

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 octobre 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

H._____, 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. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 19 [...], ressortissante turque au bénéficiaire d'un permis C, a déposé, le 9 octobre 2013, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'atteintes physique et psychologique existant depuis 2008. Selon les certificats médicaux annexés à ce document, l'intéressée présentait une incapacité de travail totale depuis le 4 mars 2013.

Le 17 décembre 2013, l'assureur maladie perte de gain de l'employeur de l'assurée a adressé à l'OAI une copie de son dossier médical. Y figurait notamment un rapport du 30 juillet 2013 de la Dresse C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont il ressortait qu'elle suivait l'intéressée depuis le 14 février 2013 sur une base bimensuelle, posant les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et de fibromyalgie, nécessitant une médication.

Dans un rapport du 2 janvier 2014, la Dresse C._____ a diagnostiqué chez l'assurée, avec effet sur sa capacité de travail, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, une fibromyalgie, un conflit conjugal, un deuil compliqué et un goitre avec hypothyroïdie substituée, émettant un pronostic non favorable à une réadaptation professionnelle. Elle a attesté une incapacité de travail totale de l'intéressée dans sa profession d'aide de ménage depuis le 8 mars 2013, énumérant comme restrictions des douleurs physiques, de la fatigue, un problème de mémoire et de concentration, des symptômes anxio-dépressifs, une perte de confiance en soi et un sentiment d'inutilité et précisant qu'elles ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales. Dans l'annexe à son rapport, cette praticienne a décrit comme limitations fonctionnelles un apragmatisme (« difficulté à faire le ménage et à s'occuper des enfants »), des difficultés avec les charges lourdes, des difficultés dans les déplacements (« problème avec les longs trajets :

douleur au dos et aux jambes »), des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne (« elle ne dort plus malgré l'hypnotique »), une hypersensibilité au stress et une apparition périodique de phases de décompensation. Elle a exposé que les capacités de concentration/attention (« décrite comme catastrophique ») et mnésiques de sa patiente étaient limitées et a finalement indiqué qu'une activité professionnelle à plein temps ou à temps partiel n'était plus possible.

Dans un rapport du 7 janvier 2014, la Dresse D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de syndrome douloureux chronique type fibromyalgie diagnostiqué en 2008 ainsi que d'état anxio-dépressif et, sans effet sur la capacité de travail, de status post réduction mammaire en 2004 ainsi que de goitre hétéro-nodulaire en 2002 dans le cadre de sa première grossesse, substitué transitoirement par Euthyrox. S'agissant du pronostic, elle a indiqué que la pathologie douloureuse de l'assurée survenait dans un contexte socio-familial difficile, qu'elle n'avait pas encore fait le deuil du décès brutal de son père alors qu'elle avait 15 ans et que la symptomatologie somatique était à son sens liée à ses problèmes psychologiques, relevant qu'elle était inapte à travailler à ce jour. Elle a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide de ménage depuis 2011, précisant qu'il y avait lieu de réévaluer la question dans deux ans. Cette praticienne a relevé que l'activité d'aide de ménage n'était plus du tout exigible, indiquant que sur le plan physique, les traitements indiqués dans ce genre de pathologie avaient été épuisés. Elle a exposé que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail pour les deux ans à venir. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dresse D._____ a indiqué que l'assurée ne pouvait pas exercer d'activités uniquement en position assise ou uniquement en position debout, que des activités dans différentes positions pouvaient être effectuées à raison d'une heure par jour, qu'elle pouvait partiellement et occasionnellement se pencher, qu'elle ne pouvait pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, en rotation en position assise ou en position debout, qu'elle ne pouvait pas soulever ou porter des

charges et qu'elle ne pouvait monter des escaliers qu'à raison d'un étage. Elle a également indiqué que les capacités de concentration et de résistance de l'intéressée étaient limitées.

Répondant aux questions de l'OAI, la Dresse C._____ a indiqué, le 7 avril 2014, que l'évolution psychique s'était encore aggravée depuis la dégradation de la relation conjugale en février 2014 avec projet de séparation, constatant une aggravation de la symptomatologie anxieuse et dépressive, ainsi qu'une aggravation des limitations fonctionnelles signalées (douleurs, crampes et diminution de la force aux mains). La Dresse C._____ a relevé que la persistance de l'humeur dépressive, la grande sensibilité à la souffrance des autres et un fort sentiment d'impuissance face aux patients, ainsi que les douleurs importantes et la perte de force empêchaient l'assurée de travailler.

Le 30 mai 2014, la Dresse D._____ a répondu aux questions qui lui ont été posées par l'OAI, relevant que l'activité habituelle d'aide de ménage n'était plus exigible, le diagnostic de fibromyalgie associé à l'état anxieux dépressif entraînant d'importantes difficultés pour assumer le quotidien, l'assurée ne pouvant ni rester debout longtemps, ni travailler en zone basse, ni passer l'aspirateur. Selon cette praticienne, l'assurée n'était probablement pas à même d'assumer une activité lucrative même la plus légère possible.

Dans un rapport du 15 octobre 2014, la Dresse R._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de spondylarthrite (ankylosante), de syndrome douloureux chronique sans précision, d'état dépressif persistant avec composante réactionnelle, d'hypertrophie mammaire avec tensions musculaires cervico-scapulaires douloureuses ainsi que de trouble du sommeil (insomnie) chronique et, sans effet sur la capacité de travail, de goitre et de névrome au pied, indiquant que le pronostic était « indéterminé ». Elle a exposé que la possibilité d'exercer une activité adaptée n'est pas déterminable à ce jour car l'évolution n'était pas stabilisée d'un point de vue médical. S'agissant des limitations

fonctionnelles, elle a relevé que des activités exercées uniquement en position assise, uniquement en position debout ou principalement en marchant n'étaient pas possibles, de même que le fait de travailler avec les bras au-dessus de la tête, d'être à genoux, d'effectuer des rotations en position assise ou en position debout et de soulever ou porter des charges, précisant que l'acte de monter des escaliers était limité. La Dresse R._____ a encore indiqué que les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance de l'assurée étaient limitées. Elle a expliqué ne pas avoir le recul nécessaire pour se prononcer sur la question de savoir depuis quand ces limitations étaient valables.

Le 30 octobre 2014, les Drs O._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, tous trois médecins au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), ont rédigé un rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique pratiqué sur l'assurée le 12 août 2014. Ils n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie et d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Ils ont en outre exclu le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Sur le plan psychiatrique, ces praticiens ont apprécié le cas comme suit :

« **Sur le plan psychiatrique**, il s'agit d'une assurée de 34 ans, d'origine turque, entrée en Suisse en 2001, sans formation, divorcée, deux enfants, qui travaillait à la Fondation [...], et qui dépose une 1^{ère} demande en date du 10.10.2013, dans un contexte de douleurs et de dépression.

L'assurée, sans antécédents psychiatriques, a consulté la Dresse C._____, psychiatre traitant, sur le conseil de la Dresse D._____, rhumatologue, dès le 14.02.2013.

Dans son rapport psychiatrique du 30.07.2013, la Dresse C._____ retenait les diagnostics suivants : épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), fibromyalgie, deuil compliqué.

Dans son rapport psychiatrique du 02.01.2014, la Dresse C._____ retenait les diagnostics suivants : épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), fibromyalgie, conflit conjugal, deuil

compliqué. L'incapacité de travail attestée était de 100 % dès le 08.03.2013.

Dans son rapport psychiatrique du 07.04.2014 la Dresse C. _____ attestait une « aggravation de l'état psychique dans un contexte de dégradation de la relation conjugale ».

Dans son rapport médical du 30.07.2014, la Dresse R. _____, médecin traitant de l'assurée, écrivait : « les limitations fonctionnelles de Mme H. _____ sont sans doute à ce jour d'ordre somatique (douleurs) prédominant ».

Enfin l'assurée a consulté le Dr S. _____, psychiatre traitant, pour ses troubles du sommeil. Le Dr S. _____, dans son rapport psychiatrique du 27.06.2014, écrivait : « Mme H. _____ ne se sent pas particulièrement déprimée actuellement, mais le score de dépression, selon l'inventaire de Beck, atteint néanmoins 14/39. L'index de sévérité de l'insomnie s'élève à 22/28 ».

L'assurée consulte donc toujours actuellement la Dresse C. _____, à la fréquence de 2 x/mois. Le traitement psychiatrique actuel est constitué de Trittico® 1 cp/jour, Venlafaxine® ER Sandoz 75 2 cp/jour, Imovane® 1 cp/soir.

L'examen psychiatrique de ce jour objective un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. En effet, 2 critères majeurs sont présents : abaissement de l'humeur d'intensité moyenne et réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et diminution de l'activité ; mais celle-ci est à prédominance vespérale, et seulement en partie d'origine dépressive. Par ailleurs, 2 critères mineurs sont présents, une diminution de la confiance en soi (l'assurée précise : « *c'est mon mari qui m'a fait perdre ma confiance* ») et une idéation suicidaire fluctuante. Par contre, l'examen n'objective pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir (l'assurée déclare qu'elle ne sait pas), pas de perturbation du sommeil d'origine dépressive, ni de diminution de l'appétit. Enfin, seuls deux symptômes du syndrome somatique de la dépression sont présents, une perte de poids au cours du dernier mois et une diminution marquée de la libido. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant et ce d'autant qu'il fait partie intégrante du trouble douloureux (fibromyalgie) présenté par l'assurée.

En présence du diagnostic de fibromyalgie retenu par le médecin somaticien ce jour, les critères de sévérité doivent être discutés : d'une part, il n'existe pas de comorbidité psychiatrique manifeste. D'autre part, si nous sommes bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, si l'on doit considérer que jusqu'à présent le traitement a échoué, on ne peut affirmer l'état psychique de l'assurée cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plan thérapeutique. Enfin, il n'existe pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montre la vie quotidienne. L'affection de l'assurée n'est donc pas incapacitante au sens de l'AI, elle ne relève pas de l'AI.

Au total, nous comprenons mal sur quelle base et quel diagnostic la Dresse C. _____ retenait, dans son rapport psychiatrique du 02.01.2014, une incapacité de travail totale dès le 08.03.2013, dans la mesure où aucun diagnostic incapacitant (en particulier l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique retenu, qui ne présente pas de caractère incapacitant) ne figure dans ses rapports psychiatriques. Nous devons dès lors considérer que sur le plan psychiatrique, l'assurée n'a jamais présenté d'incapacité de travail durable.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan rhumatologique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

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

Sur le plan rhumatologique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail.

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

Sur le plan rhumatologique, sans objet.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'AUXILIAIRE DE MÉNAGE: 100 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

DEPUIS LE : DÉBUT DE LA VIE ACTIVE DE L'ASSURÉE.

A TRADUIRE EN TERME DE MÉTIERS PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION ».

Le 6 novembre 2014, l'assurée a transmis à l'OAI notamment

les documents suivants :

- un rapport du 27 juin 2014 du Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre [...], indiquant que l'index de sévérité de l'insomnie de l'assurée s'élevait à 22/28 (37/42 selon l'échelle de Bergen), que le score de somnolence selon l'échelle d'Epworth n'était que de 2/24, que l'intéressée ne se sentait pas particulièrement déprimée actuellement, mais le score de dépression selon l'inventaire de Beck

atteignait néanmoins 14/39 ce qui intégrait des items de tristesse et de découragement face à l'avenir, que l'anamnèse orientée ne montrait pas de signes caractéristiques d'un syndrome de jambes sans repos et qu'il n'avait pas retenu d'indication d'une exploration complémentaire, notamment d'une polysomnographie ;

- un rapport du 14 août 2014 du Dr S._____, exposant que le score de dépression selon l'inventaire de Beck atteignait 29/39 (contre 14/39 lors de l'entretien initial en juin 2014), que l'humeur de l'assurée était évidemment liée à l'évolution de sa situation conjugale et familiale, avec notamment la récente prononciation de son divorce, et qu'il n'avait pas prévu de revoir l'intéressée en consultation ;

- un consilium du 27 août 2014 rédigé par le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, posant les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux, de lombalgies chroniques non spécifiques ainsi que de spondylarthropathie très peu probable.

Par décision du 30 mars 2015, confirmant un projet du 5 janvier 2015, l'OAI a refusé d'octroyer un reclassement et une rente en faveur de l'assurée, au motif que, ne présentant pas d'atteinte incapacitante, elle disposait d'une capacité de travail totale dans toute activité.

B. Par arrêt du 16 juillet 2016 ([...]), faisant suite au recours de l'assurée du 4 mai 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a annulé la décision rendue le 30 mars 2015 par l'OAI et lui a renvoyé la cause pour la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique, puis nouvelle décision. La CASSO a relevé qu'il aurait fallu attendre l'évolution après trois mois de traitements par anti-TNF pour juger de l'évolution de la possible spondylarthrite ankylosante et a notamment considéré que les rapports des Drs O._____ et V._____, tout comme ceux des Desses C._____ et D._____, n'avaient pas

examiné la problématique de la recourante, notamment la fibromyalgie, à la lueur des nouvelles exigences posées par le Tribunal fédéral.

C. Dans un rapport médical du 4 août 2016, la Dresse [...], spécialiste en rhumatologie et Cheffe de clinique à la Clinique de rhumatologie, médecine et rééducation de l'Hôpital cantonal de [...], a confirmé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Elle a indiqué qu'on notait malheureusement un échec thérapeutique à tout traitement disponible à ce jour, ce qui ne remettait pas en cause le diagnostic posé. Elle a précisé que cette maladie demeurait active et invalidante, engendrant des douleurs axiales et enthésitiques de caractère inflammatoire, avec un sommeil perturbé et une raideur matinale importante. La Dresse Baumann a indiqué que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité d'auxiliaire de ménage, l'assurée étant restreinte par le port de charges lourdes, les mouvements en porte-à-faux, les mouvements répétitifs du tronc et des articulations périphériques.

En janvier 2017, la recourante a développé une pancréatite d'origine médicamenteuse, qui a nécessité son hospitalisation auprès du Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier J._____, du 21 au 26 janvier 2017.

Par courrier du 16 août 2017, la recourante a été convoquée par l'OAI à une expertise pluridisciplinaire à effectuer auprès de la Clinique G._____ par les Drs T._____, spécialiste en médecine interne générale, P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et B._____, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport commun du 9 mai 2017, les Drs T._____, P._____ et B._____ ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif majeur, respectivement caractérisé, de gravité moyenne (F32.1) et de dysthymie (F34.1), ainsi que le diagnostic non-incapacitant de fibromyalgie (M 79.70). Ces médecins ont en outre consigné ce qui suit :

« APPRECIATION

Mme H._____, turque d'origine, au bénéfice d'une formation d'aide-couturière, est arrivée en Suisse en 2001. Elle est mariée, mère de deux enfants.

Sa symptomatologie douloureuse invalidante, au moins subjectivement, a démarré en 2008 alors qu'elle exerçait la profession de femme de chambre. Très rapidement un diagnostic de fibromyalgie a été posé et de nombreuses thérapeutiques [sic] et semble-t-il d'avis spécialisés ont été respectivement, prescrits et sollicités, sans résultat.

Depuis 2011 l'assurée bénéficie d'une prise en charge dans le service de rhumatologie du Centre hospitalier J._____ où le diagnostic de fibromyalgie n'a pas été remis en question malgré les nombreuses investigations réalisées. C'est le rhumatologue traitant qui a proposé à l'assurée un avis psychiatrique évoquant "*un éventuel syndrome douloureux chronique psychosomatique*".

Depuis 2013 l'assurée bénéficie ainsi d'une telle prise en charge spécialisée auprès du Dr C._____ qu'elle voit de manière bimensuelle. Depuis le 8 mars 2013 elle est en arrêt de travail sans discontinuer. Cet arrêt de travail est prescrit à la fois pour "*un syndrome douloureux chronique type fibromyalgie*" et "*un état anxiodépressif*".

Non contente du diagnostic proposé et vu l'inefficacité des différentes thérapeutiques Mme H._____ a sollicité d'autres avis et en particulier a été prise en charge dans le service de rhumatologie de [...]. Deux IRM des sacro-iliaques et du rachis ont été réalisées en avril et mai 2014. Le radiologue a conclu à des lésions évocatrices d'une spondylarthrite ankylosante. Ce diagnostic a été remis en question par le Dr K._____ médecin-chef du service de rhumatologie.

Lors d'une expertise psychiatrique et rhumatologique réalisée au SMR en juillet [recte : août] 2014 des doutes ont été émis quant à la véracité du diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Des clichés standards ont été pratiqués. Ils ne sont pas disponibles mais il est noté dans les différentes pièces qu'ils étaient normaux ce qui a fait exclure le diagnostic de spondylarthrite ankylosante par le rhumatologue expert compte tenu de la longue durée d'évolution.

Par la suite l'assurée a bénéficié d'une tentative de biothérapie tout d'abord par Enbrel qui s'est soldée par un échec après trois mois puis par trois autres produits de type anti-TNF également inefficaces.

On ne peut exclure le diagnostic de spondylarthrite sur la normalité des radiographies standards même après 10 ans d'évolution car il existe d'authentiques formes dites "non radiologiques" d'où l'importance de l'analyse soigneuse des clichés d'IRM des sacro iliaques et [d]u rachis.

Aujourd'hui avec le recul et après avoir étudié les différentes coupes IRM sacro-iliaques et rachidienne on peut estimer qu'il n'y a pas suffisamment d'arguments pour retenir le diagnostic de spondylarthrite ankylosante non radiologique mais IRM positive.

L'assurée ne présentant pas de signes cliniques associés, n'étant pas porteuse du HLA B27, ne réagissant ni aux AINS, ni même aux corticoïdes ou aux 4 anti TNF testés. **Elle ne répond absolument pas aux critères de classification EULAR ou ASAS de spondylarthropathie.**

L'évaluation clinique de ce jour ne retrouve qu'une hyperlordose lombaire avec potentiel hypercontact articulaire postérieur mais l'IRM de 2014 ne met pas non plus en évidence d'anomalie dégénérative discale ou articulaire postérieure.

En revanche les douleurs diffuses évoluant depuis plus de 3 mois, intéressant l'axe et les quatre membres, associées à des troubles cognitifs et une fatigue générale sont en faveur d'une **fibromyalgie** selon les critères ACR 2010 révisés en 2016. Il existe une importante discordance entre les plaintes subjectives rapportées par l'assurée, les limitations fonctionnelles qu'elle allègue et la normalité des données cliniques et para cliniques objectives. En l'espèce le Widespread Pain Index est de 15/19 et l'index de Sévérité des Symptômes ou score SS explorant les signes associés (fatigue, troubles cognitifs et symptômes somatiques) est de 6. Enfin, il faut rappeler que la Dresse D. _____ qui a retenu ce diagnostic chez cette assurée connaît très bien cette affection d'autant plus qu'elle a rédigé un article sur ce sujet dans Rev Med Suisse 2011, 7, 604-608.

Par ailleurs très récemment l'assurée a été hospitalisée pour une pancréatite Balthazar C dont l'origine médicamenteuse a d'abord été évoquée avant d'envisager celui de pancréatite autoimmune pour laquelle un traitement par Prednisone est actuellement en cours depuis 2 semaines. La dernière IRM abdominale disponible a objectivé une nette régression des lésions pancréatiques.

Sur le plan psychiatrique, les diagnostics retenus sont une **névrose dépressive de gravité certaine évoluant depuis l'enfance**, sur deuil non accompli du père, avec plus tard, dans les dernières années, péjoration superposition d'une **dépression mélancolique caractérisée**. Les affections psychiatriques se sont aggravées depuis l'évaluation expertale du Dr V. _____ en août 2014 lorsque l'on compare les signes cliniques détaillés dans son rapport avec celui du Dr P. _____. Celui-ci estime que le " 12 août 2014, on ne pouvait pas parler d'une maladie grave dans le sens que ce terme a usuellement en psychiatrie clinique ainsi qu'en psychiatrie des assurances... ce n'est que maintenant que cette assurée montre en plus des signes de la névrose dépressive évoluant depuis l'enfance, les signes d'une dépression majeure, caractérisée, mélancolique selon les critères stricts de la CIM10 F32". La date de cette péjoration entraînant une incapacité totale de travail correspond à celle de la fugue du fils de l'assurée soit avril 2016.

La fixation de l'assurée sur des diagnostics et des traitements d'ordre somatique incisifs et ceci sans résultats ne peut qu'altérer les possibilités d'amélioration de l'affection psychiatrique.

"Une intensification de la psychothérapie pourrait avoir comme effet un certain soulagement de la souffrance psychologique subjectivement vécue, mais n'apportera probablement pas à court

ou moyen terme, une amélioration significative avec réapparition d'une capacité de travail réelle" estime le Dr P._____.

Ainsi l'exigibilité médico-théorique de Mme H._____, antérieurement totale, est nulle depuis le mois d'avril 2016 et ceci de manière définitive. La reprise à terme d'une activité lucrative est peu probable.

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts s'accordent unanimement à reconnaître une atteinte significative à la santé. C'est exclusivement le trouble psychiatrique, un trouble dépressif majeur, qui retentit sur l'aptitude au travail. Les experts admettent une incapacité totale de travail depuis le mois d'avril 2016. Cette incapacité est d'ordre psychique et touche tou[s] les domaines d'activité ; ipso facto, elle empêche la mise en place de mesures professionnelles. Il n'y a pas de traitement dont on puisse attendre une amélioration de l'état de santé, toutes les mesures médicales disponibles étant déjà mises en place. Les facteurs contextuels doivent être minimisés chez cette assurée qui maîtrise parfaitement [la] langue française. À court et moyen terme, on s'attend à un état essentiellement inchangé, même sous condition d'un traitement optimal. A plus long terme, une amélioration n'est pas exclue, bien que peu probable ».

S'agissant plus particulièrement du volet psychiatrique de l'expertise, le Dr P._____ a écrit ceci dans son rapport du 4 mai 2017 :

« Diagnostic

Névrose dépressive de gravité certaine évoluant depuis l'enfance, sur deuil non accompli du père, avec plus tard, dans les dernières années, péjoration superposition d'une dépression mélancolique caractérisée.

Diagnostic syndromique selon la CIM10

Avec répercussion sur la capacité de travail

Episode dépressif majeur, respectivement caractérisé, de gravité moyenne F32.1

Dysthymie F 34.1

Sans répercussion sur la capacité de travail

Sur le plan psychiatrique, aucun

Appréciation

Discussion de la maladie

On a bien pu mettre en évidence le fait que c'est depuis l'enfance que cette assurée souffre d'une évolution psychonévrotique avec des symptômes dépressifs, essentiellement depuis le départ du père alors qu'elle avait 7 ans, et avec une péjoration durable avec la mort

du père, après 7 ans d'absence du foyer familial, alors que l'assurée avait 14 ou 15 ans.

S'ensuit un mariage arrangé d[is]harmonieux qui aboutit au divorce en 2014, dans les conditions qui sont décrites ci-dessus, qui confirment et approfondissent l'intense vécu subjectif malheureux de cette assurée.

Tout ceci peut être classé dans une terminologie psychiatrique clinique classique comme névrose dépressive ou dépression névrotique d'une gravité certaine, mais jusqu'il y a quelques années n'ayant pas trop interféré avec la capacité de travail, tout au contraire le travail ayant rendu possible une certaine compensation desdits facteurs négatifs dans sa vie. Tout ceci correspond tout à fait une maladie dans le sens que ce terme a en psychiatrie clinique.

Evolution de la maladie. Gravité de la maladie

Selon la description que l'assurée donne d'elle-même et selon le tableau précis dont nous disposons grâce à l'examen clinique psychiatrique au SMR à Vevey du 12 août 2014, on ne pouvait pas parler d'une maladie *grave* dans le sens que ce terme a usuellement en psychiatrie clinique ainsi qu'en psychiatrie des assurances.

En comparant les descriptions psychopathologiques du 12 août 2014 avec nos observations (voir sous "Plaintes subjectives", "Vie quotidienne" et "Status psychiatrique"), on observe clairement une péjoration. A la différence de 2014, l'assurée n'a plus pu conserver plusieurs centres d'intérêts: elle ne regarde plus volontiers la télévision (elle n'en a plus envie). Elle n'a plus envie de pratiquer la couture et ce pas seulement à cause de ses douleurs. Enfin, peut-être le plus important, elle n'a plus aucune envie de voir ses copines et sortir avec elles et elle a pratiquement coupé tout contact téléphonique avec ses soeurs et frères en Turquie, de sorte qu'un retrait social très important issu directement de sa maladie dépressive, en résulte.

Sur le plan psychopathologique, il y a toujours, comme depuis très longtemps, une quasi absence de la libido. À la différence de la situation de 2014, il y a une diminution de l'appétit et de la capacité d'éprouver le plaisir à l'occasion d'activités habituellement agréables (anhédonie) et une plus nette diminution de l'élan vital. Il y a également, à la différence de 2014, une perte de la projection dans le futur et une fatigabilité mentale pathologique.

À la différence de la situation de 2014 (voir dans ce contexte mon commentaire portant sur la classification diagnostique de l'état observé par le Dr V. _____ au SMR le 12 août 2014, sous "Dossier de psychiatrie", document N° 4) ce n'est que maintenant que cette assurée montre en plus des signes de la névrose dépressive évoluant depuis l'enfance, les signes d'une dépression majeure, caractérisée, mélancolique selon les critères stricts de la CIM10 F32. Diagnostic codé déjà en 2014, mais à mon avis pas à juste titre.

Tout ce que nous observons maintenant correspond à une maladie grave dans le sens que ce terme a habituellement en psychiatrie clinique et en médecine des assurances.

Impact de la maladie sur la capacité de travail

Les symptômes apparus après 2014 sont également ceux qui sont responsables d'une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité, pas encore présents en 2014 et pas attestés par le psychiatre du SMR en 2014.

Il est très difficile de dater l'apparition de cette péjoration car il s'agit d'un processus graduel et continu.

L'anamnèse relevée dans le but d'établir approximativement une date de cette péjoration montre que c'est probablement la fugue du fils il y a une année qui est la goutte qui a fait déborder le vase. On peut donc faire remonter la péjoration significative à avril 2016.

Facteurs contextuels

La solitude de l'assurée après son divorce est évidemment un facteur contextuel négatif mais qui n'explique pas l'état psychique de l'assurée.

Sa rupture avec sa famille d'origine, fait grave pour une assurée issue de et vivant dans une tradition où la cohésion familiale est primordiale, est un fait nouveau qui n'était pas présent, ou que très peu, en 2014. Il constitue également un facteur contextuel négatif, mais il est issu directement de la maladie de l'assurée, mais n'en est pas la cause.

Discussion du traitement déjà appliqué

C'est depuis 2013 que l'assurée bénéficie de consultations psychiatriques et psychothérapeutiques. Au niveau psychopharmacologique, un traitement avec un antidépresseur efficace en dose complète sous forme de 150 mg de Venlafaxine par jour et une correction du trouble du sommeil à l'endormissement de l'Imovane n'ont pas apporté d'amélioration.

Plus tard, le traitement a été arrêté, il semble vers la fin de l'année 2016, afin d'éviter des interactions avec des traitements somatiques introduits, sans que cet arrêt des médicaments psychotropes ait eu un impact sur l'état de l'assurée.

Il y a également un processus psychothérapeutique qui a été entamé et qui semble être en bonne voie mais qui ne semble pas être d'une intensité suffisante. Selon l'assurée, la psychiatre n'a pas encore abordé les éléments psychosomatiques qui sont un des éléments de la maladie dépressive de cette assurée.

Pour le reste, la fixation sur des diagnostics et des traitements d'ordre somatique incisifs, dont il y a au moins un qui n'a pas lieu d'être (le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, voir sous "Anamnèse somatique" et en particulier voir le rapport du mon collègue rhumatologue le Dr T. _____) a visiblement contribué à orienter encore plus cette assurée vers la recherche d'une solution dans des traitements médicamenteux qui, après leur échec, démoralisent encore plus cette assurée, et a enraciner encore plus profondément en elle la fausse cognition d'origine névrotique de souffrir d'une maladie grave *physique*.

Néanmoins, on ne peut mettre en relation la péjoration significative avec ce seul fait. Il y a effectivement un processus maladif intrinsèque à l'origine de cette péjoration.

Cohérence

Il y a une incohérence entre la sévérité subjective des douleurs et le peu de comportement algique observé objectivement au moment de l'exploration psychiatrique, fait qui semble-t-il est typique de la fibromyalgie (il s'agit ici d'un diagnostic rhumatologique).

Autrement on n'observe pas d'incohérence importante : la différence dans les observations psychopathologiques rapportées dans le rapport SMR en 2014 et nos propres observations est facilement explicable par une péjoration significative objectivée (voir en haut). Pour le reste, la description de l'évolution des symptômes psychopathologiques depuis l'adolescence de l'assurée s'inscrit tout à fait dans un tableau connu en psychiatrie clinique (voir en haut).

Limitations fonctionnelles Psychiatriques

Diminution importante de la capacité de se concentrer sur des circonstances ou une activité extérieure. Diminution grave de la capacité d'interagir avec autrui, même avec des proches. Fatigabilité mentale augmentée. Fatigabilité mentale pathologique.

Ressources de la personnalité

C'est depuis au moins l'adolescence, sinon l'enfance, que cette assurée dispose de plutôt faibles ressources de sa personnalité, ces ressources étant absorbées à une mesure importante par sa souffrance intra-psychique inconsciente, et les ressources restantes étant graduellement épuisées au fil de sa vie, pour atteindre, au cours de l'année 2016, un niveau bas qui ne lui permet plus de surmonter ses symptômes psychopathologiques, même pas avec un effort important intellectuel et émotionnel.

La capacité d'adaptation a ainsi été épuisée et ne lui est plus à disposition.

Possibilité d'améliorer l'état de santé

Une intensification de la psychothérapie pourrait avoir comme effet un certain soulagement de la souffrance psychologique subjectivement vécue, mais n'apportera probablement pas à court ou moyen terme, une amélioration significative avec réapparition d'une capacité de travail réelle.

L'introduction d'un nouveau traitement psychopharmacologique n'aura probablement pas un effet important sur l'état de santé de cette assurée.

Exigibilité médico-théorique

Pour les raisons développées ci-dessus l'exigibilité médico-théorique est nulle depuis le mois d'avril 2016.

Mesures professionnelles

Pour les mêmes raisons, nous ne pouvons pas recommander de mesures professionnelles.

Pronostic

À court et moyen terme, on s'attend à un état essentiellement inchangé, même sous condition d'un traitement optimal. A plus long terme, une amélioration n'est pas exclue, bien que peu probable.

Par rapport à une reprise d'une activité lucrative, le pronostic est sombre ».

Par projet de décision du 22 juin 2017, l'OAI a signifié son intention de rejeter la demande de prestations AI présentée par l'assurée, considérant que sa capacité de travail était totale dans toute activité. Il se fondait sur un avis médical rendu le 19 juin 2017 par les Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, et V._____, tous deux médecins auprès du SMR, lesquels ont estimé qu'ils pouvaient s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée auprès de la Clinique G._____ et considéré que la capacité de travail de la recourante était pleine et entière. Ces médecins ont notamment relevé ceci :

« [...]

Il faut reprendre certains points de cette expertise :

- Le diagnostic de dépression **mélancolique** caractérisé (page 15) ne peut être retenu car il correspond à un diagnostic d'épisode dépressif de gravité sévère. On ne peut donc évoquer une aggravation. Le déroulement d'une journée type, avec assurée se levant tôt pour ses enfants, s'en occupant, ayant un tissu relationnel (amie fait ses courses, jouant avec ses enfants et donc ayant de l'intérêt à vivre comme en témoigne ses sorties limitées à une heure) démontre le contraire. L'anhédonie signalée par le manque d'intérêt par rapport à ses amis ne s'accorde pas avec ces constatations. À l'observation, elle marche sans boiterie, reste 90 minutes sans se lever, se lève facilement, est souriante, avec une hygiène parfaite, maquillée « *faiblement* », cette présentation n'étant pas celle d'une dépression mélancolique.
- Le status psychiatrique démontre une assurée venue en train, seule, s'orientant facilement, souriante, sans ralentissement psychomoteur, de ralentissement de la pensée qui est fluide, normalement rapide, arrive toujours au bout, et témoigne d'une intelligence dans les limites de la norme. De plus « *l'humeur est neutre* » et alors qu'elle peut émettre des pleurs concernant certains éléments douloureux de sa vie privée, « *elle est capable de se reprendre assez vite* », ce qui témoigne non seulement de l'absence d'une dépression mélancolique, mais encore de la présence de ressources certaines face à ses difficultés passées. De plus il n'y a pas de trouble de l'attention et de la mémoire et les troubles du sommeil de type

endormissement ne sont pas caractéristiques d'un trouble de l'humeur mais d'une anxiété.

- Ressources: cf. supra pour ce qui est observé dans le status. Il est mentionné qu'elle n'a plus de contact avec sa famille en Turquie. L'éloignement en est probablement la cause car elle n'a pas coupé les contacts avec sa sœur qui habite à Q._____ et chez laquelle elle se rend 1/ an (page 4 - expertise rhumatologique). Elle a suffisamment de ressources pour s'occuper de ses enfants, faire ses courses avec une voisine, sachant mobiliser l'entourage, ce qui est discordant avec le retrait social annoncé.

En résumé, si nous passons en revue les indicateurs standards édictés par l'OFAS suite à l'arrêt du TF du 3.6.2015, nous relevons :

- Page 7 : expertise rhumatologique « il y a manifestement une rupture de continuum entre les doléances et les constatations objectives » ; les plaintes sont présentées de manière démonstrative, également à l'examen (rictus, expression verbale, soupirs) et semblent peu crédibles à l'expert. Si des limitations importantes dans le quotidien sont alléguées, elle est capable d'amener ses enfants à l'école et de les rechercher, peut se faire aider par une voisine, ce qui témoigne d'un entourage psychosocial respecté et intact. Ces éléments sont à considérer comme signes d'exclusion pour une rente invalidité (Catégorie A de gravité fonctionnel a.i.).
- Nous ne pouvons reconnaître d'aggravation au vu du même diagnostic d'épisode dépressif moyen, un degré de gravité intégré dans le texte sous la forme de caractéristique mélancolique n'étant pas pertinent.
- Les chances de succès d'une thérapie ne peuvent être écartées, une prescription de psychotropes ayant dû être suspendue en raison d'une pancréatite, probablement auto-immune et non d'origine médicamenteuse comme on a pu le suspecter d'abord. On ne peut dire comme le fait l'expert de la Clinique G._____ qu'un trouble dépressif d'intensité moyenne soit grave s'il n'y a pas au status d'éléments attestant d'un réel trouble de l'humeur, comme la tristesse, l'aboulie, l'accablement ; en témoigne le status décrit plus haut (souriante etc.). On est même en droit de se demander si l'assurée n'est revenue, passé l'acceptation de la séparation d'un époux avec lequel elle ne s'est pas entendue, à sa dysthymie chronique, bien connue.
- L'interruption d'un stage Afiro après 4 jours en septembre 2014, avant l'examen SMR, interroge sur la volonté de participation.
- Aucun trouble de la personnalité n'a été mis en évidence.

- Le poids de la souffrance n'apparaît pas à la présentation de l'assurée.

En résumé, nous devons donc considérer que cette fibromyalgie, certaine, est associée à un trouble de l'humeur n'ayant pas les critères de gravité d'une dépression mélancolique, qu'elle correspond à un épisode dépressif de gravité moyenne sur une base de dysthymie chronique, dont l'éventualité d'une réadaptation, à 34 ans alors a été écartée par l'assurée (fatigue et douleurs déclarées ; observable ; manque d'intérêts pour les activités proposées), ce qui paraît étonnant pour un si court laps de temps de 4 jours. Dans ces conditions, il est difficile de juger d'une coopération optimale. Cette assurée n'a pas de trouble de personnalité, a des ressources que l'on peut retrouver dans le texte de l'expertise, nous réfutons qu'il y ait un retrait social ; quant au poids de la souffrance, cette patience est souriante et apparemment d'une intelligence fluide n'en donne pas l'impression et ce poids n'apparaît pas à l'expert rhumatologue ».

Malgré les objections complémentaires déposées par l'assurée le 25 août 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision, par décision du 7 novembre 2017.

D. Par acte du 8 décembre 2017, H._____, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu depuis le 1^{er} avril 2014, subsidiairement à l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2016 et plus subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante reproche en substance à l'OAI de s'être basé uniquement sur l'avis médical du SMR du 19 juin 2017 et d'avoir fait abstraction complète de l'expertise du 9 mai 2017 réalisée auprès de la Clinique G._____, retenant une incapacité totale de travail depuis le mois d'avril 2016 et confirmée par l'appréciation des médecins traitants. Elle soutient que les critiques formulées à son encontre par les médecins du SMR dans leur avis du 19 juin 2017 n'emportent pas conviction.

Dans sa réponse du 8 février 2017, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il soutient que le diagnostic d'épisode dépressif sans syndrome somatique posé par le SMR

lors de l'examen clinique de 2014 n'était pas incapacitant, qu'aucune aggravation de l'état de santé n'a été constatée et les ressources dont fait preuve l'assurée mises en évidence. Selon l'OAI, après examen des indicateurs développés par la jurisprudence dans le contexte des troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie relevée ne pouvait être qualifiée d'invalidante. Il se justifie donc de s'écarter des conclusions des experts de la Clinique G._____ et de retenir une pleine capacité de travail dans toute activité. Il joint à sa réponse un avis du SMR, signé des Drs V._____ et Z._____, daté du 6 février 2018 dont on extrait ce qui suit :

« Rappelons que l'avis du Dr V._____ a pointé la discordance entre une dépression mélancolique caractérisée (page 15 de l'expertise du Dr. P._____ 2017) correspondant à un épisode d'intensité sévère, et le tableau présenté. Finalement ce tableau a été reconnu comme un « *épisode dépressif de gravité moyenne* » par l'expert P._____ lui-même en page 7 de l'expertise, ce qui constitue une contradiction à l'intérieur même de son travail.

Le diagnostic d'une dépression sévère ne peut être accepté chez une assurée présentant selon le Dr. P._____, une humeur neutre, sans ralentissement psychomoteur ni de ralentissement de la pensée qui est décrite comme fluide, normalement rapide, arrive toujours au bout, collaborante et plus tard par moment souriante et qui justifie finalement que le Dr. P._____ ne retienne que le diagnostic d'épisode de gravité moyenne. Il n'est pas besoin de répéter ici le contenu de notre avis du 19.6.2017 qui reste toujours valable.

Sur le plan somatique, le conseil de l'assuré ne tient pas compte de l'avis de deux experts rhumatologues, le Dr. O._____ (octobre 2014) et Dr. T._____ (mai 2017), ayant eu tous deux accès à l'ensemble des dossiers, le diagnostic de spondylarthrite étant « *vigoureusement contesté par les représentant[s] du Centre hospitalier J._____, Dr. K._____ notamment* ».

Le reproche d'avoir manqué au devoir d'examiner une fibromyalgie reconnue par tous les intervenants, au moyen des indicateurs de l'OFAS suite à l'arrêt du TF du 6.6.2015 n'est pas justifié. En effet, d'une part l'examen SMR sous l'angle ancien des critères de Meyer-Blaser en représentait une évaluation valable à l'époque, et que d'autre part ces indicateurs ont été discutés en page 2/2 de notre avis du 19.6.2017 validé par les soussignés.

Les ressources sont certaines et démontrées par la capacité que l'assurée a de s'occuper de ses enfants (cf. déroulement d'une journée type page 11 de [l']expertise 2017) et par l'absence de pathologie psychiatrique grave que représente un épisode dépressif d'intensité moyenne qui plus est non traité, dans le contexte d'absence de trouble de la personnalité, et dans le cadre d'une

dysthymie chronique, pathologie non incapacitante, les deux diagnostics étant retenus par les experts de la Clinique G._____».

Répliquant le 2 mars 2018, la recourante maintient ses conclusions. Elle fait valoir que l'expertise réalisée auprès de la Clinique G._____ a précisément mis en évidence une aggravation de l'état de santé et l'existence d'une incapacité de travail totale pour des raisons psychiques. Elle soutient en outre que le diagnostic posé par le Dr P._____ n'est pas contradictoire, soulignant que des troubles dépressifs légers à moyens peuvent également être invalidants selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral. Elle conteste que l'analyse des indicateurs faite par les médecins du SMR soit suffisante et met également en doute l'impartialité du Dr V._____.

Dans sa duplique du 22 mars 2018, l'intimé confirme ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si la assurée a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement si elle souffre d'atteintes psychiatriques invalidantes.

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 ; 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 (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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. 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. En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la 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). Le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit désormais être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci.

5. 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à 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).

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).

6. En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée moyennant le respect de ses limitations fonctionnelles. Pour sa part, la recourante remet pour l'essentiel en question l'appréciation de sa capacité de travail, plus particulièrement au plan psychiatrique. Elle soutient que son état de santé ne lui permet pas de travailler.

a) L'OAI a principalement fondé la décision litigieuse sur les conclusions de l'avis médical du SMR du 19 juin 2017, rédigé par les Drs Z._____ et V._____, qui remet en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique G._____ retenant une incapacité totale de travailler en raison des atteintes psychiques de la recourante.

Les Drs B._____, T._____ et P._____ ont posé, dans leur rapport d'expertise commun du 9 mai 2017, le diagnostic, sur le plan psychique, de névrose dépressive de gravité sévère, évoluant depuis l'enfance, avec une péjoration et la superposition d'une dépression mélancolique caractérisée. Aux termes de l'entretien de synthèse, les experts se sont accordés unanimement à reconnaître une atteinte significative à la santé. Ils ont admis une incapacité totale de travail depuis le mois d'avril 2016.

Plus particulièrement dans son rapport d'expertise psychiatrique du 4 mai 2017, le Dr P._____ a posé comme diagnostics un épisode dépressif majeur, respectivement caractérisé de gravité moyenne (F32.1) et une dysthymie (F34.1). L'expert a relevé que la description de l'évolution des symptômes psycho-pathologiques, depuis l'adolescence de la recourante, s'inscrivait dans un tableau connu en psychiatrie clinique, à savoir l'existence d'une névrose dépressive ou dépression névrotique. Il a considéré que l'état de santé s'était aggravé depuis l'année 2014, relevant notamment une diminution de l'appétit et de la capacité à éprouver du plaisir à l'occasion d'activités habituellement agréables (anhédonie) et une nette diminution de l'élan vital et constatant que l'assurée n'avait plus de centre d'intérêts. Au surplus, il a fait état de

ruminations importantes, d'une fatigabilité accrue dans un contexte d'insomnie et d'un appauvrissement de la pensée.

En premier lieu, il sied de relever que l'expertise de la Clinique G._____ a été réalisée par des experts indépendants et impartiaux et qu'elle remplit l'ensemble des critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les Drs P._____, B._____ et T._____ avaient en effet pleine connaissance du dossier et ont dûment pris en considération les plaintes de la recourante. Les examens cliniques ont été effectués de manière exhaustive, précisément eu égard aux plaintes présentées par la recourante, tant au plan de la médecine interne, de la rhumatologie que de la psychiatrie. L'exposé du contexte médical est cohérent et les conclusions des différents praticiens sont également bien motivées et exemptes de contradiction, contrairement à ce que soutiennent les Drs V._____ et Z._____.

On relèvera à ce stade également que l'expertise de la Clinique G._____, et plus particulièrement son volet psychiatrique sous la plume du Dr P._____, a été rédigée en respectant le catalogue des indicateurs tel que préconisé par la jurisprudence fédérale. Le diagnostic d'épisode dépressif majeur, respectivement caractérisé de gravité moyenne (F32.1) a été posé par un expert psychiatre selon les règles de l'art, en se référant à un système de classification reconnu et en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées.

b) Il convient dès lors de déterminer si les critiques formulées par les médecins du SMR dans leur avis du 19 juin 2017 justifient de s'écarter des conclusions de l'expertise.

aa) Les médecins du SMR contestent en premier lieu le diagnostic de dépression mélancolique caractérisée compte tenu du déroulement d'une journée type de la recourante, celle-ci se levant tôt pour réveiller ses enfants, jouant avec eux et ayant un tissu relationnel. Ils

évoquent également « *l'intérêt à vivre* » de l'assuré, comme en témoignerait ses sorties « *limitées à une heure* ».

Comme le relève à juste titre la recourante, le simple fait qu'elle se lève tôt pour réveiller ses enfants et leur faire à manger ne saurait être en contradiction avec le diagnostic posé et la reconnaissance d'une incapacité de travail. On rappellera que l'assurée dispose de la garde exclusive de ses enfants et doit ainsi s'en occuper seule. Au demeurant, ceux-ci ne sont plus des enfants en bas âge et sont ainsi, relativement, autonomes, spécialement son fils aîné, désormais âgé de 15 ans.

Au surplus, on ne saurait parler de tissu relationnel comme le font les Drs V. _____ et Z. _____, ni de ressources suffisantes dans ce contexte. En effet, le tissu relationnel de la recourante se résume à une voisine qui l'aide à faire ses courses sur une base hebdomadaire, ainsi qu'à une visite auprès de sa sœur, à Q. _____, une fois par année. En outre, les médecins du SMR supputent que l'absence de contact avec les membres de sa famille en Turquie soit due à la distance, sans que cela ne trouve une assise. Les experts de la Clinique G. _____ ont au contraire souligné à plusieurs reprises que la vie de la recourante était marquée par un retrait social important. Le Dr P. _____ a relevé que celle-ci avait perdu l'envie de communiquer avec ses frères et sœurs en Turquie et qu'elle avait également perdu l'envie de voir des amis pour des raisons intrinsèques à sa maladie, qu'elle peine à expliquer. L'expert-psychiatre a également relevé que la recourante ne sortait que rarement de chez elle, vivait une vie cloîtrée, ses balades étant de dix à quinze minutes, cette dernière ne disposant pas d'un permis de conduire. Concernant les sorties évoquées par les Drs Z. _____ et V. _____, il ressort de l'expertise médicale que la recourante peut marcher pendant une durée maximale de dix à quinze minutes dans l'après-midi, autour de son domicile. On ne sait sur quelle base ils se fondent pour faire état de « *sorties de plus d'une heure* ». Les médecins du SMR relèvent que la recourante jouerait avec ses enfants, ce qui exclurait, selon leur appréciation, une pathologie

invalidante. On mentionnera que les experts ont relevé qu'elle jouait « *mais souvent difficilement avec ses enfants* ».

Partant, les arguments invoqués par les Drs V._____ et Z._____ ne permettent pas d'écarter le diagnostic de dépression mélancolique caractérisée posé selon les règles de l'art par le Dr P._____.

bb) Les autres éléments relevés par les médecins du SMR pour contredire le diagnostic précité, soit la présentation de la recourante qui « *marche sans boiterie, reste 90 minutes sans se lever, se lève facilement, est souriante, avec une hygiène parfaite, maquillée faiblement* », n'emportent pas non plus la conviction.

Le fait que l'assurée se rende à une expertise légèrement maquillée et avec une hygiène parfaite n'est en aucun cas suffisant pour contester un diagnostic de dépression mélancolique caractérisée. Il en va de même du fait qu'elle marche sans boiterie, reste 90 minutes sans se lever et se lève facilement.

Les mêmes considérations prévalent concernant le fait qu'elle ait pu également être souriante dans un premier temps, en rencontrant les experts. Ceux-ci ont en effet relevé, à diverses reprises, les pleurs de la recourante. Le Dr P._____ a souligné que l'exploration des éléments psychologiques douloureux, notamment le décès de son père et un mariage disharmonieux, provoquaient fréquemment des pleurs sincères, sans éléments démonstratifs, chez la recourante. Le Dr T._____, expert-rhumatologue, a également relevé que l'entretien s'était terminé par des larmes au moment où il avait demandé à la recourante quelles étaient les activités qu'elle affectionnait et que celle-ci avait répondu avoir perdu toute joie de vivre.

On relèvera également que les affirmations des Drs V._____ et Z._____ sont en contradiction avec les éléments ressortant de l'expertise du Dr P._____. Contrairement à ce qu'affirment les médecins

du SMR, l'expert a souligné les symptômes d'une dépression majeure et mis en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychiatrique. Le Dr P._____ a relevé une rumination mentale importante, une fixation importante sur son passé et constaté une fatigabilité mentale qui semblait augmenter, le rendement mental diminuant au fil de l'expertise. Il a relevé que le contenu de la pensée apparaissait clairement appauvri et paralysé par les ruminations mentales de l'expertisée. S'agissant de la mémoire et de l'attention, le Dr P._____, qui a examiné l'assurée récemment au contraire des médecins du SMR, a indiqué que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : *« diminution importante de la capacité de se concentrer sur des circonstances ou une activité extérieure. Diminution grave de la capacité d'interagir avec autrui, même avec des proches. Fatigabilité mentale augmentée. Fatigabilité mentale pathologique ».*

En outre, l'indication des médecins du SMR selon laquelle il existe une forte discordance entre les plaintes de l'assurée et les constatations objectives ne concernent que le volet rhumatologique. Au niveau psychique, l'expert-psychiatre a au contraire souligné qu'aucune incohérence importante n'était observée, la différence entre les observations rapportées dans le rapport de 2014 et celles de 2017 étant facilement explicable par une péjoration significative objectivée.

cc) Force est ainsi de constater que les éléments invoqués par les Drs Z._____ et V._____ dans leur avis du 19 juin 2017 pour dénier toute valeur probante à l'expertise réalisée par le Dr P._____ auprès de la Clinique G._____ ne convainquent pas.

dd) On relèvera au demeurant que le Dr V._____ avait fait partie des experts de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique ayant précédemment examiné la recourante, dont le rapport du 30 octobre 2014 était à la base de la précédente décision de refus de prestations du 30 mars 2015, annulée par l'arrêt de la Cour de céans du 11 juillet 2016. Pour cette raison, le Dr V._____ ne peut pas être considéré comme impartial et indépendant puisqu'il avait déjà, dans sa

précédente expertise, dénié le caractère invalidant des troubles psychiques de l'intéressée et fondé ainsi la première décision de refus de prestations par l'intimé. Il apparaît ainsi critiquable que le Dr Z._____ se sont adjoint les services de son collègue pour la rédaction de l'avis du 19 juin 2017.

c) L'OAI soutient en outre que les constats posés par le Dr V._____ dans son rapport du 30 octobre 2014 sont superposables à ceux du Dr P._____ dans son rapport du 4 mai 2017. Une telle conclusion ne saurait être suivie.

Dans le cadre de son précédent examen psychiatrique, le Dr V._____ avait diagnostiqué un épisode dépressif. Il a d'ailleurs indiqué que deux critères majeurs étaient présents, soit un abaissement de l'humeur et une réduction d'énergie. Il a également évoqué deux critères mineurs, à savoir une diminution de la confiance en soi et une « idéation » suicidaire fluctuante. Néanmoins, il a précisé que ce diagnostic ne présentait pas de caractère incapacitant, sans toutefois justifier son appréciation d'un point de vue médical, se contentant d'indiquer qu'il n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Dans le même ordre d'idée, les experts SMR avaient noté que « *l'examen n'objective pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir, ni de perturbation du sommeil d'origine dépressive* ».

Or, l'ensemble des autres médecins de la recourante avait précisément détecté ces troubles (cf. rapports médicaux du Dr S._____ du 27 juin et 14 août 2014, tous deux indexés le 6 novembre 2014 ; rapport médical du 2 janvier 2014 de la Dresse C._____ ; rapport de la Dresse D._____ du 7 janvier 2014).

Au surplus, il apparaît que la situation médicale de la recourante s'est péjorée depuis la réalisation de l'examen SMR par les Drs O._____ et V._____ le 30 octobre 2014. L'attitude de la recourante face à son avenir est clairement pessimiste. Le Dr P._____ a décrit des

ruminations mentales importantes portant sur sa santé, sur le futur de ses enfants, en sus d'idées passives de mort. Ces ruminations se sont accrues depuis la fugue de son fils au printemps 2016. Dans le même ordre d'idée, alors qu'en 2014, le Dr V. _____ ne notait pas de troubles du sommeil, le Dr P. _____ a constaté l'existence d'un trouble du sommeil qui s'inscrivait dans des ruminations mentales très importantes d'origine dépressive pouvant expliquer l'état de fatigabilité accrue. Outre une insomnie, le Dr P. _____ a constaté une diminution de l'appétit et de la capacité à éprouver du plaisir à l'occasion d'activités habituellement agréables et une nette diminution de l'élan vital. Le Dr P. _____ a souligné que le processus d'aggravation de la maladie était un processus graduel et continu. L'expert a relevé que la description de l'évolution des symptômes psycho-pathologiques depuis l'adolescence de la recourante s'inscrivait dans un tableau connu en psychiatrie clinique, à savoir l'existence d'une névrose dépressive ou dépression psychotique.

Ainsi, et contrairement ce qu'indique l'OAI dans sa décision du 17 novembre 2017, les constats de l'examineur du SMR en octobre 2014 ne sont pas superposables à ceux de l'expert psychiatre de la Clinique G. _____ et une aggravation de l'état de santé sur le plan psychiatrique a été démontrée à satisfaction par le Dr P. _____.

L'intimé ne saurait ainsi se fonder sur cet examen réalisé par le SMR en 2014, soit il y a plus de trois ans, pour contester le droit de la recourante à l'obtention de prestations.

d) L'OAI relève encore, dans sa décision du 7 novembre 2017, que les troubles psychiques dont souffre la recourante ne peuvent être considérés comme invalidants, car celle-ci ne prendrait plus de médicaments. D'un point de vue thérapeutique, la recourante est collaborante et suit régulièrement une psychothérapie auprès de la Dresse C. _____. Le traitement antidépresseur a dû être arrêté, momentanément, en raison d'une pancréatite pour laquelle l'assuré a dû être hospitalisée en urgence au mois de janvier 2017. L'arrêt de ce traitement antidépresseur est ainsi indépendant de la volonté de la

recourante. L'argumentaire de l'intimé tombe ainsi à faux. Au demeurant, le Dr P. _____ a également relevé que l'on devait, à court et moyen terme, s'attendre à un état essentiellement inchangé, même sous condition d'un traitement optimal.

e) Finalement, en ce qui concerne le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, celui-ci a été écarté de manière convaincante par le Dr T. _____.

f) Au vu de ce qui précède, il ne justifiait pas de s'écarter des conclusions claires de l'expertise menée par la Clinique G. _____. Il convient ainsi de retenir que la recourante présente une incapacité de travail entière et durable dans toute activité en raison de ses troubles psychiatriques, à compter du mois d'avril 2016.

g) S'agissant du statut d'active de la recourante, il convient de préciser ceci. Dans le questionnaire sur la détermination du statut du 6 novembre 2013, la recourante a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 40%. Toutefois, dans le rapport initial du 12 décembre 2013, l'intéressée, réinterpelée sur cette question, a précisé qu'elle travaillerait à 40% fixe et à 10% de manière flexible, soulignant qu'elle aurait travaillé à 80% si elle avait été en bonne santé et que le 50% indiqué correspondait au pourcentage maximum qu'elle pouvait assumer du fait de ses limitations physiques. Il convient dès lors de retenir un statut d'active à 80%.

La recourante présentant une incapacité totale de travailler dans toutes activités depuis le 1^{er} avril 2016, elle a droit à une rente entière d'invalidité, dès le 1^{er} avril 2017 (art. 28 al. 1 let. b LAI).

6. a) Partant, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 7 novembre 2017 réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2017.

b) 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 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.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (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 qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 7 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le droit à une entière d'invalidité est reconnu à H._____ depuis le 1^{er} avril 2017.
- 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 H._____ une indemnité de 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 H. _____),
- 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 :