépendants (F61) ;
- un rapport médical établi le 23 mars 2017 par le Dr E._____, médecin praticien, qui a indiqué que la patiente présentait une épaule quasi gelée, un trouble de l'équilibre progressant lentement, un trouble de la mémoire concomitant ou un ralentissement cérébral de plus en plus invalidant (en cours d'investigations auprès du Pr Q._____), une fibromyalgie de plus en plus invalidante et un état dépressif fluctuant de modéré à important.

Le SMR s'est déterminé sur ces pièces médicales dans un avis du 15 juin 2017, estimant qu'il n'y avait pas de raison objective de

s'écarter de ses précédentes évaluations. Il a considéré que le rapport médical du Dr E._____ n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux et que si le Dr H._____ concluait à une aggravation sur le plan psychique, il s'agissait d'une appréciation différente, non motivée par des éléments probants, que ce soit au niveau de la clinique ou de la thérapeutique.

L'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée par décision du 7 août 2017, au motif que son taux d'invalidité était de 35,50 % (soit 30 % comme active et 5,5 % comme ménagère).

B. N._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de son mandataire du 13 septembre 2017, concluant à son annulation et à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 mai 2016, puis d'une rente entière à partir du 1^{er} juin 2017, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a contesté le taux d'indexation appliqué par l'OAI au revenu sans invalidité tiré des statistiques salariales de l'année 2014 ainsi que l'absence d'abattement sur son revenu d'invalidité malgré ses nombreuses limitations fonctionnelles, son âge, son taux d'occupation à 50 % et son absence de formation. Elle a en outre fait valoir une aggravation de son état de santé depuis mars 2016 et qu'elle présentait un trouble mixte de la personnalité selon le Dr H._____, qui n'avait pas été pris en compte par la Dresse I._____. Elle a produit plusieurs documents médicaux à l'appui de son recours :

- Dans un rapport médical du 14 mars 2017, le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, a relevé chez l'assurée un tremblement du membre supérieur droit, ne touchant pas la main, assez fin, présent au repos et lors de la posture, avec dysdiadococinésie relative du côté droit et une diminution de la motilité fine. Il prévoyait refaire le point après la réalisation d'un examen neuropsychologique et éventuellement d'une IRM cérébrale.
- Un examen neuropsychologique réalisé le 17 mai 2017 a mis en évidence un ralentissement dans certaines tâches chronométrées,

des performances déficitaires en mémoire antérograde épisodique verbale et visuo-spatiale, des performances modérément déficitaires en mémoire immédiate verbale, des éléments significatifs de la lignée anxio-dépressive et un état de fatigue. Des éléments pouvant évoquer un effort cognitif suboptimal rendaient l'interprétation du tableau cognitif délicate et un nouvel examen était proposé à six mois.

- Dans un rapport médical du 25 avril 2017 établi à l'occasion du séjour de l'assurée aux U. _____ du 18 au 22 avril 2017 suite à une crise d'épilepsie, la Dresse F. _____ a retenu comme diagnostic principal un syndrome neurologique avec atteinte cérébelleuse décompensé sans atteinte biologique. L'IRM cérébrale effectuée le 20 avril 2017 était dans les limites de la norme.

Dans sa réponse du 16 novembre 2017, l'OAI a fait savoir qu'une fois qu'il serait en possession du nouveau rapport du Dr Q. _____ ainsi que de tous les examens complémentaires effectués, il soumettrait à nouveau l'ensemble du dossier au SMR pour appréciation médicale.

Par réplique du 7 décembre 2017, la recourante a soutenu que l'OAI admettait implicitement que la décision litigieuse avait été rendue de manière prématurée, de sorte qu'il y avait lieu d'admettre le recours et renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans sa duplique du 17 janvier 2018, l'OAI a nié avoir rendu sa décision de manière prématurée et précisé que c'étaient les documents joints à l'appui du recours qui l'avaient fait proposer de verser au dossier les rapports qui y étaient évoqués.

Dans sa détermination du 28 février 2018, la recourante a maintenu les conclusions de son recours.

L'OAI s'est encore déterminé le 8 mai 2018, reprenant les éléments de sa duplique.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve des dérogations expresses prévues (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu des fêtes (cf. art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente d'invalidité.

3. **a)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou

améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

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.

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), bien qu'ils ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_830/2016 du 3 mars 2017 consid. 5.4).

4. a) En l'occurrence, dans le cadre du dépôt de sa demande de prestations, la recourante a transmis différents rapports médicaux à l'OAI, dans lesquels ses médecins traitants ont posé les diagnostics invalidants de rachialgies chroniques sur troubles dégénératifs L3-L5, d'épicondylite droite rebelle, de gonalgies et de gonarthrose bilatérale, d'épilepsie essentielle, de fibromyalgie et d'état dépressif chronique (rapports médicaux des Dresse W._____ et X._____ ainsi que de la Policlinique orthopédique D._____). La Dresse W._____ a évoqué la reprise de l'activité habituelle de veilleuse à 20 %, a énuméré les limitations fonctionnelles de la recourante, mais ne s'est pas prononcée sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. La Dresse X._____ a précisé que les affections neurologiques n'influençaient pas la capacité de travail de la recourante ni son rendement, mais que sa capacité de travail était limitée par les affections rhumatologiques ainsi qu'une mauvaise tolérance au stress. Les médecins de la Policlinique orthopédique D._____ ont quant à eux estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible, ont listé les limitations fonctionnelles de la recourante mais ne se sont pas déterminés sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

b) Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été réalisé au SMR les 22 mai et 11 juin 2015 par les Drs C._____ et I._____, qui se sont prononcés sur les différents diagnostics retenus par les médecins traitants.

aa) Au niveau somatique, les Drs C._____ et I._____ ont posé le diagnostic de lombalgies communes non déficitaires tout en estimant que cette atteinte n'entraînait pas une incapacité de travail durable, dans la mesure où les lumbagos de la recourante étaient occasionnels et l'examen clinique rassurant. Ils ont en revanche considéré que l'épicondylite chronique du coude droit justifiait une diminution des contraintes mécaniques exercées sur les muscles épicondyliens en évitant le port de charges répétitif ainsi que les mouvements répétitifs ou contre résistance de la main et de l'avant-bras droit. Au niveau des genoux, ils ont posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, d'arthrose du genou gauche, laquelle était facilitée par la ménisectomie

subie par la recourante. Ils estimaient nécessaire de limiter les contraintes mécaniques exercées sur ce genou en évitant les longues marches, les stations debout prolongées, les activités en zone basse ou les activités provoquant des impacts sur le genou.

Dans l'anamnèse par système, ils relèvent que la recourante présente deux à trois crises d'épilepsie par mois, au cours desquelles sa vision devient trouble puis son corps n'a plus de force et elle chute. Ils ne se prononcent cependant pas davantage au sujet de cette maladie dans le reste de leur rapport. Il faut constater que dans son rapport médical du 12 mai 2014, la Dresse X. _____ classe, certes, ce diagnostic avec ceux ayant des répercussions sur la capacité de travail, mais elle retient finalement que l'évolution des affections neurologiques est stationnaire et que la reprise d'une activité professionnelle dépend seulement de l'évolution des affections rhumatologiques. On peut en conclure que cette pathologie, présente depuis l'adolescence, n'est pas invalidante, étant d'ailleurs rappelé qu'elle n'a pas empêché l'assurée de travailler par le passé.

Finalement, les Drs C. _____ et I. _____ rejoignent l'avis des médecins de la Polyclinique orthopédique D. _____ en considérant que le status après fracture du 5^e métatarsien du pied droit de la recourante n'est pas incapacitant, compte tenu de son évolution sans complication.

bb) Sur les plans psychique et psychosomatique, les Drs C. _____ et I. _____ confirment que l'assurée souffre de troubles dépressifs et de fibromyalgie. Au niveau psychiatrique, ils posent plus exactement le diagnostic d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ainsi que celui, non incapacitant, de dysthymie.

En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la

présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à cette procédure lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas. Elle est superflue lorsqu'une incapacité de travail peut être niée de manière motivée et compréhensible sur la base de rapports médicaux probants émanant de spécialistes, et que d'éventuelles appréciations médicales contradictoires peuvent être écartées faute de qualifications médicales suffisantes de leurs auteurs ou pour d'autres motifs (ATF 143 V 418 consid. 7.1 et 143 V 409 consid. 4.5.3).

En l'occurrence, il faut constater que l'examen clinique des Drs C._____ et I._____ a été effectué avant que ces nouvelles jurisprudences ne soient rendues. Ces médecins ne partent cependant pas de la présomption que le trouble dépressif et la fibromyalgie seraient sans influence sur la capacité de travail, mais fixent cette dernière en procédant à une analyse globale des difficultés et des ressources dont dispose la recourante. Il n'y a toutefois pas lieu d'examiner plus avant l'adéquation de leur appréciation au regard des nouveaux critères jurisprudentiels dans la mesure où, comme démontré ci-après, il apparaît dans tous les cas nécessaire de renvoyer la cause à l'intimé pour mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

c) La recourante soutient en effet que son état de santé s'est aggravé sur le plan psychiatrique depuis mars 2016, comme l'a attesté le Dr H._____ dans son rapport médical du 6 mars 2017. Ce médecin mentionne que l'état psychique de la recourante, qu'il suit depuis le début de l'année 2015, s'est aggravé de manière significative en mars 2016, ce qui a nécessité une augmentation de son traitement antidépresseur, sans

résultat spectaculaire. Il retient un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) et pose en outre le diagnostic de trouble mixte de la personnalité, avec des traits essentiellement impulsifs et dépendants (F61), lequel entraîne des répercussions permanentes sur le fonctionnement social et professionnel de la recourante. Le SMR a pris position sur ce rapport dans son avis du 15 juin 2017 et estimé qu'il dressait un status psychiatrique qui ne se différenciait pas fondamentalement de celui constaté par la Dresse I. _____ lors de son examen en 2015. Le SMR a considéré que le médecin traitant faisait une appréciation différente de l'état de santé de la recourante, sans qu'il y ait d'éléments objectifs probants pour motiver ses conclusions, que ce soit au niveau de la clinique ou de la thérapeutique (traitement pharmacologique, fréquence du suivi psychothérapeutique ou hospitalisation). L'avis médical du SMR n'apparaît cependant pas convaincant. Il faut en effet constater que le Dr H. _____ explique en quoi l'état psychique de la recourante s'est modifié, énumère de manière détaillée les critères qui lui font retenir un épisode sévère de l'état dépressif et précise les éléments nouveaux qu'il a constatés par rapport à l'examen effectué par la Dresse I. _____, à savoir des troubles de la concentration et d'attention, ainsi que des idées de culpabilité et de dévalorisation. Contrairement à ce que mentionne le SMR, le traitement pharmacologique antidépresseur de la recourante a été modifié en raison de l'aggravation de son état, le Dr H. _____ ayant augmenté la Fluoxetine à 60mg/j et le Trittico à 200mg/j, comme il l'indique expressément, étant précisé que ces dosages sont supérieurs à ceux qui prévalaient lors de l'examen clinique SMR (cf. rapport d'examen p. 6). Son rapport médical contient en outre une description du status actuel et ses conclusions sont motivées. Au vu de ce qui précède, on ne saurait, comme l'a fait le SMR, nier sans autre examen une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante. Il convient au contraire d'instruire cette question afin de déterminer si, comme le soutient le Dr H. _____, l'état psychique de la recourante s'est aggravé au point qu'elle serait en totale incapacité de travail dans toute activité depuis mars 2016.

Dans son recours, la recourante fait également valoir une aggravation de son état de santé somatique, sur la base des rapports médicaux des Drs Q._____ et F._____ ainsi que du rapport d'examen neuropsychologique, qu'elle a produits à l'appui de son recours. Dans son rapport du 14 mars 2017, le Dr Q._____ a constaté un tremblement du membre supérieur droit avec une dysdiadococinésie relative et une diminution de la motilité fine, ainsi qu'un ralentissement sur le plan cognitif ; il a annoncé qu'il referait le point une fois qu'une IRM cérébrale et un examen neuropsychologique auront été effectués. On apprend dans le rapport médical de la Dresse F._____ du 25 avril 2017 que l'IRM cérébrale pratiquée s'est révélée dans la norme. Cette médecin conclut à la présence d'un syndrome neurologique avec atteinte cérébelleuse décompensé sans atteinte biologique et à un diagnostic différentiel comprenant une origine psychiatrique à cette décompensation. L'examen neuropsychologique réalisé le 12 mai 2017 a mis en évidence un ralentissement dans certaines tâches chronométrées, des performances déficitaires de la mémoire, des éléments significatifs de la lignée anxio-dépressive et un état de fatigue. Des éléments pouvant évoquer un effort cognitif suboptimal, éventuellement liés à l'état dépressif ou à une carence vitaminique, rendent cependant l'interprétation du tableau cognitif délicate, de sorte qu'un nouvel examen était proposé à distance d'environ six mois.

Dans sa réponse du 16 novembre 2017, l'OAI a estimé judicieux d'examiner si le Dr Q._____ avait entre-temps pu refaire le point et a proposé de soumettre à nouveau l'ensemble du dossier au SMR pour appréciation médicale une fois qu'il serait en possession du nouveau rapport de ce spécialiste ainsi que de tous les examens complémentaires effectués dans ce contexte. La recourante a considéré dans sa réplique du 7 décembre 2017 que, ce faisant, l'OAI admettait implicitement que la décision litigieuse avait été rendue de manière prématurée. L'OAI a répondu que tel n'était pas le cas, précisant que c'étaient les documents nouvellement joints à l'appui du recours qui lui avaient fait proposer de verser au dossier les rapports qui y étaient évoqués. A noter qu'aucune nouvelle pièce médicale n'a été produite par la suite.

Il faut constater que les rapports précités sont antérieurs à la décision attaquée, rendue le 7 août 2017, mais n'ont été produits qu'au stade du recours, de sorte que l'intimé n'en avait pas connaissance au moment où il a rendu sa décision. Quoi qu'il en dise, l'OAI admet que la situation médicale de la recourante pourrait avoir changé puisqu'il propose qu'une nouvelle appréciation du SMR soit effectuée une fois toutes les pièces médicales produites. Or, si une modification de la situation médicale de la recourante était avérée, elle influencerait la décision attaquée puisque les rapports produits se rapportent à l'état de santé de la recourante tel qu'il était déjà avant que cette décision soit rendue. Cela étant, il faut constater que les éléments contenus dans les rapports médicaux précités ne sont pas nouveaux en tant qu'ils concernent les troubles cérébelleux et le tremblement du membre supérieur droit, connus et pris en compte par les Drs C._____ et I._____ (cf. rapport d'examen clinique p. 7), qui avaient par ailleurs déjà constaté de légers troubles de la mémoire (cf. rapport p. 8). Les rapports médicaux produits à l'appui du recours, de même que celui du Dr E._____, font en revanche état d'une décompensation du syndrome neurologique avec atteinte cérébelleuse ainsi que d'un trouble cognitif aggravé qui, tous deux, pourraient être influencés par des éléments psychiatriques. Il apparaît, de ce point de vue également, nécessaire de procéder à un nouvel examen psychiatrique de la recourante.

On peut également relever que dans son rapport médical du 23 mars 2017, le Dr E._____ indique que sa patiente présente une épaule quasi gelée et une fibromyalgie de plus en plus invalidante. Il se trouve que dans leur rapport d'examen clinique, les Drs C._____ et I._____ ont déjà relevé la présence de douleurs au niveau de l'épaule, qu'ils mettaient en relation avec la fibromyalgie (cf. rapport d'examen p. 8). Il appartiendra à l'expert psychiatre d'examiner également, dans le cadre de l'expertise à ordonner, l'influence de la fibromyalgie sur la capacité de travail de la recourante, au regard des nouveaux critères dégagés par la jurisprudence.

d) L'instruction s'avérant lacunaire, la cause sera donc renvoyée à l'intimé pour qu'il ordonne une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts, notamment un volet rhumatologique et/ou neurologique.

5. a) Le recours doit par conséquent être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'office intimé.

c) Par ailleurs, la recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 1'500 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
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 7 août 2017 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au 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 la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap, 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 :