

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juin 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Dessaux et Berberat, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

J. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
intimé.

Art. 17, 43 et 44 al. LPGA ; art. 59 al. 2^{bis} LAI ; art. 24 LPA-VD

En fait et en droit:

Vu le jugement rendu le 7 mars 2006, par lequel le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé par J._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) et a confirmé la décision sur opposition du 19 octobre 2004 de l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), rejetant la demande de rente de l'intéressée du 17 janvier 2001,

vu l'arrêt rendu le 28 septembre 2011 (AI 235/09 - 441/2011), par lequel la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée et a confirmé la décision du 23 mars 2009 de l'OAI, refusant à l'intéressée l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles ensuite de sa nouvelle demande du 22 avril 2008,

vu la décision rendue le 25 juillet 2014, par laquelle l'OAI a décidé de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée du 18 mars 2014,

vu la décision rendue le 18 janvier 2017, par laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'intéressée du 6 avril 2016,

vu le recours (enregistré par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal sous le numéro d'ordre AI 53/17) formé le 16 février 2017 par l'assurée à l'encontre de la décision précitée du 18 janvier 2017, concluant « avec dépens à l'annulation de la décision attaquée et à sa réforme dans le sens que l'Office AI doit entrer en matière sur sa demande de révision »,

vu le rapport médical du 4 avril 2017, par lequel le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique, et la Dresse K._____, spécialiste en médecine interne générale, tous deux médecins à la Consultation d'immunologie et

allergie de la F._____, ont posé les diagnostics de syndrome de Sjögren primaire diagnostiqué en 2017, d'insuffisance cortico-surrénalienne sévère, de « PCR [polymerase chain-reaction] pour *Tropheryma whipplei* positives (selles et salive) » - « de traduction clinique incertaine à l'heure actuelle » -, d'allergie au diclofénac, de syndrome métabolique avec hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète de type 2 non insulino-requérant et obésité morbide, de syndrome des apnées du sommeil appareillé, de trouble somatoforme douloureux diagnostiqué en 1993, de gonarthrose bilatérale, de « maladie de Forestier (DISH [diffuse idiopathic skeletal hyperostosis]) », d'« hépatite B ancienne guérie » et d'état anxio-dépressif, appréciant le cas de l'assurée de la manière suivante :

« **Conclusions, traitement et évolution**

Mme J._____ présente donc une asthénie avec des arthromyalgies diffuses, un syndrome sec oculo-buccal et des sudations profuses depuis plusieurs années, ainsi que des troubles digestifs aspécifiques et des infections urinaires à répétition. Un bilan rhumatologique extensif n'a pas permis de mettre en évidence de cause précise. Sur le plan pulmonaire on retrouve la notion de micronodules aspécifiques à l'imagerie de septembre 2016.

Sur le plan auto-immun, nous évoquons un syndrome de Sjögren malgré l'absence d'anticorps anti-SSA [Sjögren's-syndrome-related antigen A] et complétons le bilan par un test de Schirmer et une sialométrie qui sont pathologiques, mais à mettre dans le cadre d'un traitement d'Efexor. Nous évoquons également une sarcoïdose pour laquelle nous effectuons une calciurie de 24 heures et une enzyme de conversion de l'angiotensine qui sont dans la norme, ainsi qu'une maladie coeliaque pour laquelle un dépistage est négatif. Nous adressons alors Mme J._____ au Dr[...] en ORL [oto-rhinolaryngologie] pour une biopsie des glandes salivaires accessoires qui montre une infiltration lymphoplasmocytaire de grade IV selon Chisholm et Mason, sans granulomes, ni signe d'amyloïdose. Dans ce contexte, nous avons assez d'éléments pour **retenir le diagnostic de syndrome de Sjögren primaire**, avec 4 critères sur 6 selon le groupe de consensus américano-européen (AECG) (syndrome sec oculo-buccal subjectif et objectif, grade IV à la BGSA [biopsie des glandes salivaires accessoires]).

Sur le plan urinaire, le sédiment est pathologique et **l'Uricult est positif pour une *Escherichia coli*** chez une patiente constamment symptomatique. Un traitement de Bactrim est alors introduit pour 3 jours par nos collègues endocrinologues. Relevons que la symptomatologie urinaire que présente Mme J._____ (urgences mictionnelles, incontinence, infections à répétition) peut s'inscrire dans le cadre d'une cystite interstitielle, fréquemment associée au syndrome de Sjögren.

Sur le plan digestif, les troubles digestifs aspécifiques de la patiente peuvent entrer dans le cadre d'un côlon irritable, également régulièrement décrit dans le cadre du syndrome de Sjögren. Les anticorps anti-cellules pariétales sans carence en vitamine B12 sont également régulièrement retrouvés.

Cependant, face à des anticorps anti-cellules pariétales à titre élevé, nous recherchons également une insuffisance cortico-surrénalienne et dosons un cortisol basal qui est effondré à 18 ug/l. Le test au Synacthen montre une bonne réponse, évoquant plutôt une origine centrale. Nous complétons alors le bilan avec une IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale qui retrouve seulement une petite anomalie hypophysaire possiblement compatible avec un kyste de la poche de Rathke ainsi qu'une selle turcique partiellement vide. Nous dosons également la TSH [thyroid stimulating hormone], la FSH [follicle stimulating hormone] et la LH [luteinizing hormone] chez cette patiente ménopausée qui sont dans la norme. Relevons que le status ne retrouve pas de dyscoloration de la peau ni de vitiligo. Dans ce contexte, nous suspectons un syndrome polyglandulaire auto-immun et demandons l'avis de nos confrères endocrinologues qui proposent de compléter le bilan avec une T4 [thyroxine] libre et les anticorps anti-TPO [thyroperoxydase] et anti-thyroglobuline, la prolactine, l'IGF[insulin-like growth factor]-1, la prolactine et les anticorps anti-21-hydroxylase ainsi que de **débuter un traitement d'hydrocortisone 20 mg le matin et 10 mg à 14h. Un suivi à la consultation d'endocrinologie est en cours.**

Finalement, nous effectuons un bilan à la recherche d'une maladie de Whipple. Les PCR dans la salive et dans les selles sont positives mais sont toutefois à interpréter avec prudence. Il se peut en effet qu'il ne s'agisse que d'une colonisation sans traduction clinique. Dans tous les cas, afin de confirmer le diagnostic, le bilan devrait être complété par une nouvelle endoscopie avec biopsie duodénale. **Nous proposons néanmoins dans l'immédiat de prendre en charge les troubles endocriniens et de compléter le bilan étiologique sur le plan auto-immun avant d'évaluer dans un deuxième temps une éventuelle maladie de Whipple en fonction de l'évolution clinique ces prochains mois.**

Nous reverrons Mme J._____ en consultation au début du mois de mai afin de discuter du résultat de la biopsie des glandes salivaires et d'évaluer la réponse au traitement d'hydrocortisone. »,

vu le rapport médical du 17 avril 2017, par lequel le Dr A._____, spécialiste en médecine interne, indiquant apporter des éléments permettant de réouvrir le dossier AI de l'assurée, à savoir « la mise en évidence d'un syndrome de Sjögren ignoré jusque-là malgré de nombreuses hospitalisations et qui rend[ait] compte également d'un syndrome inflammatoire présent depuis de nombreuses années et resté sans explication », a estimé que la mise en évidence d'un syndrome de Sjögren - qui s'accompagnait souvent de douleurs musculaires et

articulaires et qui jouait certainement un rôle dans l'état de fatigue et d'épuisement de l'assurée - remettait en question les diagnostics de troubles somatoformes diffus ou fibromyalgie évoqués précédemment, l'impact des autres pathologies sur son état de santé (gonarthrose bilatérale, canal lombaire étroit) s'y ajoutant, de sorte qu'il considérait que la capacité de travail de l'intéressée était nulle à la lumière des nouveaux éléments mentionnés,

vu la lettre du 24 avril 2017, par laquelle l'assurée, par l'intermédiaire de Me Nordmann, s'est enquis auprès de l'OAI de la suite que celui-ci entendait donner à son dossier compte tenu des nouveaux rapports médicaux susmentionnés des Drs K. _____ et du Dr A. _____,

vu la note d'entretien du 23 mai 2017, de laquelle il ressort que la Dresse T. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a confirmé, lors d'un entretien verbal avec une collaboratrice de l'OAI, qu'il fallait reprendre l'instruction du dossier de l'assurée, en interrogeant notamment l'immunologue,

vu la lettre du 13 juillet 2017 destinée à la Cour de céans (dans la cause AI 53/17), par laquelle l'OAI a indiqué estimer que les nouveaux rapports médicaux susmentionnés des Drs K. _____ et du Dr A. _____ ne devaient pas être examinés dans le cadre de ladite cause AI 53/17 et considérer la lettre du 24 avril 2017 du conseil de l'assurée comme une nouvelle demande de prestations, qu'il avait entrepris d'instruire au fond,

vu le rapport médical du 26 septembre 2017, par lequel la Dresse K. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome de Sjögren, de gonarthrose et d'état anxio-dépressif et a énuméré les restrictions physiques, mentales ou psychiques de douleurs articulaires (inflammations liées au syndrome de Sjögren, mécaniques sur gonarthrose), d'asthénie et de troubles de la concentration qui se manifestaient au travail sous forme de fatigabilité et de mobilité très réduite, ce médecin précisant que l'activité exercée

n'était plus exigible, d'un point de vue médical, et que l'on ne pouvait actuellement pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail,

vu l'avis médical du 20 octobre 2017, par lequel le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a apprécié le cas de l'assurée de la manière suivante :

« Se référer aux avis précédents pour un résumé du cas, dont il s'agit de la cinquième demande après 4 refus, confirmés par le TCA, dans le contexte de troubles rhumatologiques (maladie de Forestier) et d'un syndrome douloureux somatoforme non incapacitant, avec à l'appui 2 expertises psychiatriques et un avis rhumatologique. En permanence est précisé la nécessité d'instruire le cas en raison d'un nouveau diagnostic. Nous nous y attachons sur la base des documents à disposition. Pour la clarté de notre prise de position nous devons traiter deux aspects du cas présenté :

1. prise en compte d'un fait nouveau que constituerait le diagnostic de syndrome de Sjögren :

- Le rapport du Dr A._____ au conseil de l'avocat évoque la présence d'un syndrome de Sjögren sur la base d'un rapport de consultation du service de rhumatologie du 4.IV.2017. Il met en évidence la participation de cette affection aux douleurs musculaires et articulaires diffuses connues chez cette patiente, à la fatigue présentée qui serait majorée par la découverte d'une insuffisance cortico-surrénalienne, actuellement traitée.
- Un rapport de 2013 du pneumologue G._____ démontre des fonctions pulmonaires normales.
- Le rapport du service de consultation de rhumatologie du 4.4.2017 retient un syndrome de Sjögren primaire sur la base du consensus américano-européen qui montrerait 4 critères sur les 6 requis : (symptômes oculaires, symptômes buccaux, signes oculaires-Schirmer test, histopathologie, signe oral-Sialographie ou scintigraphie salivaire, autoanticorps). Il nous semble comme indiqué dans le rapport qu'en présence d'un traitement antidépresseur (Efexor) connu pour provoquer une sécheresse des muqueuses à plusieurs niveaux, lesdites investigations perdent de leur valeur. Du reste en page 3/6 du rapport, il est bien mentionné que « *le test de Schirmer et la sialométrie sont pathologiques mais à mettre sur le compte du traitement d'Efexor* ». Il y a donc une contradiction à utiliser ce critère pour poser un diagnostic selon le Consensus américano-européen et les symptômes et signes oculaires ne peuvent être retenus pour cela, seule l'histopathologie pourrait parler en faveur d'un tel diagnostic et doit être considérée cf. infra.
- La revue de la littérature traite justement de la signification de la mise en évidence d'un stade III de Chisholm à la biopsie des glandes salivaires accessoires sur l'étude de 56 cas. On pourrait certes selon cette étude se retrouver à un stade

précoce ou une forme incomplète de syndrome de Sjögren. Mais cet article mentionne également qu'il existe une fibromyalgie primitive associée à une biopsie des glandes salivaires stade III dans 15 % de la population normale.

Sur la base de ces deux derniers items ne démontrant qu'un critère (histopathologie) possible, le diagnostic évoqué de syndrome de Sjögren n'est qu'une spéculation. Nous ne pouvons le retenir.

2. Limitations fonctionnelles nouvelles par rapport à la dernière expertise :

Aucune nouvelle manifestation n'est signalée. Au contraire l'examen pneumologique est normal et ne témoignerait pas, comme une éventuelle insuffisance rénale d'une atteinte incapacitante dans le cas d'un syndrome de Sjögren grave. La biopsie des glandes salivaires pathologiques pourrait être en rapport avec un syndrome de Sjögren débutant voire, dans 15 % des cas, une fibromyalgie. L'insuffisance cortico-surrénalienne ne représente pas, traitée, une cause d'incapacité de travail. Une maladie de Whipple n'est pas pertinente en l'absence de symptomatologie digestive importante et « *doit être interprété avec prudence* » selon le même rapport, même si elle est susceptible de provoquer des arthralgies ou arthrites migrantes qui sont en général associées. Etant non pas dans une première demande mais dans une demande de révision, il appartient à l'assurée d'apporter des éléments convaincants de l'existence d'un nouveau diagnostic et de limitations fonctionnelles nouvelles, et non de spéculations, au premier plan actuellement.

En conclusion, il n'y a pas de fait nouveau qui puisse représenter une cause d'incapacité de travail susceptible de modifier les décisions de l'office. »,

vu le projet de décision du 2 novembre 2017, par lequel l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations, estimant que le complément d'instruction opéré n'avait pas fourni d'éléments nouveaux susceptibles de modifier sa position, à savoir que l'intéressée ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante,

vu la lettre du 16 novembre 2017, par laquelle l'assurée, par son conseil, a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision susmentionné,

vu la décision rendue le 21 décembre 2017, par laquelle l'OAI a confirmé son projet de décision du 2 novembre 2017,

vu la lettre du 10 janvier 2018 du Dr A._____, indiquant à l'OAI qu'il n'était « absolument pas d'accord » avec la décision

susmentionnée dans la mesure où, contrairement à ce qui y était affirmé, l'assurée présentait un élément nouveau de taille, à savoir la découverte d'un syndrome de Sjögren, qui participait certainement à son état d'épuisement et à ses douleurs articulaires diffuses,

vu le recours formé le 11 janvier 2018 par J._____, par l'intermédiaire de Me Nordmann, à l'encontre de la décision du 21 décembre 2017, concluant, préalablement, à la jonction de la présente cause avec la cause AI 53/17 et, sur le fond, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée, dès telle date que justice dira,

vu la réponse du 29 mars 2018, par laquelle l'intimé a conclu au rejet du recours,

vu la réplique de la recourante du 26 avril 2018, confirmant sa position,

vu l'arrêt rendu ce jour (AI 53/17 - 167/2018), par lequel la Cour de céans a admis le recours formé le 16 février 2017 par la recourante et a annulé la décision rendue le 18 janvier 2017 par l'intimé, la cause étant renvoyé à ce dernier pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations du 6 avril 2016 de l'intéressée,

vu les pièces au dossier ;

attendu qu'à teneur de l'art. 24 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation de faits identique ou à une cause juridique commune,

qu'en l'espèce, la cause AI 53/17 porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la demande de la recourante du 6 avril 2016,

que, par la suite, l'intimé est entré en matière sur la lettre de l'intéressée du 24 avril 2017,

que, ce faisant, il a admis son devoir d'instruire tous les aspects (médicaux et juridiques, notamment) et de déterminer si la modification de l'invalidité s'était effectivement produite, comme s'il se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations (TF 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4),

qu'en définitive, la cause AI 53/17 porte sur une question d'ordre temporel, soit déterminer si l'intimé devait déjà entrer en matière le 6 avril 2016,

que la solution dépend de savoir si la recourante avait rendu plausible, dans le cadre de sa demande du 6 avril 2016, la modification de son degré d'invalidité de manière à influencer ses droits,

que la présente cause AI 13/18 porte sur le rejet de la demande de prestations, au fond, par l'intimé, ce dernier ayant nié, au stade de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une modification du degré d'invalidité de la recourante,

que cette cause concerne ainsi les suites de l'entrée en matière susmentionnée, soit notamment l'instruction au fond qui y a été menée par l'intimé,

qu'il convient dès lors de constater que ces deux causes ne relèvent pas du même degré de preuve et ne portent pas sur le même objet litigieux,

que le traitement de l'ensemble des questions dans un seul et même arrêt aboutirait à une décision compliquée et potentiellement peu claire, avec une double appréciation des faits à des degrés différents,

que, par conséquent, dans la mesure où la jonction de la présente cause AI 13/18 avec l'affaire AI 53/17 serait de nature à compliquer leur déroulement (cf. art. 24 al. 2 LPA-VD), il n'y a pas lieu de les joindre, de sorte que la requête de la recourante en ce sens doit être rejetée ;

attendu que l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) prévoit que 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c),

qu'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 [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] ; art. 4 al. 1 LAI),

qu'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 (art. 7 al. 1 LPGA),

qu'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, étant précisé qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigé de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA),

que lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3).

que lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1),

que cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2),

que tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision, cette dernière pouvant en particulier être justifiée par une modification sensible de l'état de santé ou des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même, mais non, en revanche, par une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 8C_339/2017 du 1^{er} février 2018 consid. 3) ;

attendu que pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position,

que la tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler,

qu'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 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1),

que de manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux,

que, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3),

attendu qu'en l'espèce, par arrêt de ce jour (AI 53/17 - 167/2018), la Cour de céans a annulé la décision rendue le 18 janvier 2017 par l'intimé, la cause étant renvoyée à ce dernier pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations du 6 avril 2016 de la recourante,

qu'il a y été retenu qu'une aggravation de l'état de santé de l'intéressée - en comparaison à la situation retenue dans le précédent arrêt du 28 septembre 2011 - avait été rendue plausible, en particulier au plan psychiatrique,

que l'instruction du dossier de l'intéressée, menée par l'intimé ensuite de la lettre du 24 avril 2017 et ayant abouti à la décision litigieuse, n'a concerné que le nouveau diagnostic de syndrome de Sjögren, mais n'a aucunement porté sur le volet psychiatrique susmentionné,

que le Dr H. _____ du SMR ne s'est d'ailleurs pas prononcé à ce sujet dans son avis médical du 20 octobre 2017,

que, faute de documents médicaux portant sur la situation psychiatrique actuelle de l'intéressée, il n'est en l'état pas possible de prendre position à cet égard et de déterminer, cas échéant, l'incapacité de travail et l'invalidité qui en découlerait,

que, déjà à ce stade, il apparaît ainsi opportun de mener des mesures d'instruction supplémentaires sur le plan psychiatrique ;

attendu que, par économie de procédure, il convient encore de préciser ce qui suit quant à l'instruction menée,

que pour rendre la décision litigieuse du 21 décembre 2017, l'intimé s'est fondé sur l'avis médical du 20 octobre 2017 du Dr H. _____ du SMR, lequel, se prononçant à l'égard du nouveau syndrome de Sjögren, est arrivé à la conclusion qu'« il n'y a [vait] pas de fait nouveau qui puisse représenter une cause d'incapacité de travail susceptible de modifier les décisions de l'office »,

que c'est ici le lieu de rappeler que les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI),

que ces avis médicaux se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) en tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique effectuée par le médecin du SMR,

qu'ils ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier au plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1), ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il convient de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et réf. cit.),

qu'ils ne posent cependant pas de nouvelles conclusions médicales, mais portent ainsi une appréciation sur celles déjà existantes (TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2),

qu'une expertise devra être ordonnée si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1),

qu'en l'occurrence, le diagnostic de syndrome de Sjögren a été posé pour la première fois le 4 avril 2017 par les Drs Z._____ et K._____,

que, le 17 avril 2017, le Dr A._____ a expliqué que ce syndrome, ajouté aux autres pathologies de la requérante, réduisait à néant la capacité de travail de cette dernière,

que c'est sur la base de ces deux rapports médicaux que l'intimé est entré en matière et a instruit au fond le dossier de l'intéressée,

que le 23 mai 2017, la Dresse T._____ du SMR a d'ailleurs précisé qu'il convenait d'interroger l'immunologue,

que la Dresse K._____ a ainsi rendu un nouveau rapport médical le 26 septembre 2017, confirmant que le diagnostic de syndrome

de Sjögren avait un effet sur la capacité de travail de la recourante (à l'instar des diagnostics de gonarthrose et d'état anxio-dépressif),

qu'elle a estimé que l'activité exercée n'était plus exigible de l'intéressée et que l'on ne pouvait actuellement pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail,

que, par son avis médical du 20 octobre 2017, le Dr H. _____ du SMR a contesté l'existence d'un syndrome de Sjögren - estimant qu'il ne s'agissait que d'une spéculation - et des limitations associées,

que, ce faisant, ce médecin s'est distancié, seul, des conclusions médicales des précédents médecins s'étant prononcés au sujet de ce syndrome,

qu'il n'a ainsi aucunement opéré la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, mais a posé de nouvelles conclusions médicales,

que cette manière de procéder est contraire à la jurisprudence fédérale précitée,

que, pour cette raison déjà, l'avis médical du Dr H. _____ ne saurait être considéré comme probant,

que, d'ailleurs, l'isolement de sa position a encore été confirmé par la teneur du rapport ultérieur du 10 janvier 2018 du Dr A. _____, qui a maintenu son diagnostic et ses conséquences,

qu'hormis ce qui précède, il convient encore de relever que le Dr H. _____ a notamment évoqué de la littérature médicale concernant « un stade III de Chisholm » pour contester l'existence du syndrome de Sjögren,

qu'aux termes de leur rapport médical du 4 avril 2017, les Drs Z. _____ et K. _____ ont cependant mentionné un « grade IV selon Chisholm et Mason »,

que, le Dr H. _____ n'ayant pas examiné la recourante, il semble ainsi que, soit celui-ci a mal apprécié le contexte médical, soit il manque une étape dans son raisonnement tel qu'il ressort de son avis médical du 20 octobre 2017,

qu'en outre, le rapport médical du 4 avril 2017 des Drs Z. _____ et K. _____, apparaît en l'état bien étayé et fondé sur des examens complets,

que le médecin du SMR, opérant sa propre appréciation du cas en faisant notamment appel à de la littérature médicale spécialisée, a contesté les conclusions du rapport susmentionné des Drs Z. _____ et K. _____,

qu'il convient toutefois de constater que le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, ne dispose ainsi pas de la formation spécialisée dans le domaine concerné, au contraire du Dr Z. _____, spécialiste notamment en allergologie et immunologie clinique, ce médecin et la Dresse K. _____ travaillant par ailleurs à la Consultation d'immunologie et allergie de la F. _____,

que cet élément affaiblit encore la valeur probante de l'avis médical du médecin du SMR (cf. TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et réf. cit.),

qu'enfin, il y a lieu de relever que le Dr H. _____ a contesté le diagnostic de syndrome de Sjögren en évoquant, en définitive, d'autres causes possibles pour les résultats d'examen obtenus par les Drs Z. _____ et K. _____,

que l'appréciation du Dr H._____ met par conséquent en évidence la nécessité de compléter l'instruction pour confirmer, ou infirmer, les diagnostics des Drs Z._____ et K._____, ce que ces derniers avaient par ailleurs indiqué dans leur rapport médical du 4 avril 2017, mais ne permet nullement de nier toute valeur probante à ce dernier rapport,

qu'il apparaît ainsi opportun de mener d'autres mesures d'instruction supplémentaires, notamment sur le plan immunologique ;

attendu que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet, notamment sur le plan médical (art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI ; ATF 137 V 210 ; ainsi que la note de Bettina Kahil-Wolff, in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt),

qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

qu'il s'ensuit que le renvoi du dossier à l'intimé - auquel il appartient au premier chef d'instruire - pour une instruction complémentaire apparaît comme étant *in casu* la solution la plus opportune, vu les carences constatées,

qu'il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, notamment immunologique et psychiatrique (étant relevé à cet égard qu'il conviendra de tenir compte de la nouvelle jurisprudence fédérale en matière de troubles psychiques) ainsi que toutes autres mesures utiles,

que cette expertise devra être effectuée conformément à l'art. 44 LPGA ;

attendu que le recours s'avère dès lors manifestement bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète et exacte au niveau médical (art. 98 let. b LPA-VD),

qu'il convient de statuer selon la procédure simplifiée prévue à l'art. 82 LPA-VD,

que la décision litigieuse doit en conséquence être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision, après complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, notamment en immunologie et psychiatrie,

qu'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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI),

qu'en l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 200 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe,

que la recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA),

qu'en l'espèce, les dépens sont arrêtés à 800 fr., débours et TVA compris, et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD),

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. La requête de jonction de la présente cause avec la cause AI 53/17 est rejetée.
- II. Le recours est admis.
- III. La décision rendue le 21 décembre 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 puis nouvelle décision.
- IV. Les frais de justice, par 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à J._____ la somme de 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (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).

Le greffier :