

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 octobre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, en la
personne de Me Séverin Tissot-Daguette,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1970, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 13 avril 2015, au motif qu'elle était en totale incapacité de travail depuis environ 2012 en raison de l'arthrose et de la maladie de Verneuil dont elle souffrait. Sa dernière activité professionnelle avait eu lieu en [...], où elle avait vécu de juillet 2002 à mai 2012 et avait travaillé comme enseignante de français.

Dans un rapport médical du 24 avril 2015, son médecin traitant, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail une maladie de Verneuil (hidrosadénite) de stade de Hurley III présente depuis 2005, un état anxio-dépressif depuis 2013 et une coxarthrose débutante depuis 2014. Au titre des diagnostics non invalidants, il a retenu un tabagisme chronique, un condylome acuminé anal et une hypovitaminose D. L'assurée développait régulièrement des abcès inguinaux au niveau des fesses et au niveau axillaire et souffrait de crises d'angoisse. Son incapacité de travail avait été totale du 1^{er} mai 2013 au 4 août 2013, du 26 au 28 février 2014, du 21 au 22 mai 2014 et du 25 juillet au 30 septembre 2014. Selon son médecin, elle devait pouvoir exercer une activité lui permettant de travailler dans différentes positions, n'exigeant pas de marcher en terrain irrégulier, de travailler accroupie ou à genoux ou de monter sur une échelle ou un échafaudage. Sa capacité de concentration et sa résistance étaient en outre limitées

Le 28 avril 2015, l'assurée a mentionné, dans le document relatif à la détermination de son statut, que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 80 % depuis 2012 comme enseignante de français pour les étrangers.

Dans un rapport médical du 1^{er} mai 2015, la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics incapacitants de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3) et d'épisode dépressif moyen (F32.1). Le constat médical était le suivant :

« Patiente qui présente de nombreux problèmes de comportement avec difficultés majeures d'adaptation, impulsivité, intempérance occasionnelle. Le tout aggravé par des problèmes somatiques chroniques plus ou moins invalidants. Symptomatologie dépressive résiduelle. Crises d'angoisse, troubles du sommeil. Troubles des conduites alimentaires. »

La Dre K._____ a mentionné comme limitations fonctionnelles des difficultés relationnelles, de l'hostilité ou de l'agressivité, une désinhibition, des difficultés dans la gestion des émotions, des difficultés liées aux tâches administratives, pour maintenir l'hygiène personnelle, d'autonomie dans la vie quotidienne, des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, d'organisation du temps, une hypersensibilité au stress et l'apparition périodique de phases de décompensation. Les capacités d'orientation, de concentration, mnésique, d'organisation et d'adaptation de l'assurée étaient limitées. Les activités exigeant des contacts avec autrui, de l'endurance, du stress, de la rapidité ou une adaptation permanente étaient contre-indiquées. La Dre K._____ estimait que la reprise d'une activité à temps partiel était possible.

Selon un rapport médical établi le 8 juillet 2015 par la Dre S._____, médecin assistante au Service de dermatologie du W._____, (ci-après : W._____), l'assurée souffrait de la maladie de Verneuil, d'une polyarthralgie et de dépression, qui influençaient sa capacité de travail. Elle ne pouvait en particulier pas rester assise à cause des fortes douleurs lorsqu'elle avait des inflammations au niveau des fesses et inguinal. Son incapacité de travail était probablement totale depuis juillet 2014 et on ne pouvait exiger d'elle qu'elle travaille en position uniquement assise, sur un terrain irrégulier ou à genoux.

Dans un rapport du 11 novembre 2015, le Dr L._____ a posé les diagnostics suivants :

« Maladie de Verneuil (hidrosadénite)
Etat anxio-dépressif
APP [appendicectomie]
Gonalgies
Hypovitaminose D [droite]
Condylome anal
Tabagisme chronique
Rhizarthrose D
Polyarthralgies des MCP et IPP sur ancienne laxité ligamentaire
Périarthrite hanche D
Tendinopathie des coudes
Syndrome hypermobile avec ancienne hyperlaxité »

Dans un document du W._____ intitulé « Bilan de physiothérapie pour patients atteints du syndrome Ehlers-Danlos » daté du 5 novembre 2015, la physiothérapeute P._____ a retenu les diagnostics de syndrome hypermobile avec ancienne hyperlaxité, de périarthrite de la hanche droite, de tendinopathie des coudes et de cervicalgies chroniques.

En réponse aux questions du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), la Dre K._____ a précisé en date du 27 janvier 2016 que sur le plan psychiatrique, il y avait une stabilité des symptômes dépressifs, toujours présents mais fluctuants avec l'état somatique et les événements de vie. L'instabilité émotionnelle persistait et le trouble de la personnalité restait « peu évolutif dans le sens d'une amélioration ». L'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité avec instabilité émotionnelle, de la maladie de Verneuil, d'arthrose, d'obésité, de problèmes respiratoires et de la maladie d'Ehlers-Danlos. Son incapacité de travail existait depuis le début du suivi et était totale compte tenu de l'aggravation des symptômes somatiques ; l'assurée pouvait tout au plus exercer une activité occupationnelle.

Un examen clinique psychiatrique a été réalisé par le SMR le 11 avril 2017. Dans le rapport établi le 11 juillet 2017, le Dr F._____ et la Dre X._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont conclu à l'absence de tout diagnostic psychiatrique. A l'examen, ils n'ont retrouvé aucun symptôme de la dépression, précisant que l'assurée avait mis fin de son propre chef au traitement psychiatrique fin 2015 et au

suivi en juillet 2016, ce qui témoignait d'une situation stabilisée. L'assurée avait par ailleurs uniquement présenté des moments d'interprétativité à tendance persécutoire et des sentiments de haute importance personnelle, qui ne permettaient pas d'évoquer un trouble de la personnalité constitué.

Le 24 juillet 2017, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision rejetant sa demande de prestations d'assurance-invalidité.

L'assurée a contesté ce projet de décision en date du 26 septembre 2017. Elle a produit plusieurs rapports médicaux émanant du W._____.

Dans des rapports des 19 mai 2016, 21 février 2017 et 28 août 2017, la Dre N._____, spécialiste en rhumatologie, a retenu le diagnostic principal de polyarthralgies sur hypermobilité articulaire dans le contexte d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, après avoir exclu une éventuelle spondylarthropathie. Elle a noté un score de Beighton de 3/9, avec un probable score anamnétique plus haut, et tous les points de fibromyalgie étaient sensibles (19/19).

Dans des rapports des 3 juillet 2017 et 13 novembre 2017, le Dr B._____, médecin praticien, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'hypermobilité dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Les points de fibromyalgie étaient de 17/18 et les signes de Beighton de 5/9. Une évaluation des capacités fonctionnelles de l'assurée réalisée avait été perturbée par une certaine majoration des symptômes rendant l'évaluation difficile. Ce médecin a estimé que dans une activité adaptée, permettant l'alternance des postures, l'assurée devrait pouvoir avoir un certain rendement, même si cela restait très difficile.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé au SMR le 13 avril 2018. Le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et

rhumatologie, a finalisé son rapport le 24 avril 2018. Il a retenu les diagnostics suivants :

« Avec répercussion durable sur la capacité de travail

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- SYNDROME ROTULIEN D. M 22.2.

CODE AI POUR LA STATISTIQUE DES INFIRMITÉS ET DES PRESTATIONS : 738/03.

DIAGNOSTICS ASSOCIÉS

- AUCUN.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- ANAMNÈSE D'ANCIENNE HYPERMOBILITÉ ARTICULAIRE DANS LE CADRE D'UN POSSIBLE SYNDROME D'EHLERS-DANLOS HYPERMOBILE.
- FIBROMYALGIE. M 79.0.
- DISCRÈTE RHIZARTHROSE BILATÉRALE.
- DISCRETS TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS AVEC HÉMISACRALISATION DE L5.
- DISCRETS TROUBLES STATIQUES DES PIEDS.
- MALADIE DE VERNEUIL.
- OBÉSITÉ AVEC BMI À 30.
- BPCO SUR TABAGISME.
- CONSOMMATION ÉTHYLIQUE À RISQUE, ACTUELLEMENT ABSTINENTE.
- ANCIENNE TOXICOMANIE AU CANNABIS. »

Le Dr H. _____ a conclu que la capacité de travail de l'assuré comme aide-infirmière était nulle, mais restait totale dans ses activités de professeur de français, secrétaire et employée administrative, ou artiste-peintre, ainsi que dans toute autre activité adaptée, et ce depuis 2014. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeau, échelle ou escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus de ¼ d'heure, pas de marche de plus de ½ heure ». Le Dr H. _____ a toutefois précisé que son appréciation ne tenait pas compte des problèmes dermatologiques de l'assurée, à savoir sa maladie de Verneuil.

Le 26 avril 2018, l'assurée a remis à l'OAI des certificats d'incapacité de travail établis par la Dresse Q. _____, attestant un arrêt complet du 24 juillet 2017 au 31 juillet 2018. Elle a également transmis

d'autres pièces médicales, pour la plupart déjà produites, et en a fait de même le 29 juin 2018.

Le 24 septembre 2018, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un nouveau projet de décision rejetant sa demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles.

Par courrier du 13 novembre 2018, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI. Elle a notamment invoqué que le SMR n'écartait pas de manière convaincante la présence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos puisqu'il ne s'était référé qu'aux seuls signes de Beighton sans se prononcer sur les autres signes cliniques et anamnestiques énumérés par la Dre N._____ pour poser ce diagnostic. L'assurée a par ailleurs fait valoir que sa maladie de Verneuil n'avait pas fait l'objet d'une appréciation rigoureuse de la part du SMR et a annoncé qu'elle avait repris un suivi psychiatrique avec l'instauration d'un traitement neuroleptique, de sorte que l'examen psychiatrique du SMR n'était plus suffisamment d'actualité. Elle a joint à ses objections les documents médicaux suivants :

- Un rapport du 6 novembre 2018 de la Dre J._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie et cheffe de clinique au W._____, dans lequel elle indiquait suivre l'assurée depuis 2015 pour une maladie de Verneuil sévère, nécessitant de multiples consultations et de multiples traitements systémiques non-efficaces. Cette maladie était invalidante, avec des répercussions physiques, mais également sur le plan social et psychologique. Un traitement par Humira avait permis une légère amélioration, notamment sur les douleurs articulaires. Pendant les périodes actives de la maladie avec de nombreux abcès, il y avait une limitation fonctionnelle importante à cause de la douleur, mais aussi de la sécrétion purulente chronique. Selon la tolérance, s'il n'y avait plus de lésions abcédantes, une reprise d'activité à moins de 50 % pourrait être envisagée, mais une baisse de rendement était évidemment possible.

- Un rapport établi le 1^{er} novembre 2018 par la Dre Q._____, qui indiquait qu'en raison de ses troubles psychiatriques, l'assurée était suivie depuis 2018 par la Dre T._____, qui lui prescrivait du Seroquel. Elle précisait que l'atteinte psychiatrique péjorait vraisemblablement la perception douloureuse liée au syndrome d'Ehlers-Danlos et la prise en charge de la maladie de Verneuil.

- Un rapport du 13 novembre 2018 de la Dre T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont il ressort notamment ce qui suit :

« A l'observation, on constate une instabilité émotionnelle caractérisée par une tendance à agir avec impulsivité, par un mal-être profond et par un sentiment de vide intérieur, entretenant une mauvaise image de soi et un manque de confiance en soi.

Lors de nos entretiens, elle parle parfois de façon excessive avec une agitation nerveuse, se plaignant d'un sentiment d'injustice et d'incompréhension face à sa situation, et se sentant vite débordée et désorganisée. Elle semble n'avoir que peu de ressources psychiques pour faire face à ses problèmes de santé physique et psychique.

Elle peine à se projeter dans l'avenir et ne se sent plus capable de s'investir sur le plan professionnel en raison de ses problèmes physiques qui ont une incidence très importante sur son moral.

Diagnostics retenus :

- 1) Personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30)
- 2) Trouble dépressif récurrent de degré moyen à sévère (F33)

L'aggravation de son état psychique actuel est due à son instabilité émotionnelle et à son impulsivité qui l'empêchent de trouver une stabilité psychique, relationnelle et professionnelle.

La dépression récurrente est en relation avec ses symptomatologies douloureuses multiples et ses problèmes somatiques chroniques invalidants.

Traitement :

Psychothérapie de type TCC à ma consultation depuis le 09.08.2018. Elle a été vue jusqu'ici à 8 reprises, la dernière consultation datant du 12.11.2018.

Traitement médicamenteux : FLUCTINE 20 mg/j

Limitations fonctionnelles actuelles :

Difficultés à se concentrer sur ses tâches en raison de l'instabilité de son humeur, difficultés à s'intégrer dans un groupe en raison de sa nervosité et de son impulsivité.

Capacité de travail :

Sa capacité de travail peut être évaluée à 50% dans une activité adaptée à son état en raison de ses limitations fonctionnelles. »

Le 16 novembre 2018, l'assurée a encore produit un rapport du 12 novembre 2018, dans lequel la Dre N. _____ a confirmé qu'elle remplissait les critères pour un diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile depuis l'âge de douze ans. Celui-ci impliquait comme limitations fonctionnelles une hypermobilité et hyperlaxité au niveau des membres inférieurs et un manque de force au niveau des mains, ainsi que des troubles sphinctériens avec fuites urinaires. S'y ajoutait une récente fracture du conduit auditif gauche qui aggravait son état de santé et entraînait des vertiges et des troubles de la marche. La Dre N. _____ a précisé que les patients fibromyalgiques souffraient d'un point de vue locomoteur uniquement de tendinoses, mais n'étaient pas connus pour être hyperlaxes ou présenter des problématiques en lien avec l'hyperlaxité. Selon elle, il était quasi impossible que l'assurée reprenne son activité d'artiste-peintre puisqu'elle souffrait beaucoup de ses mains. Dans une activité professionnelle complètement adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail pourrait être de 50 % à 60 %. Une reprise à plein temps ne paraissait pas possible en raison de l'arthrose et des conséquences des multiples entorses, ainsi que de la présence de la fracture du conduit auditif, dont l'évolution était encore incertaine.

Dans son avis médical du 21 janvier 2019, le SMR s'est prononcé comme suit :

« Discussion

Le RM [rapport médical] du MT [médecin traitant] du 01/11/2018 (GED 13/11/2018), indique que l'état de santé de l'assurée est stable dans son ensemble avec des fluctuations périodiques.

Dans le RM du psychiatre traitant (GED 14/11/2018), nous sommes étonnés qu'il soit retenu un trouble dépressif récurrent de degré moyen à sévère, alors que l'assuré est uniquement sous Fluctine 20 mg, qu'elle fonctionne dans sa vie quotidienne, qu'elle est capable de gérer une grande partie de ses activités ménagères, qu'elle est capable de se déplacer en transport en commun et de maintenir une relation sentimentale stable avec son ami. De plus, l'assuré[e] présente des ressources intellectuelles mobilisables prouvées par de nombreuses formations notamment à l'étranger où elle a travaillé comme professeur de français.

L'ensemble des doléances et des douleurs que l'on retrouve dans le RM de la Dresse N. _____, rhumatologue (GED 16/11/2018) avaient été reprises par l'expertise rhumatologique du Dr H. _____, où une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 100% avait été retenue.

Dans le RM de la Dresse J. _____, dermatologue au W. _____ (GED 13/11/2018), il n'est pas indiqué des LF [limitations fonctionnelles] durablement incapacitantes, on peut tout à fait admettre que lors de période d'abcès nécessitant des incisions de courtes périodes d'IT [incapacité de travail] soi[en]t médicalement justifiées.

L'assurée présente cette pathologie depuis l'âge de 16 ans, qui a commencé par des abcès sous les seins, ce qui ne l'a pas empêché[e] de fonctionner auparavant, d'aller travailler en Angleterre, en Allemagne, de passer 10 ans de sa vie en [...]. Par ailleurs, la dermatolog[u]e du W. _____ (qui la suit depuis 2014) lui avait demandé d'arrêter de fumer car le tabagisme aggrave sa pathologie, mais l'assurée fumerait toujours 1 à 2 paquets par jour. Cette pathologie, évoluant par poussée, n'est pas durablement incapacitante avec de plus la possibilité d'amélioration avec le traitement par biothérapie (Humira).

Mais cette pathologie ne l'empêche pas d'exercer une profession de professeur de français, de secrétaire ou d'employé administratif, dans laquelle postule l'assurée, également adaptée au[x] LF rhumatologique[s].

Conclusion

Nous n'avons pas d'éléments médicaux pour s'écarter d'une capacité de travail dans une activité adaptée à 100% respectant ses LF (cf. ci-dessus expertise rhumatologique). »

Par décision du 30 janvier 2019, l'OAI a refusé de mettre l'assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité ou de mesures professionnelles. Retenant un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 %, l'OAI a considéré que l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'aide infirmière depuis 2014, mais qu'elle présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans genuflexions répétées, sans franchissement régulier d'escabeau, d'échelle ou d'escaliers, sans marche en terrain irrégulier, sans position debout de plus de ¼ d'heure, ni marche de plus de ½ heure. Se basant sur les données salariales statistiques, l'OAI a constaté que l'assurée ne subissait aucun préjudice pour la part active, de sorte qu'il n'était pas nécessaire de réaliser une enquête ménagère, puisque même en admettant des empêchements ménagers à hauteur de 100 %, son degré d'invalidité ne permettrait pas d'ouvrir le droit à une rente.

B. Par acte de son mandataire du 6 mars 2019, D._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, à l'octroi des prestations d'assurance-invalidité légales, le cas échéant à ce que les mesures d'instruction utiles soient ordonnées et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, puis nouvelle décision. Elle a fait valoir que la fracture du conduit auditif gauche qu'elle avait récemment présentée constituait un élément nouveau depuis l'examen clinique rhumatologique et que cet examen n'avait par ailleurs pas tenu compte des limitations entraînées par le syndrome d'Ehlers-Danlos au niveau des mains, telles qu'attestées par la Dre N._____. Elle a reproché au SMR de s'écarter des avis des dermatologues relatif à la maladie de Verneuil, sans avoir fait réaliser une expertise dermatologique. Elle a relevé qu'au niveau psychique, les ressources citées par le SMR étaient contredites par les nombreux facteurs de surcharge décrits par la Dre T._____.

L'OAI a proposé le rejet du recours dans sa réponse du 25 avril 2019.

La recourante a maintenu sa position dans ses déterminations du 21 mai 2019.

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 ; BLV 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 sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail et de son taux d'invalidité.

3. a) 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)

aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201 ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi

sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

c) 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).

d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de 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 à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

4. a) Sur le plan psychiatrique, dans le rapport d'examen clinique du 11 juillet 2017, les Drs X._____ et F._____ ont écarté de manière motivée les diagnostics psychiatriques retenus par la Dre K._____. S'agissant du trouble dépressif, ils ont indiqué que l'assurée ne présentait aucun des symptômes majeurs ni mineurs de la dépression, ni aucun symptôme du syndrome somatique de la dépression. Ils ont en effet expliqué ne pas avoir constaté de baisse de la thymie, du dynamisme ou de l'intérêt, et ont relevé que la assurée avait des activités régulières durant sa vie quotidienne. Elle ne présentait pas non plus de baisse de l'attention ou de la concentration, ni de sentiments de culpabilité, ni d'idéation suicidaire, ni de troubles du sommeil ou de l'appétit. Elle continuait à avoir de l'intérêt pour les activités habituellement agréables, il n'existait pas de manque de réactivité émotionnelle à des événements

habituellement agréables, ni de réveil matinal précoce, ni d'agitation ou de ralentissement psychomoteur et l'assurée ne souffrait pas de diminution de l'appétit ni de la libido. Elle avait d'ailleurs mis fin d'elle-même à son traitement fin 2015 et à son suivi psychiatrique en juillet 2016, ce qui témoignait d'une situation clinique stabilisée. Les Drs X._____ et F._____ ne rejoignent pas non plus la psychiatre traitant quant à l'existence d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, dès lors qu'au cours de leur examen, ils n'ont pas constaté chez la recourante d'impulsivité, de labilité émotionnelle, d'humeur instable, mais ont uniquement relevé des moments d'interprétativité à tendance persécutoire et des sentiments de haute importance personnelle.

A l'appui de ses objections au projet de décision négative de l'OAI, la recourante fait valoir que les conclusions du rapport d'examen ne sont plus d'actualité et qu'elle a dû reprendre un suivi psychiatrique début 2018. Dans le rapport du 13 novembre 2018 qu'elle a produit, la Dre T._____ pose les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) et de trouble dépressif récurrent de degré moyen à sévère (F33). La psychiatre traitant indique avoir observé une instabilité émotionnelle caractérisée par une tendance à agir avec impulsivité, par un mal-être profond et par un sentiment de vide intérieur, la recourante entretenant une mauvaise image de soi et un manque de confiance en elle. Lors des entretiens, la recourante parlait parfois de façon excessive avec une agitation nerveuse, se plaignant d'un sentiment d'injustice et d'incompréhension face à sa situation, et se sentant vite débordée et désorganisée. La Dre T._____ a noté que l'aggravation de l'état psychique était due à son instabilité émotionnelle et à son impulsivité, qui l'empêchaient de trouver une stabilité psychique, relationnelle et professionnelle. La dépression récurrente était en relation avec ses symptomatologies douloureuses multiples et ses problèmes somatiques chroniques invalidants.

Il faut cependant constater que les observations de la Dre T._____ sont en grande partie semblables à celles qu'avait faites la Dre K._____ dans ses rapports des 1^{er} mai 2015 et 27 janvier 2016. Celle-ci

relevait chez la recourante des difficultés d'adaptation relationnelle persistantes dans un contexte de désinsertion sociale, de l'impulsivité, une instabilité émotionnelle et une très mauvaise estime d'elle-même. Ces éléments n'avaient cependant pas été retrouvés lors de l'examen clinique du SMR. En ce qui concerne le comportement de la recourante en entretien, les médecins du SMR avaient également mentionné que celle-ci s'était montrée volubile, répondant avec vivacité et donnant énormément de détails, et ils avaient relevé quelques traits de personnalité quérulente, avec notamment une interprétativité à tendance persécutoire.

On ne peut toutefois écarter une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique de la recourante, lié à la persistance de ses problèmes somatiques multiples. Dans son rapport du 6 novembre 2018, la Dre J._____ mentionne que de nombreux traitements ont été tentés en lien avec la maladie de Verneuil, mais sont restés inefficaces, et que cette pathologie invalidante a également des répercussions sur le plan social et psychologique. Il ressort du rapport de la Dre T._____ que la recourante se plaint de périodes de tristesse profonde, d'un sentiment d'inutilité en raison de ses problèmes de santé et de ruminations pénibles en raison d'un avenir bouché, ce qui contraste avec ses déclarations lors de l'examen clinique du SMR, où elle avait indiqué avoir un mental très bon et se plaignait avant tout de ses problèmes physiques (rapport p. 4). La recourante avait alors cessé son traitement et son suivi psychiatriques, ce qui avait permis aux Drs X._____ et F._____ de considérer la situation comme stabilisée, de sorte que la reprise d'un suivi psychiatrique en 2018 va également dans le sens d'une modification de la situation. On ignore par ailleurs quel est le traitement médicamenteux actuel de la recourante dans la mesure où la Dre Q._____ évoque que du Seroquel lui est prescrit par la psychiatre traitant (rapport du 1^{er} novembre 2018), alors que cette dernière ne mentionne que du Fluctine (rapport du 13 novembre 2018). La situation de la recourante sur le plan psychique n'apparaît dès lors pas clairement établie et mériterait un nouvel examen.

b) Sur le plan physique, à l'issue de l'examen clinique rhumatologique auquel il a procédé, le Dr H._____ conclut à la présence

d'une ancienne hypermobilité articulaire dans le contexte d'un possible syndrome d'Ehlers-Danlos, en expliquant n'avoir constaté que deux signes de Beighton sur neuf. Le score de Beighton retenu diverge toutefois entre les différents médecins ayant examiné la recourante. Le Dr B. _____ en décompte en effet cinq sur neuf (rapports des 3 juillet 2017 et 13 novembre 2017) et la Dre N. _____ trois sur neuf (rapports des 19 mai 2016 et 21 février 2017). Cette dernière précise cependant que le score anamnestique de la recourante est probablement plus haut (rapport du 19 mai 2016) et elle affirme, dans son rapport du 12 novembre 2018, que la recourante remplit les critères pour un diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, sans plus d'explications. Il se trouve que les critères diagnostiques de ce syndrome ont été revus et modifiés au cours de l'année 2017 (unsed.org > Les SED > SED diagnostic, et unsed.org > Types de SED > SED Hypermobile [SEDh]). On ignore si c'est sur la base de ces critères modifiés que la Dre N. _____ a retenu le diagnostic de ce syndrome, quand bien même elle n'a noté un score de Beighton que de trois sur neuf. Quoi qu'il en soit, le Dr H. _____ admet l'existence d'un possible syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile dans son appréciation de la capacité de travail de la recourante, mais précise que cette pathologie ne conduit pas à une incapacité de travail dans une activité sédentaire. La Dre N. _____ envisage quant à elle une capacité de travail d'au maximum 50 à 60 % dans une activité professionnelle complètement adaptée, capacité qui est limitée en raison de l'arthrose, des conséquences des multiples entorses ainsi que d'un problème du conduit auditif externe (rapport médical du 12 novembre 2018). La Dre N. _____ a en effet mis en évidence une fracture du conduit auditif gauche, entraînant des vertiges et des troubles de la marche, qui n'était pas encore connue lors de l'examen du Dr H. _____ et qu'il n'a par conséquent pas pu intégrer dans son évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles. La Dre N. _____ relève qu'une perte de poids volontaire de 10 kg avait permis à l'assurée de moins souffrir de son instabilité articulaire et de ses problèmes proprioceptifs, mais que cette fracture du conduit auditif a aggravé son état de santé. L'intimé ne s'est toutefois pas prononcé sur cette nouvelle atteinte et son incidence sur les capacités de la recourante. C'est de manière erronée que le SMR a indiqué

que l'ensemble des doléances décrites dans le rapport médical de la Dre N. _____ avaient été reprises dans l'examen clinique rhumatologique (avis médical du 21 janvier 2019).

Le Dr H. _____ place l'origine des douleurs articulaires présentées par la recourante en lien avec la fibromyalgie dont elle souffre. Il estime cependant que cette pathologie n'est pas incapacitante au vu de l'absence de baisse des ressources de la recourante et de l'absence de diagnostic psychiatrique lors de l'examen au SMR le 11 avril 2014. Il faut toutefois constater, d'une part, que son examen ne tient pas compte de l'influence que peuvent avoir les autres atteintes physiques de la recourante sur ses ressources. Or, à en croire la Dre J. _____, la maladie de Verneuil dont souffre la recourante a des répercussions physiques, sociales et psychologiques (rapport du 6 novembre 2018). D'autre part, le déroulement d'une journée type tel que rapporté lors de l'examen de la vie quotidienne a tendance à montrer des ressources limitées, au vu des activités que la recourante ne fait pas toute seule (cf. rapport d'examen clinique p. 8 et 9). Finalement, dans la mesure où l'ensemble des éléments au dossier rendent nécessaire de procéder à une expertise pluridisciplinaire comprenant notamment un volet psychiatrique, un nouvel examen du caractère invalidant de la fibromyalgie devra également être réalisé.

Le Dr H. _____ a expressément précisé que son appréciation, à l'issue de laquelle il conclut à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire, ne tenait pas compte des problèmes dermatologiques de l'assurée. Or, ceux-ci contre-indiquent la position assise selon la Dre S. _____ (rapport du 8 juillet 2015). Il faut d'ailleurs constater que les conséquences de la maladie de Verneuil sur la capacité de travail de la recourante n'ont jamais été clairement examinées. Le SMR s'est contenté d'estimer que cette pathologie n'entraînait pas de limitations fonctionnelles durablement incapacitantes, mais tout au plus de courtes périodes d'incapacité de travail lors de périodes d'abcès nécessitant des incisions (avis médical du 21 janvier 2019). Dans son rapport du 6 novembre 2018, la Dre J. _____ fait cependant état d'une

maladie de Verneuil sévère et invalidante, avec des répercussions physiques et psychologiques, ainsi que des limitations fonctionnelles importantes à cause de la douleur et de la sécrétion purulente chronique. L'OAI ne pouvait écarter cet avis sans un examen approfondi des répercussions de cette maladie sur la capacité de travail de la recourante.

c) Au vu de ce qui précède, une nouvelle évaluation médicale s'avère nécessaire afin de tenir compte de l'ensemble des atteintes présentées par la recourante et d'apprécier de manière globale sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles.

d) Dès lors que l'OAI n'a pas fait toutes les investigations nécessaires et qu'il ne s'agit pas uniquement de trancher entre des avis médicaux contradictoires, il y a lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et dermatologique (art. 43 al. 1 LPGA). L'OAI est invité à rendre ensuite une nouvelle décision, après avoir fait réaliser si nécessaire une enquête ménagère compte tenu du statut annoncé par la recourante d'active à 80 % et ménagère à 20 %.

5. a) Le recours doit par conséquent être admis, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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 des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant 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 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA

[tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**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 30 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision après instruction complémentaire au sens des considérants.

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

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à D. _____, 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, Me Séverin Tissot-Daguette (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 :