

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juillet 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Dessaux, juge, et M. Perreten, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 17 LPGA ; 28 LAI.

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], agente de surveillance auprès de la R._____, a été victime d'un accident de la circulation routière le 30 avril 2007. Elle n'a pas repris son travail depuis lors et 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 25 janvier 2008.

L'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire, conjointement avec l'assureur-accidents de l'intéressée, au Z._____ (Z._____). Dans un rapport du 15 janvier 2009, les Drs D._____, rhumatologue, V._____, neurologue, et H._____, psychiatre, ont posé les diagnostics d'entorse cervicale bénigne le 30 avril 2007 et de discopathies cervicales C4-C5 et C5-C6. Ils ont retenu que l'assurée avait retrouvé une capacité totale de travail six mois après l'accident, sans limitation.

Par décision du 13 octobre 2009, confirmant un projet du 23 avril 2009, l'OAI a refusé la demande de prestations, en se fondant notamment sur le rapport d'expertise précité. Statuant sur un recours de l'intéressée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a confirmé cette décision (AI 539/09 - 452/2010 du 8 novembre 2010). Le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assurée contre l'arrêt cantonal (TF 8C_99/2011 du 26 août 2011).

B. L'assurée a travaillé en qualité d'aide-laborantine à 50 % auprès du laboratoire W._____ du 1^{er} septembre 2010 au 31 août 2012, date pour laquelle elle a été licenciée.

Le 24 février 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en indiquant avoir fait une dépression à la suite de mobbing.

Dans un rapport du 17 mars 2014, le Dr T._____, psychiatre, a expliqué suivre l'assurée depuis 2012. A cette époque, elle présentait un état dépressif sévère consécutif à du mobbing. Elle travaillait à mi-temps et effectuait en parallèle une formation d'aromathérapie. Après son licenciement, les autorités de chômage avaient exercé une pression qui avait rendu la poursuite de cette formation impossible, avec un impact négatif sur l'affect de la patiente. Actuellement, elle était en arrêt de travail à 100 % en raison d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique.

Le 11 avril 2014, en réponse aux questions de l'OAI, le Dr T._____ a indiqué que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle d'aide-laborantine était actuellement totale [recte : nulle], mais au mieux de 50 %. Dans une activité adaptée, soit après la fin de sa formation en aromathérapie, cette capacité s'élevait à environ 50 %. Les limitations fonctionnelles consistaient en des séquelles de l'accident de 2007 avec des douleurs multiples et une thymie dépressive.

L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr S._____, psychiatre. Celui-ci a examiné l'assurée le 27 janvier 2016 et a eu un contact téléphonique avec le Dr T._____ le 1^{er} février 2016. Dans un rapport du même jour, il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de trouble mixte de la personnalité. L'épisode dépressif générait une diminution du rendement en raison du sentiment de fatigue et de fatigabilité, ainsi que des difficultés à se concentrer. La capacité de travail dans l'activité habituelle était réduite à 50 % depuis le mois d'avril 2012. Le Dr S._____ a précisé que l'état de santé de l'assurée n'était pas définitivement fixé et a suggéré une révision à douze mois.

Par décisions des 24 juin et 16 septembre 2016, confirmant un projet du 24 mars 2016, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente dès le 1^{er} août 2014, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %. Il a retenu une incapacité de travail de 50 % dans toute activité professionnelle.

C. Dans le cadre d'une procédure de révision initiée par l'OAI, l'assurée a complété le 23 mai 2017 un questionnaire en indiquant que son état de santé s'était légèrement dégradé.

Dans un rapport du 9 juin 2017 à l'OAI, la Dre M._____, rhumatologue, a indiqué avoir vu l'assurée en consultation en 2017. Elle a notamment posé les diagnostics de discret trouble de la statique rachidienne, de discret pincement fémoro-tibial interne, et ajouté qu'elle avait relevé la présence des points douloureux fibromyalgiques. Elle a annexé un rapport qu'elle avait adressé le 8 mars 2017 à la Dre B._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, dans lequel elle notait une accentuation de la symptomatologie douloureuse, des sensations de malaise, accompagnées de symptômes subjectifs importants tels que des fourmillements, voire des brûlures. Le contexte douloureux chronique s'associait à une situation difficile, avec la perte de tout emploi. Tous les points fibromyalgiques étaient présents.

Dans un rapport à l'OAI du 16 juin 2017, le Dr T._____ a expliqué avoir attesté une incapacité totale de travail depuis le 14 avril 2014. Il a retenu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. La capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle, et de « 50 % au mieux » dans une activité adaptée, après une formation. Le pronostic dépendait du succès de la formation en aromathérapie, mais était réservé de façon globale. Les limitations fonctionnelles consistaient en de la fatigabilité et des difficultés physiques. La patiente présentait actuellement une tristesse, de l'angoisse, une perte d'élan vital, de la fatigue, des difficultés de concentration, des douleurs et un sentiment général d'épuisement.

Dans un rapport du 15 août 2017 à l'OAI, la Dre M._____, a précisé avoir vu l'assurée en consultation à deux reprises, les 24 février et 7 avril 2017. Elle a posé les diagnostics de persistance d'un contexte douloureux touchant essentiellement le rachis cervical avec symptomatologie subjective et paresthésies distales en légère amélioration, surtout au niveau des membres supérieurs, ainsi que de

persistance d'une souffrance rachidienne, plus modérée thoraco-lombaire. La Dre M. _____ ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail. Elle a néanmoins précisé que l'assurée devait éviter le port de charges de plus de 2 kg de façon répétitive, tout port de charges au-delà de l'horizontal, l'antéflexion du rachis prolongée et les mouvements d'extension du rachis cervical, surtout accompagnés de rotation.

Dans un courrier du 4 septembre 2017 à la Dre B. _____, le Dr N. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a notamment posé les diagnostics de cervico-brachialgies chroniques dans le cadre d'une entorse cervicale de type « coup du lapin » le 30 avril 2007 et d'un syndrome du défilé thoraco-brachial bilatéral, de dorsolombalgies intermittentes dans le cadre d'un syndrome dorsolombovertébral, de lombosciatalgies L5 à gauche anamnestiquement déficitaires sur le plan moteur vers 2010, de traumatisme du genou droit en 2016 avec syndrome fémoro-patellaire bilatéral à prédominance droite avec une possible méniscopepathie interne droite et tendinite rotulienne associée, ainsi que d'épisode dépressif récurrent, notamment en 2012 et 2014.

Le 29 septembre 2017, la Dre B. _____ a posé les diagnostics de dépression et de lombalgies - discopathie L5-S1. La patiente n'exerçait pas d'activité lucrative et une augmentation n'était ni possible ni exigible. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre B. _____ a renvoyé aux appréciations de ses confrères. Elle a joint un rapport établi le 15 février 2017 à la suite d'une radiographie du genou droit, constatant une rotule bipartite, sans évidence de fracture ni signe d'arthrose, mais avec une suspicion d'un épanchement intra-articulaire.

Le 13 novembre 2017, le Dr N. _____ a repris les diagnostics somatiques décrits dans son courrier du 4 septembre 2017. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais d'environ 50 % dans une activité adaptée, soit évitant les positions statiques, le port de charges de plus de 5 kg, les escaliers, les positions accroupie et agenouillée, les activités au-dessus du niveau des épaules, ainsi que les activités

répétitives avec les membres supérieurs. La patiente souhaitait terminer sa formation d'aromathérapie, ce qui était cohérent avec ses limitations.

Par avis médical du 12 juin 2018, le Dr L._____, médecin au SMR, a relevé que les constatations concernant le genou droit n'évoquaient pas d'atteinte durablement incapacitante. Les status cliniques et les examens radiologiques récents étaient comparables à ceux rapportés en 2009, sans évolution dégénérative significative au niveau du rachis. Le fait que le syndrome douloureux en lien avec l'entorse cervicale bénigne connue de longue date soit assimilable à un trouble somatoforme, tout comme la présence des points fibromyalgiques rapportés par la Dre M._____, indiquait que l'évolution de l'état de santé global était à mettre en relation avec l'évolution de l'état psychique. Le rapport du psychiatre traitant ne permettait pas de retenir une modification de l'état psychique, aucune nouvelle limitation fonctionnelle psychique n'étant annoncée. Les limitations somatiques retenues par les rhumatologues constituaient donc une appréciation différente d'un même état de fait. Il n'y avait pas de nouveaux éléments médicaux rendant vraisemblable une modification significative de l'état de santé.

Par communication du 19 juin 2018, l'OAI a annoncé à l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'elle continuait de bénéficier de la même rente, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %. Il a expliqué qu'en cas de désaccord avec cette communication, elle pouvait requérir une décision sujette à recours dans les trente jours.

A la demande de l'assurée, désormais représentée par Me Joël Crettaz, l'OAI a prolongé le délai précité afin qu'elle puisse transmettre de nouveaux documents médicaux.

Le 19 octobre 2018, dans le délai imparti, l'assurée s'est opposée à cette communication et a requis, le cas échéant, la notification d'une décision. Elle a joint un courrier adressé par le Dr T._____ à son mandataire le 25 septembre 2018. Le psychiatre expliquait que dans le

formulaire du 16 juin 2017 notamment, il avait évalué la capacité de travail de sa patiente dans l'activité d'aromathérapie. Malheureusement, vers la fin de l'année 2017, il s'était avéré que la chance d'aboutir dans cette formation était complètement éteinte. Parallèlement, elle avait présenté une nette aggravation de l'état dépressif avec des pleurs, une tristesse, une perte d'espoir, un manque de confiance en soi, des troubles du sommeil, ainsi qu'une aggravation de la symptomatologie somatique douloureuse avec une multiplication d'interventions de différents médecins. La péjoration s'était poursuivie malgré une prise régulière de Cipralex, d'antalgique et les consultations à son cabinet. Il avait été contraint d'attester une incapacité totale de travail depuis début « décembre 2012 », probablement à long terme. Le Dr T. _____ suggérait l'octroi d'une rente entière.

Il ressort d'un compte-rendu d'une discussion du 29 mars 2019 entre une collaboratrice de l'OAI et le Dr L. _____, qu'à la question de savoir si le nouveau rapport du Dr T. _____ était suffisant pour une révision, le médecin a répondu « non ». A la question « peut-on admettre une aggravation de l'état de santé ? Si oui, depuis quand ? », le médecin a indiqué qu'il n'y avait pas d'élément nouveau lui permettant de revoir sa position. Enfin, s'agissant de la nécessité d'une nouvelle investigation psychiatrique, le médecin a répondu « non au vu de ce qui précède » (cf. compte-rendu de la permanence SMR indexé le 1^{er} avril 2019).

Par décision du 24 mai 2019, l'OAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité. Il a expliqué que l'assurée avait signalé, le 19 octobre 2018, une péjoration de son état de santé. Les éléments apportés ne permettaient pas de rendre compte d'une aggravation objective de l'état de santé. La capacité de travail demeurait fixée à 50 % dans toute activité. Le degré d'invalidité donnait droit à la même rente que celle versée jusqu'ici.

D. Par acte du 2 juillet 2019, J. _____, toujours représentée par Me Crettaz, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour

complément d'instruction dans le sens des considérants. Elle a fait valoir que l'intimé n'avait pris aucune mesure d'instruction pour évaluer l'aggravation attestée par le Dr T._____. Le refus était fondé sur un élément sans objectivité scientifique et non motivé. La recourante a soutenu que la manière de procéder de l'OAI, respectivement du SMR, contrevenait à tous les principes en matière d'instruction et violait son droit d'être entendue.

Par décision du 10 septembre 2019, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 juillet 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Joël Crettaz.

Dans sa réponse du 15 octobre 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse. Il a expliqué que l'appréciation du psychiatre traitant avait été discutée dans l'avis du 12 juin 2018 du SMR. A la lecture du rapport successif du Dr T._____, aucun élément justifiant une analyse approfondie de la situation, voire une sollicitation du médecin, n'avait été rapporté par le SMR.

Le 21 octobre 2019, l'intimé a transmis un courrier que lui avait fait parvenir le Dr N._____ le 11 octobre 2019. Ce dernier expliquait que depuis le début de son suivi, en août 2017, divers traitements avaient été instaurés, avec peu de bénéfice. Il constatait une dégradation progressive de la situation, surtout sur le plan thymique, rendant toute nouvelle tentative de mesure peu utile. Cette observation semblait partagée par le Dr T._____. Le Dr N._____ ajoutait que la patiente était actuellement incapable de travailler. Se déterminant sur ce courrier, l'intimé a estimé qu'il n'apportait pas d'élément objectivement vérifiable pertinent et détaillé, rattaché à la période déterminante.

Le 28 octobre 2019, la recourante, par son conseil, a confirmé ses conclusions.

Le 28 mai 2020, Me Crettaz a transmis la liste de ses opérations.

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 point de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un taux supérieur à 50 %.

3. Dans un premier grief de nature formelle, la recourante se prévaut d'une violation de son droit d'être entendue en lien avec la manière dont a procédé l'OAI. Elle soutient qu'il s'est fondé sur un rapport du SMR non motivé et qu'il s'est abstenu de mettre en œuvre des mesures d'instruction pour évaluer l'aggravation de son état de santé.

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès

au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées).

b) En l'espèce, l'OAI s'est effectivement basé sur le compte-rendu de la permanence SMR indexé le 1^{er} avril 2019, lequel est très peu motivé, et n'a pris aucune mesure d'instruction par la suite. Toutefois, le grief de la recourante se confondant en réalité avec les critiques émises contre la décision litigieuse elle-même, il sera examiné sous cet angle.

4. a) L'invalidité se définit comme 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 et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un taux de 60 % au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 LAI). 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 à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les

mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

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

6. En l'espèce, il convient d'examiner si le taux d'invalidité de la recourante a subi une modification significative entre les décisions des 24 juin et 16 septembre 2016 - lui reconnaissant le droit à une demi-rente - et la décision litigieuse.

Par les décisions précitées de 2016, l'OAI a reconnu que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50 % dans toute activité depuis avril 2012, en lien avec son état de santé psychique. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise du 1^{er} février 2016 du Dr S._____, lequel constatait une telle incapacité, après avoir notamment contacté le

Dr T._____. A l'époque, ce dernier n'avait pas totalement exclu la reprise de l'activité professionnelle habituelle, à 50 % (cf. rapport du 11 avril 2014).

Dans le cadre de la procédure de révision initiée par l'OAI, le Dr T._____ a indiqué, le 16 juin 2017, que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était nulle. Dans une activité adaptée, elle se montait à 50 % « au mieux », à l'issue de la formation de l'intéressée en aromathérapie. Le psychiatre a ajouté que le pronostic dépendait du succès de cette formation. Par la suite, le 25 septembre 2018, il a souligné que dans son précédent rapport, il avait retenu une capacité de travail dans l'activité d'aromathérapie uniquement. Il s'était toutefois avéré, à la fin de l'année 2017, que la chance d'aboutir dans cette formation était désormais complètement éteinte. L'assurée avait présenté parallèlement une nette aggravation de l'état dépressif, ainsi qu'une péjoration de la symptomatologie somatique douloureuse avec une multiplication d'interventions de différents médecins. L'aggravation s'était poursuivie malgré la prise régulière de Cipralex, d'antalgiques, et la consultation. Il ressort effectivement des pièces au dossier que l'assurée avait fondé beaucoup d'espoir dans sa formation en aromathérapie et que l'interruption de celle-ci lors de sa période de chômage avait déjà eu un impact négatif sur elle. En outre, la recourante a consulté plusieurs nouveaux médecins somaticiens en 2017.

Ainsi, sur le plan physique, les rapports établis dans le cadre de la procédure de révision font état de multiples atteintes. Celles au genou droit sont nouvelles. Quant aux plaintes liées en particulier aux dorsolombalgies, aux cervicalgies, aux brachialgies ou aux paresthésies distales, elles avaient déjà été relevées par les experts de Z._____ dans leur rapport du 15 janvier 2009. Toutefois, à l'époque, les experts avaient exclu un syndrome somatoforme douloureux persistant - tout en précisant qu'il existait un risque d'évolution vers une telle atteinte - et avaient indiqué que les douleurs relevées ne correspondaient pas aux points typiques d'une fibromyalgie. Dans son rapport du 8 mars 2017, la Dre M._____ a désormais constaté la présence de tous les points

fibromyalgiques et a rapporté une aggravation de la symptomatologie douloureuse. En outre, elle a retenu plusieurs limitations fonctionnelles, liées notamment au port de charge et aux mouvements du rachis. Le 13 novembre 2017, le Dr N._____ a pour sa part attesté une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et a également relevé diverses limitations (éviter les positions statiques, le port de charges de plus de 5 kg, les escaliers, les positions accroupie et agenouillée, les activités au-dessus du niveau des épaules, ainsi que les activités répétitives avec les membres supérieurs).

Après avoir examiné ces rapports, le SMR a exclu une modification significative de la situation de la recourante (cf. avis médical du 12 juin 2018). En particulier, il a expliqué que le fait que le syndrome douloureux en lien avec l'entorse cervicale bénigne soit assimilable à un trouble somatoforme, tout comme la présence des points fibromyalgiques, indiquait que l'évolution de l'état de santé global était à mettre en relation avec l'état psychique, lequel ne s'était pas modifié. Il a ainsi estimé que les limitations somatiques retenues constituaient une appréciation différente d'un même état de fait. Si la pertinence de ce raisonnement est relative, on doit quoi qu'il en soit constater que le Dr T._____ a bel et bien attesté une péjoration de l'état sur le plan psychique dans son rapport du 25 septembre 2018. Le SMR s'est déterminé sur ce rapport, mais ses réponses aux questions qui lui ont été posées sont très sommaires et ne permettent pas de comprendre les raisons pour lesquelles il a écarté ce document (cf. compte-rendu de la permanence SMR indexé le 1^{er} avril 2019).

Dans ces conditions, l'OAI ne pouvait se contenter de retenir que les éléments apportés n'étaient pas suffisants pour rendre compte d'une aggravation objective de l'état de santé de la recourante. Au contraire, il apparaît que celui-ci s'est modifié tant sur le plan psychique que somatique. Les éléments figurant au dossier ne permettent toutefois pas de statuer en toute connaissance de cause. Par conséquent, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la

procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA, comprenant un volet rhumatologique et psychiatrique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'000 fr., débours forfaitaires 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 la mettre à la charge de l'intimé.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

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

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

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à J. _____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Joël Crettaz (pour J. _____)
- 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 :