

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 février 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
 Mme Berberat, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Berseth Béboux

* * * * *

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Procap Suisse, à
Bienne,

et

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

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

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), ressortissante [...] née en [...], mère d'un enfant né en 2004, est arrivée en Suisse en 1995. Depuis lors, elle a alterné des périodes sans activité lucrative et des périodes d'emploi, en qualité notamment de serveuse, d'employée de maison, de femme de chambre et de nettoyeuse. Elle a travaillé en dernier lieu à 50% en qualité d'employée de maison auprès de H._____ à [...], dans le cadre d'un contrat de travail de durée déterminée couvrant la période du 1^{er} décembre 2014 au 30 septembre 2015.

Le 22 septembre 2015, l'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). A l'appui de sa demande, elle a fait valoir qu'elle présentait une incapacité de travail de 50% depuis le 28 avril 2015 en raison de douleurs au dos et aux genoux, ainsi que de troubles anxio-dépressifs avec vertiges.

L'OAI a fait verser au dossier celui de K._____, assureur perte de gain en cas de maladie, lequel contenait notamment un certificat du 13 juillet 2015 du Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, attestant une incapacité de travail de 100% du 28 avril 2015 jusqu'à « fin juillet au moins », justifiée par une sciatique gauche persistante ainsi qu'un tunnel carpien droit, le médecin précisant qu'un trouble anxieux susceptible d'influencer la capacité de travail devrait être évalué.

Répondant à un questionnaire de l'OAI le 19 novembre 2015, l'assurée a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% dans le domaine du nettoyage dès le 1^{er} décembre 2014, pour des motifs financiers.

Dans un rapport du 26 novembre 2015 à l'OAI, la DresseT._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a

retenu les diagnostics incapacitants de dorso-lombalgies mécaniques sur lésion dégénérative débutante et important déconditionnement musculaire dans le cadre d'une obésité morbide ainsi que de gonalgies gauches sur lésion dégénérative avec déchirure partielle de la corne postérieure du ménisque. La Dresse T._____ a attesté une incapacité de travail dès le 28 avril 2014 pour une durée indéterminée, l'assurée rencontrant des difficultés à rester debout longtemps, à faire des mouvements répétitifs du tronc, à s'accroupir et à travailler en zone basse, ainsi qu'à porter ou pousser du poids. Elle a observé que le caractère des douleurs était mal précisé par la patiente, qui donnait des renseignements contradictoires, affirmant tout à la fois ne rien pouvoir faire et ne pas arrêter de bouger pour faire le ménage, les courses et la cuisine. La Dresse T._____ a fait état d'un pronostic négatif, tout en précisant que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'une évaluation des capacités fonctionnelles de l'assurée était prévue en mars 2016 auprès de l'Unité du rachis du L._____.

Répondant à un questionnaire d'auto-évaluation le 7 décembre 2015, l'assurée a notamment indiqué, au chapitre des problèmes psychiques, qu'elle oubliait beaucoup de choses depuis avril 2015.

Dans un rapport du 3 novembre 2015, le Dr I._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral chronique avec discopathies étagées de D9 à L4 sur obésité (BMI 30), de chondropathie au genou gauche avec lésion méniscale et de trouble anxio-dépressif chronique, précisant à cet égard que sa patiente disposait probablement de ce fait de ressources cognitives limitées. Le médecin traitant a indiqué que l'incapacité de travail prévalant depuis le 28 avril 2015 perdurait, précisant que l'assurée connaissait au demeurant des difficultés de concentration.

Dans un rapport du 2 janvier 2016 à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, s'est référé à deux examens par IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisés le 23 juillet 2015 et a retenu que

l'assurée souffrait de dorsolombalgies discopathies D9-D10 et L4-L3 sans signe de compression ainsi que de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, avec chondropathie fémorale interne et rotulienne gauche. Le Dr M._____ a indiqué qu'il n'y avait pas de maladies psychiques à sa connaissance. Il a joint à son rapport une lettre que lui avait adressée la Dresse T._____ le 18 novembre 2015, reprenant en substance les éléments figurant dans son rapport à l'OAI du 26 novembre 2015 et ajoutant qu'il n'était pas exclu qu'il existe une composante somatoforme qui participe à l'entretien des douleurs.

Dans un avis du 10 août 2016, le Dr G._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu l'existence d'une atteinte ostéoarticulaire peu importante et non incapacitante dans le cadre d'une activité adaptée, légère ou dans le tertiaire, à au moins 80%. Le Dr G._____ a ajouté que, le Dr M._____ écartant une éventuelle pathologie psychique et le dossier ne contenant aucun rapport spécialisé étayant une atteinte au plan psychique, il en restait uniquement à l'aspect ostéoarticulaire, malgré une composante somatoforme évoquée par la Dresse T._____ et préconisait la mise en œuvre d'un examen rhumatologique auprès du SMR.

Dans un rapport du 23 septembre 2016 faisant suite à un examen clinique du 29 août 2016, le Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie auprès du SMR, a retenu le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de gonalgies gauches chroniques dans un contexte de gonarthrose du compartiment interne (M17.1) et, au titre de diagnostic associé, des lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales et de troubles dégénératifs postérieurs étagés. Le Dr V._____ a également posé les diagnostics de fibromyalgie et d'obésité de classe 1 et déconditionnement physique, estimant cependant que ces atteintes ne diminuaient pas la capacité de travail. Il a indiqué que l'activité habituelle d'aide en hôtellerie n'était plus exigible, mais que l'assurée disposait, depuis la mi-novembre 2015, date de la consultation de la Dresse T._____, d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée

ainsi qu'une capacité dans l'activité ménagère de 80% en tenant compte de la baisse de rendement. Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr V._____ a retenu que l'assurée devait éviter le travail à genou ou accroupi, la marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, les montées et descentes d'escaliers, le travail debout ou assis prolongé au-delà d'une heure, la position statique debout au-delà de 20 minutes, les mouvements répétés de flexion-extension du tronc, la position prolongée en porte-à-faux, le port de charges répété au-delà de 5 kg. Ce médecin a expliqué que les troubles dégénératifs constatés n'expliquaient que partiellement les douleurs ressenties par l'assurée et qu'il existait en toile de fond une fibromyalgie (11 points de Smythe positifs sur 18 ; 4 signes de Waddell sur 5) expliquant le ressenti douloureux marqué annoncé par l'assurée et le manque de réponse aux traitements. Un élément anamnestique orientant également vers une fibromyalgie était l'annonce par l'intéressée de douleurs diffuses dans les os. Le DrV._____ a encore relevé des incohérences s'agissant de l'intensité des troubles thymiques, l'assurée ayant montré une attitude fluctuante au cours de l'entretien : polyplaintive, avec une perte d'élan fluctuant, l'assurée avait l'air triste mais la tristesse disparaissait lorsqu'elle parlait de son ex-mari et de son fils et elle souriait.

Le 27 septembre 2016, l'OAI est entré en possession d'un rapport adressé le 20 juin 2016 au Dr I._____ par le Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation au L._____ (ci-après : L._____), lequel a posé le diagnostic de gonalgies gauches chroniques sur gonarthrose fémoro-tibiale interne et de déconditionnement physique. Au titre des comorbidités, le Dr J._____ a retenu des dorso-lombalgies mécaniques sur troubles dégénératifs débutants et un important déconditionnement musculaire dans le cadre d'une obésité. Le Dr J._____ a également relevé que sa patiente présentait un moral à la baisse, en présence d'un quasi isolement social, l'assurée ne sortant que très peu de chez elle.

Dans un avis du 5 octobre 2016, le Dr G._____ s'est rallié aux conclusions du Dr V._____ en précisant ce qui suit :

« Nous retenons d'emblée que ces diagnostics classent notre expertise en dehors des critères de la position officielle en réaction à l'arrêt du Tribunal fédéral du 03.06.15 relatif aux syndromes sans pathogénèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique (directives V03, 17.06.2015/Soh).

(...)

L'assurée attend une compensation financière de l'AI, notre expert soulignant la discordance importante entre les allégations et les constatations objectivables ».

Aux termes d'une fiche de calcul du 12 octobre 2016, l'OAI a arrêté le revenu sans invalidité de l'assurée à 24'362 fr. (compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée) et le revenu d'invalidité à 24'303 fr. 68, compte tenu d'un abattement de 10% justifié par les limitations fonctionnelles. Le préjudice économique découlant de la comparaison de ces revenus s'élevait à 0,24%.

L'OAI a ordonné une enquête ménagère au domicile de l'assurée. Dans un rapport du 23 décembre 2016, l'enquêteur a retenu une part active de 50% et une part ménagère de 50%, retenant un empêchement au ménage de 25,6% (sur un 100%). Au cours de l'entretien, l'assurée a indiqué qu'elle était fatiguée, avait mal partout et souffrait d'une baisse de moral quasi-permanente. De son côté, l'enquêteur a constaté que l'assurée avait l'air déprimé, sans réel entrain ou énergie, un peu dépassée par la vie, et qu'elle présentait des pertes de mémoire.

Par projet de décision du 20 janvier 2017, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations (reclassement professionnel et rente d'invalidité), le taux d'invalidité reconnu (après pondération entre la part active et la part ménagère de 50% chacune) s'élevant à 12,8%, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Le 15 février 2017, l'OAI est entré en possession d'une attestation médicale du psychologue R. _____ du 15 février 2017, à teneur de laquelle l'assurée souffrait d'un trouble obsessionnel-compulsif sévère, impliquant notamment des troubles de la mémoire sévères

provoquant des oublis très fréquents qui perturbaient de manière importante son fonctionnement et la gestion du quotidien.

Représentée par Procap Suisse, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision du 20 janvier 2017 dans un courrier du 21 février suivant. Elle a notamment fait valoir que le volet psychiatrique avait été totalement occulté par le SMR. Indiquant qu'elle avait entrepris un traitement psychiatrique et déjà bénéficié de trois consultations, l'assurée a requis la poursuite de l'instruction de son dossier au plan psychiatrique.

Dans un rapport du 30 juillet 2017, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic incapacitant de schizophrénie paranoïde (F20.0), avec diagnostic différentiel de trouble de la personnalité de type paranoïaque (F60.0), d'évolution et intensification progressive depuis l'adolescence. Le Dr P._____ a mentionné les symptômes de douleurs chroniques, fatigue physique et émotionnelle, humeur dépressive, trouble de la mémoire, hypersensibilité au stress, comportements compulsifs et obsessionnels, probables hallucinations auditives, sentiments de persécution, rigidité et entêtement, pensées négatives et intrusives, préoccupations organisationnelles, diminution des performances, trouble du cours de la pensée, angoisses, hypersensibilité au bruit, sommeil perturbé, tendance à l'isolement social. Le psychiatre a précisé que les symptômes psychotiques actifs dits positifs (qui apparaissent) et les symptômes négatifs (traits qui disparaissent) étaient caractéristiques de la schizophrénie. Ces symptômes rendaient toute activité professionnelle inenvisageable, au motif qu'ils entravaient le fonctionnement normal, les performances et le rendement, et ce également en dehors du travail. Le Dr P._____ a précisé que les symptômes s'étaient d'autant plus intensifiés lorsque le fils de l'assurée avait rencontré des difficultés relationnelles à l'école et avec son père, ce qui avait généré beaucoup d'angoisses et de préoccupations chez l'intéressée.

Dans un avis du 17 août 2017, le Dr G._____ s'est exprimé en ces termes :

« (...)

2/ suite au projet de décision du 20.01.17 refusant un reclassement professionnel et une rente AI, une audition s'engage le 01.02.16 : le projet est contesté par courrier (PROCAP) le 21.02.17. Le 05.07.17, le Dr P._____, psychiatre, annonce 6 mois après la présence d'une schizophrénie paranoïde et d'une trouble de la personnalité de type paranoïaque, découvert à 55 ans (!), et qui serait en évolution depuis l'adolescence. Evidemment, l'IT [incapacité de travail] est totale sans que soit précisée une date de début de LM [longue maladie].

Vous demandez si cela modifie nos conclusions du RM [rapport médical] SMR de 2016

Notre réponse :

Nous sommes plus que stupéfaits par l'énonciation de 2 diagnostics graves, dont un, le premier, n'aurait pas permis que l'assurée puisse travailler même à 50% comme aide en hôtellerie (employée de maison en EMS) depuis 2014, ni mener la vie quotidienne décrite dans l'examen SMR rhumato [logique] (Dr V._____). Elle ne montrait pas de LF [limitations fonctionnelles] extraordinaires, l'assurée vaquant à ses occupations ancillaires selon la vie quotidienne (ressources physiques pour des tâches légères). Par ailleurs, le Dr M._____, orthopédiste, confirmait le 02.01.16 les diagnostics ostéoarticulaires, sans que soit reconnue une maladie psychique et notre avis SMR du 10.08.16 écartait une nouvelle pathologie psychique, car aucun rapport spécialisé ne venait étayer une atteinte psy en plus. Enfin, il apparaît douteux qu'une pathologie du cluster F20 apparaissent à 51 ans, en plus au vu du parcours de vie, et sans que tous nos confrères précédents n'aient rien vu, y compris le Dr T._____. Sur le plan psychiatrique, il n'est pas possible de voir apparaître à postériori un trouble de ce type, puisqu'il se constitue lors de l'adolescence ou lors de l'âge jeune adulte, et relèverait d'un parcours institutionnel. Ainsi le RM du Dr P._____ ne peut rendre crédible un F20 et un 60, ceux ne pouvant naître de novo. Ainsi, les affirmations du Dr P._____ n'apparaissent donc, ni plausibles, ni convaincantes en l'état au vu de tout le dossier. Pour rappel en plus, voir en p2 du RM SMR, l'assurée avait expliqué au Dr V._____ qu'elle attendait simplement une compensation financière de l'AI. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures chez cette femme de 55 ans, apte au travail. »

Le 4 septembre 2017, le Dr P._____ a transmis à l'OAI :

- une IRM cérébrale effectuée le 20 juillet 2017, mettant en évidence quelques discrètes anomalies non spécifiques de la substance blanche accompagnant une atrophie prédominante corticale ainsi que l'absence de processus parenchymateux expansif ou inflammatoire,

- un rapport établi le 14 août 2017 par la Prof. D._____, cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du L._____, dont il ressort les conclusions suivantes :

« Ce premier examen neuropsychologique met en évidence au premier plan une perturbation sévère des fonctions mnésiques antérogrades dans les deux modalités et exécutive, ainsi que des limitations attentionnelles (fatigabilité, fluctuations), chez une patiente connue pour une problématique psychiatrique et présentant durant l'examen de nombreuses manifestations de la lignée anxio-dépressive. On relève également un défaut d'accès lexical, des difficultés de compréhension orale pour les consignes et les ordres complexes, une perturbation du calcul oral et écrit, des difficultés aux épreuves gnosiques (à interpréter avec précaution compte tenu d'une probable baisse de l'acuité visuelle - notion de glaucome selon la patiente), un fléchissement en mémoire à court terme verbale et visuo-spatiale, ainsi qu'un défaut de raisonnement non verbal.

Le tableau cognitif actuel est d'interprétation difficile et s'inscrit probablement de manière prépondérante dans la problématique psychiatrique actuelle. Dans ce contexte, la patiente ne nous paraît pas en mesure de mobiliser ses ressources cognitives. Il serait souhaitable de procéder à un bilan d'évolution si les troubles psychiques devaient s'améliorer. »

- Dans un avis du 1^{er} novembre 2017, le Dr G._____ a émis les observations suivantes :

« (...)

3/ cette affaire étant terminée, voilà que nous recevons immédiatement après notre avis SMR, un nouveau rapport médical du L._____ qui a fait un examen neuropsychologique le 08.08.17 auprès du Dr D._____, bien connu de nos services. Vous demandez si ce nouveau rapport modifie notre avis du 17.08.17, et dans l'affirmative ou la négative pourquoi.

Notre réponse : nous avons un examen réalisé pour évaluation d'une atteinte organique cérébrale alors que l'examen neuro du 11.07.17 est négatif et sans particularité, et que l'IRM ne parle pas en faveur d'une atteinte organique significative (F07). Le Dr D._____ explique dans cet examen qu'il existerait une perturbation sévère des fonctions mnésiques (alors que l'examen neuro du 11.07.17 était sans particularité, ce qui n'est donc pas possible), et qui s'inscrirait dans une symptomatologie dépressive, sans que soit porté un diagnostic clair. Ce dernier point va d'ailleurs à l'encontre des diagnostics en 2/ du Dr P._____, qui ne parle pas de dépression, mais d'autres pathologies bien plus graves, dont le Dr D._____ ne relève aucun signe indirect lors de son examen (il est des troubles cognitifs majeur dans un F20 ; le Dr D._____ invalide donc ces diagnostics graves du Dr P._____). Par ailleurs, notre confrère ne se prononce pas sur une CT [capacité de travail] et il propose un bilan d'évolution.

Ainsi, les affirmations de notre confrère du L._____ n'apparaissent donc, ni plausibles, ni convaincantes en l'état au vu de tout le

dossier et de notre argumentation. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures ».

Par décision du 8 novembre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 janvier 2017 dans le sens d'un rejet de la demande de prestations du 22 septembre 2015, le taux d'invalidité reconnu de 12,8% étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou des mesures de reclassement professionnel.

B. Par acte du 13 décembre 2017, X._____, représentée par Procap Suisse, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 8 novembre 2017, dont elle a conclu principalement à la réforme en ce sens que le droit aux prestations de l'assurance-invalidité lui soit reconnu, et subsidiairement à l'annulation, suivie du renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. A l'appui de sa contestation, la recourante remet en cause l'instruction de l'intimé au plan psychiatrique ainsi que la méthode de calcul utilisée pour déterminer le taux d'invalidité.

Par ordonnance du 31 janvier 2018, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire sous la forme d'une exonération des frais de justice, du versement d'avances et de toute franchise mensuelle.

Dans une réponse du 6 mars 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

Dans un mémoire complémentaire du 27 mars 2018, la recourante a réitéré ses arguments s'agissant de la méthode de calcul et de l'instruction au plan psychiatrique, ajoutant qu'au plan somatique également, les rapports de ses médecins traitants laissent apparaître un doute quant à la fiabilité des conclusions du Dr V._____, doutes qui nécessitent la poursuite de l'instruction.

Le 9 août 2018, la recourante a produit un rapport du 22 juin 2017 du Dr C._____, spécialiste en neurologie, ainsi que l'attestation médicale du 15 février 2017 du psychologue R._____, déjà au dossier.

Par écriture du 19 septembre 2018, se ralliant à un avis du Dr G._____ du 12 septembre 2018, l'OAI a maintenu ses conclusions en faveur d'un rejet du recours, estimant qu'il n'existait aucun élément objectif qui aurait été ignoré ou n'aurait pas été pris en compte lors de l'examen rhumatologique d'août 2016 ou encore qui serait apparu entre cet examen et la décision litigieuse.

Le 17 octobre 2018, la recourante a maintenu 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. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, sous forme de rente d'invalidité ou de mesures de reclassement professionnel.

3. a) Une personne assurée a droit à une rente de l'assurance-invalidité 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). L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement professionnel s'il est invalide à 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le Tribunal fédéral a récemment retenu qu'il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques, et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs, puisque des problèmes de preuve analogues se posent pour les maladies psychiques (ATF 143 V 409 et 143 V 418).

c) Est réputée incapacité de travail 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 (art. 6 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 (cf. art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

4. 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 (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).

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).

Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 LAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

5. Dans le cas d'espèce, au plan médical, l'intimé a fondé la décision litigieuse sur les conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 23 septembre 2016 ainsi que sur les différents avis du Dr G._____, selon lesquels l'assurée dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 17 novembre 2015, date de la consultation auprès de la Dresse T._____. De son côté, la recourante, se prévalant de l'avis de ses médecins traitants, soutient qu'elle présente des atteintes à la santé, somatiques et psychiques, lui donnant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Elle estime que les pièces au dossier remettent à tout le moins en cause la valeur probante des rapports sur lesquels l'intimé s'est fondé et que des mesures d'instruction complémentaires s'imposent, singulièrement au plan psychiatrique.

a) Force est de constater que l'intimé a d'emblée orienté l'instruction de la demande de l'assurée sur le seul plan somatique, en se ralliant à l'avis du 10 août 2016 du Dr G._____, qui avait préconisé la mise en œuvre d'un examen clinique par le SMR limité au plan rhumatologique, au motif que le Dr M._____ aurait écarté une éventuelle pathologie psychique et que le dossier ne contenait aucun rapport

spécialisé étayant une atteinte psychique. A ce stade déjà, l'appréciation du Dr G._____ ne saurait convaincre. En effet, dans son rapport du 2 janvier 2016, le Dr M._____ n'a nullement « écarté » une éventuelle pathologie psychique, conclusion qu'il n'aurait au demeurant pas été habilité à prendre en sa qualité de chirurgien orthopédique. Il n'a fait qu'indiquer qu' « à sa connaissance », il n'y avait « *pas de maladies psychiques* », affirmation qui ne saurait être interprétée de la façon dont le Dr G._____ l'a fait, de manière plus que hâtive. En outre, s'il est exact qu'au moment où le Dr G._____ s'est exprimé pour la première fois, le 10 août 2016, aucun rapport de spécialiste en psychiatrie ne figurait au dossier, cela ne le légitimait pas pour autant à restreindre l'instruction au plan somatique. En effet, d'une part, dès le début, l'assurée a évoqué une problématique psychique, mentionnant des troubles anxio-dépressifs avec vertiges dans sa demande de prestations, puis des pertes de mémoire dans son auto-évaluation du 7 décembre 2015. D'autre part et surtout, il ressortait déjà de plusieurs rapports, émanant certes de médecins somaticiens, qu'il prévalait potentiellement une atteinte au plan psychique. Ainsi, le Dr I._____ évoquait le 13 juillet 2015 un trouble anxieux susceptible d'influencer la capacité de travail, suggérant qu'il soit investigué. Le 3 novembre 2015, le médecin traitant a posé formellement le diagnostic de trouble anxio-dépressif chronique, précisant que sa patiente disposait probablement de ce fait de ressources cognitives limitées. De même, dans son courrier du 18 novembre 2015 au Dr M._____, versé au dossier de l'OAI en janvier 2016, la Dresse T._____ a évoqué une composante somatoforme susceptible de participer à l'entretien des douleurs. Les avis de ces médecins, ne disposant d'aucune spécialisation en psychiatrie, ne suffisaient pas pour reconnaître un diagnostic de cet ordre. Mais, face à ces éléments, lorsqu'il a estimé qu'une instruction complémentaire par un examen au SMR était nécessaire, le Dr G._____ ne pouvait valablement le limiter au volet rhumatologique ; un examen bi-disciplinaire incluant un volet psychiatrique s'imposait déjà à ce stade.

La nécessité d'une instruction complémentaire au plan psychiatrique n'a fait que s'imposer avec d'autant plus d'évidence au fur

et à mesure des nouvelles pièces médicales versées au dossier de l'intimé. Le Dr J. _____ a en effet également relevé que sa patiente connaissait un moral à la baisse, en présence d'un quasi isolement social, l'assurée ne sortant que très peu de chez elle (cf. rapport du 20 juin 2016 parvenu à l'intimé le 27 septembre 2016). A l'issue de son examen clinique, le Dr V. _____ a aussi relevé une perte d'élan fluctuante, l'assurée ayant l'air triste, dite tristesse disparaissant par intermittence au profit d'un sourire lorsque l'assurée parlait de son ex-mari ou de son fils. En juillet 2017 a été établi le premier rapport émanant d'un psychiatre, le Dr P. _____, lequel a retenu le diagnostic de schizophrénie paranoïde (F20.0), avec diagnostic différentiel de trouble de la personnalité de type paranoïaque (F60.0), d'évolution et intensification progressive depuis l'adolescence, dont les symptômes avaient connu une aggravation lorsque le fils de l'assurée avait connu des difficultés à l'école et avec son père, empêchant toute activité professionnelle et induisant des limitations même hors du travail. Enfin, dans un rapport du 14 août 2017, la Prof. D. _____ a indiqué que l'examen neuropsychologique auquel elle avait procédé avait mis en évidence au premier plan une perturbation sévère des fonctions mnésiques antérogrades ainsi que des limitations attentionnelles. La Prof. D. _____ a précisé avoir constaté de nombreuses manifestations de la lignée anxio-dépressive lors de son examen. Le tableau cognitif lui paraissait difficile d'interprétation et s'inscrivait probablement de manière prépondérante dans la problématique psychiatrique actuelle, la Prof. D. _____ estimant encore que la patiente n'était pas en mesure de mobiliser ses ressources cognitives. Quant au Dr C. _____, même s'il a conclu à un examen neurologique dans les normes, il a estimé que l'assurée souffrait probablement de céphalées d'origine tensionnelle dans le cadre d'un état anxio-dépressif sévère et que les troubles de la mémoire s'inscrivaient dans un contexte anxio-dépressif et de la chronification de la douleur. Enfin, même s'il ne s'agit pas d'avis médicaux, on relèvera encore que le psychologue R. _____ a signalé un trouble obsessionnel-compulsif sévère, induisant notamment des troubles sévères de la mémoire provoquant des oublis très fréquents perturbant de manière importante le fonctionnement et la gestion du quotidien de l'assurée (cf. rapport du 15 février 2017). Quant à l'enquêteur de l'OAI, il a

constaté le 23 décembre 2016 que l'assurée avait l'air déprimée, sans réel entrain ou énergie, un peu dépassée par la vie, et qu'elle souffrait de pertes de mémoire.

Il est peu compréhensible que, malgré ces éléments, alors même qu'il ne dispose d'aucune spécialisation en psychiatrie et qu'il n'a au demeurant pas examiné l'assurée, le Dr G. _____ ait campé sur sa position et continué à soutenir que, sur la base de sa « *propre appréciation* », il s'avérait que tous les avis médicaux retenant une atteinte au plan psychique n'étaient ni plausibles ni convaincants. Hormis le fait que la façon dont le médecin du SMR a rédigé ses différents avis pourrait déjà être de nature à faire naître des doutes quant à leur valeur probante, les arguments qu'il soulève à l'appui de son appréciation sont dénués de fondement. C'est en effet en vain qu'il écarte le diagnostic de schizophrénie paranoïde ou de trouble de la personnalité de type paranoïaque posés par le DrP. _____ au motif que la Dresse T. _____ n'aurait pas émis des conclusions dans ce sens. Le fait qu'un spécialiste en médecine physique et réadaptation ne retienne pas un diagnostic au plan psychique, quel qu'il soit, ne suffit pas à décréter que l'appréciation d'un spécialiste en psychiatrie n'est pas probante. On rappellera d'ailleurs à cet égard que la Dresse T. _____, consultée dans la quête de solutions thérapeutiques en réponses aux troubles touchant le rachis et les genoux, a évoqué l'éventualité d'une composante somatoforme participant à l'entretien des douleurs.

On s'étonne également que le Dr G. _____ d'une part écarte les observations faites dans le sens de nombreuses manifestations de la lignée anxio-dépressive et d'une perturbation grave des fonctions mnésiques s'inscrivant dans une symptomatologie dépressive par la Prof. D. _____, dont il dit qu'elle est « bien connue de [leurs] services », et d'autre part retient qu'en invoquant une simple symptomatologie dépressive, la Prof. D. _____ « invalide » les diagnostics graves du DrP. _____. Une divergence quant au type d'atteinte psychique ne permettait pas d'écarter purement et simplement toute pathologie de ce type, mais devait au contraire aboutir à la conclusion que l'état de santé

de la recourante n'était pas clair et nécessitait une poursuite de l'instruction. En outre, contrairement à ce qu'affirme le Dr G._____, le fait que la Prof. D._____ ne se soit pas prononcée sur la capacité de travail ne permettait pas plus renoncer à une instruction complémentaire au plan psychiatrique, bien au contraire. La Prof. D._____ est intervenue dans le cadre de la prise en charge thérapeutique de l'assurée, à aucun moment elle n'a été interpellée s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, ni par le médecin traitant qui lui avait adressé sa patiente, ni par l'intimé.

C'est encore de manière infondée, voire critiquable, que le Dr G._____ a affirmé, dans ses avis des 17 août 2017, 1^{er} novembre 2017 et 12 septembre 2018, mettant de surcroît ce passage en évidence par un soulignement ou des caractères gras, que *« l'assurée avait expliqué au Dr V._____ qu'elle attendait simplement une compensation financière de l'AI »*. A aucun moment, le rapport du Dr V._____ ne permet de tirer cette conclusion, dès lors qu'il a mentionné à cet égard, après que l'assurée ait évoqué ses atteintes à la santé : *« Mme X._____ ne se voit pas reprendre une activité professionnelle. De façon indirecte, cela signifie que l'assurée attend une compensation financière de l'AI, nous ne lui avons pas posé spécifiquement la question »*. La synthèse opérée par le Dr G._____, sortie du contexte, fait preuve d'une simplification critiquable, qui ne saurait être retenue.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'avis du Dr G._____ est sérieusement contredit par d'autres rapports médicaux, de sorte qu'on ne peut pas lui reconnaître une valeur probante suffisante. Certes, les documents médicaux au dossier ne suffisent pas pour se faire une idée claire de l'état de santé de l'assurée au plan psychiatrique ainsi que sur ses répercussions sur la capacité de travail et de gain. Ils rendent toutefois une instruction complémentaire nécessaire.

b) Au plan somatique, le Dr V._____ a retenu le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de gonalgies gauches chroniques dans un contexte de gonarthrose du compartiment interne

(M17.1) et, au titre de diagnostic associé, des lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales et de troubles dégénératifs postérieurs étagés. Le Dr V._____ a également posé les diagnostics de fibromyalgie et d'obésité de classe 1, déconditionnement physique, estimant que ces atteintes restaient sans effet sur la capacité de travail.

La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2). Par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. La présomption, selon laquelle ces syndromes pouvaient être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, a été abandonnée. La capacité de travail réellement exigible des personnes concernées devra être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée, au moyen d'indicateurs, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini (ATF 141 V 281).

Il n'apparaît pas en l'espèce que le Dr V._____ ait procédé à une telle analyse structurée selon les critères définis par la Haute Cour. C'est ainsi sans fondement que le Dr G._____ affirme de manière péremptoire dans son avis du 5 octobre 2016 que les diagnostics retenus par le Dr V._____ « classent notre expertise en dehors des critères de la position officielle en réaction à l'arrêt du Tribunal fédéral du 03.06.15 relatifs aux syndromes sans pathogenèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique ».

c) En définitive, il sied de constater qu'il existe un doute quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation tant psychiatrique que somatique des médecins du SMR. Dans une telle situation, l'office intimé ne pouvait faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise, avant de rendre sa décision de refus de prestations. Il se justifie donc de renvoyer le dossier à l'office intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, les experts désignés gardant la faculté d'y associer toute autre spécialité médicale jugée opportune. Il leur appartiendra d'examiner l'éventuel caractère invalidant du tableau clinique présenté par la recourante au regard notamment des indicateurs définis par la jurisprudence en matière de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281), applicables également aux troubles psychiques (ATF 143 V 409 et 143 V 418). Il incombera ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

6. A l'appui de sa contestation, la recourante soulève également un certain nombre de critiques à l'encontre de la méthode de calcul appliquée par l'intimé pour déterminer son degré d'invalidité. Compte tenu du renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction au plan médical, il n'y a cependant pas lieu d'examiner plus en détail cette question, qui peut rester ouverte.

7. **a)** Partant, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En

l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 1'500 francs.

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

- I. Le recours est admis

- II. La décision rendue le 8 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ le montant de 1'500 fr. (mille cinq cent 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 :

- Procap Suisse (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 :