

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 août 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Röthenbacher et M. Neu
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

V._____, à Vevey, recourant, hoir de feu **B.**_____, représenté par Me
Eduardo Redondo, avocat à Vevey,

et

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

Art. 29 LAI

E n f a i t :

A. Le 5 janvier 2004, B._____, née en 1959, a déposé une demande de rente AI. Elle mentionne souffrir de hernies discales lombaire et cervicale ainsi que d'arthrose. Selon le questionnaire pour l'employeur D._____, établi le 19 janvier 2004, elle travaillait en qualité de femme de ménage pour un salaire horaire de 25 fr. du 17 janvier 2000 au 12 février 2003. Selon un autre questionnaire, établi le 20 janvier 2004, elle a également travaillé pour K._____ du 1^{er} mars 2002 au 20 février 2003 comme femme de ménage et garde d'enfants environ 15 heures par mois. Son salaire horaire était de 20 fr. + 8.33% de vacances. Dans un complément à la demande AI signé le 17 janvier 2004 elle indiquait qu'en bonne santé elle travaillerait à 50% par nécessité financière.

Le 19 janvier 2004, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, pose les diagnostics suivants:

Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

Cervicalgies chroniques sur troubles statiques du rachis ainsi que tension nerveuse, existant depuis environ 2002
Céphalées de tension, existant depuis environ 2002
Etat anxio-dépressif chronique, existant depuis 1998
Lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs du rachis, existant depuis 2002

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

Hypercholestérolémie traitée, existant depuis 1995
Gonalgies bilatérales prédominant à droite sur syndrome fémoro-patellaire, existant depuis 2000.

Il estime l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et à 50% dans une activité adaptée. Il indique en outre ce qui suit:

"Il s'agit d'une patiente mariée ayant deux enfants de 1977 et 1980. D'origine portugaise, elle arrive en Suisse en 1989 où elle exerce la profession de femme de ménage.

Pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers. A partir de 1996 la situation familiale devient difficile avec une maladie du mari entraînant une incapacité de travail de longue durée, avec refus de l'octroi d'une rente par l'AI. Parallèlement la fille quitte la famille pour aller s'installer avec un ami et le fils, en apprentissage,

présente un comportement difficile avec suspicion de toxicomanie. Parallèlement aux difficultés familiales, Mme B. _____ commence à présenter des rachialgies ainsi que des céphalées. L'apparition de la symptomatologie va de paire avec une augmentation des heures de ménage que Mme B. _____ doit effectuer afin de compenser le manque à gagner de son mari, arrivant jusqu'à 40 heures de travail par semaine, travail relativement lourd pour une femme. Apparaît un état anxio-dépressif de plus en plus marqué ainsi que des lombalgies sur troubles statiques et hernie discale L5-S1. Plus particulièrement les cervicalgies prennent de l'importance avec une intensité douloureuse telle qu'elle entraîne l'incapacité de travail à partir du mois de février 2003. Le cas est soumis au Dr H. _____, neurochirurgien à G. _____, vu l'existence d'une petite hernie discale C5-C6 et des infiltrations sont entreprises sans résultat notable jusqu'à présent. Actuellement dominant les cervicalgies et l'état anxio-dépressif avec sentiment de révolte par rapport à tout ce qui arrive à la famille et l'absence de soutiens de la part des structures sociales."

Dans un rapport du 20 juillet 2004, le Dr M. _____ du Centre de la Douleur de G. _____ diagnostique:

- cervicarthrose C5-C6 et une hernie discale C5-C6 médiane depuis 1999
- discopathie L5-S1 et hernie discale L5-S1 médiane paramédiane D
- état anxio-dépressif

Il estime l'incapacité de travail totale dès le 15 février 2003 et à 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant une hyperextension de la nuque, les ports de charges supérieures à 10 kg et privilégiant les positions alternées. Il indique que depuis 3 à 4 ans sont apparues des cervico-scapulo-brachialgies droites et des lombalgies. Il indique que les traitements conservateurs et rhumatologiques ont échoué et que les cervicalgies prédominent sur les lombalgies. Il indique que les IRM cervicale et lombaire effectuées le 28 avril 2003 montrent une hernie discale C5-C6 médiane et une anomalie de transition L5-S1 ainsi qu'une discopathie et une hernie discale médiane paramédiane droite L5-S1. Le traitement conservateur a été un échec et il a observé une amélioration partielle après blocs puis thermocoagulations facettaires C3-C4 et C5-C6.

Le rapport d'enquête économique sur le ménage établi le 24 février 2005 retient un empêchement de 100% dans l'activité lucrative et

de 56.7 % comme ménagère, soit un degré d'invalidité de 78.35% (50% + 28.35%).

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué le 2 février 2006 par les Drs O._____, psychiatre FMH, et E._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, qui ont établi leur rapport le 20 avril 2006. Il en résulte notamment ce qui suit:

"ANAMNÈSE

Anamnèse familiale

Les parents sont originaires du nord du Portugal: le père né en 1933/4 a travaillé comme pêcheur et par la suite a aussi été saisonnier en Allemagne, a travaillé dans une usine; il est en bonne santé habituelle. La mère née en 1936, s'est occupée de sa propre ferme à la maison, elle souffre beaucoup d'arthrose.

Un frère jumeau décédé à l'âge de 22 ans dans un accident pendant son service militaire. Les frères nés en 1959 et en 1965 sont en bonne santé habituelle. Pas d'antécédent de cancer, de maladie cardiaque, neurologique ou psychiatrique familial connu de l'assurée.

La fille née en 1977 et le fils né en 1980 sont en bonne santé habituelle.

Antécédents personnels généraux

1995: excision d'un kyste au front à droite.

Pas d'accident, pas de maladie grave; sinusite en 1993.

Anamnèse professionnelle

Scolarité obligatoire de 7 à 12 ans. A partir de l'âge de 14 ans, travaille dans une usine d'habits comme couturière jusqu'à l'âge de 22 ans, 8 heures par jour. Elle s'est mariée à l'âge de 17 ans, sa fille est née la même année. Par la suite, elle a repris son activité comme couturière dans l'usine. A la fermeture de l'usine, pendant 3 ans elle est restée au foyer. En 1980, le mari de l'assurée vient en Suisse comme saisonnier (maçon). Toute la famille arrive en 1987, et l'assurée va travailler à la vigne et par la suite, comme femme de ménage. Elle a travaillé dans la même famille pendant 12 ans, 7 heures par jour. Dès le départ de celle-ci en France, a travaillé 3 heures par jour dans une famille à Corseaux et 3 fois par semaine 2 heures dans une autre famille à Blonay. Depuis février 2003, elle est en incapacité de travail à 100 %.

Demande de prestations AI déposée le 05.01.2004.

Anamnèse actuelle générale

L'assurée nous dit avoir présenté déjà depuis 6 ou 7 ans des cervicalgies, réagissant bien à la physiothérapie et aux anti-inflammatoires. Le 11.02.2003 à 8 h 30 du matin, elle a commencé à avoir soudainement très mal à la tête, côté frontal et petit-à-petit cette douleur s'est étendue sur les épaules et elle ne pouvait plus passer l'aspirateur.

Ces douleurs ne disparaissant pas dans les deux ou trois heures suivantes elle s'est adressée à son médecin traitant qui lui aurait parlé de dépression dans le cadre de la maladie de son mari. Craignant un cancer à la tête, elle a été examinée le 15.01.2003 par le Dr R. _____, neurologue, qui ne trouve aucun déficit sensitivo-moteur, un CT-scan est apparemment sans pathologie. Depuis lors, l'assurée a toujours mal à la tête, aux épaules et depuis un an plus tard aussi aux bras, d'abord à gauche puis également à droite, mais un peu moins, aux lombaires, aux jambes, côté postérieur, et au genou gauche. Déjà depuis 15 ans elle se plaint de douleurs aux talons, sur statique modifiée, bien calmées par des supports orthopédiques prescrits par la Dresse L. _____; en 2000, l'assurée a également consulté la Dresse X. _____, rhumatologue.

Le traitement a consisté en anti-inflammatoires et physiothérapie essentiellement passive et, étant donné que les investigations approfondies avaient mis en évidence une hernie discale L5-S1 à prédominance droite et une hernie discale médiane C5-C6, les deux sans compression des structures névrales, on a procédé à plusieurs infiltrations; ces dernières soulagent l'assurée pendant 2 mois ½ ou 3 mois, après ça recommence.

Depuis février 2003, l'assurée se sent tellement malade qu'elle se déclare incapable de travailler.

Son médecin traitant, le Dr N. _____ qu'elle voit environ tous les 3 semaines, atteste une incapacité de travail totale dès le 19.02.2003, un état qui s'aggrave et dans son rapport médical du 19.01.04, une capacité d'au moins 50% dans une activité adaptée (RM du 19.01.2004).

Anamnèse par système

Neurologique: sommeil variable, se réveille deux à trois fois par semaine, dérangé par le besoin d'aller aux toilettes, le bruit, les douleurs cervicales ou les mains endormies. Céphalées du matin au soir, trente minutes après le lever, prenant toute la tête, parfois comme des coups de marteau. Fourmillements dans les mains plus marqués à gauche prenant tous les doigts, la paume et le dos, quelques fois aussi les pieds. Vertiges orthostatiques occasionnels.

Cardiovasculaire: douleurs thoraciques sternales et para-sternales, sans lien à l'effort et sans palpitations. Oedèmes des chevilles si elle marche beaucoup.

Respiratoire: pas de plainte.

Gastro-intestinal: appétit variable, fait attention au poids, prise 10 kg depuis le traitement avec Saroten® il y a trois ans. Fait attention au poids, mais malgré le régime, n'arrive pas à le diminuer d'une façon permanente. Peut pas trop manger le soir car elle ne digère pas. Transit régulier.

Urogénital: pas de plainte mictionnelle, une à deux fois nycturie. Deux grossesses et accouchements sans particularité. Cycle menstruel régulier.

Habitudes

Ne fait pas de sport ni d'exercice physiothérapeutique parce que ça fait trop mal. Va peut-être un peu promener les chiens, pendant trente minutes environ, dépendant de ses douleurs. Ne peut pas lire parce que la concentration a baissé, n'aime pas la télévision.

Allergies

Pas connues.

Tabac

Nihil.

OH

1 à 1 ½ verre de vin aux bons repas. Une bouteille de vin dure deux jours pour les deux.

Médicaments

Stilnox® 10 mg 0-0-0-1.

Saroten® 50 mg au coucher à but antalgique.

Vie quotidienne

L'assurée se lève entre 6 h et 7 h du matin, fait sa toilette. Son mari se réveille vers 6 h du matin et prépare son café. L'assurée va donner à manger à ses deux chiens et son chat et s'installe sur le canapé avec eux pendant une vingtaine de minutes. Par la suite, elle va faire le lit, et commence la préparation du repas de midi, a besoin de faire des pauses à cause de la fatigue. Les parents et leur fils prennent le déjeuner vers 12 h 15. A la fin du déjeuner, l'assurée se couche pendant 1 heure. Par la suite, elle sort ses chiens avec une amie, par peur de faire une chute, et ceci pendant 20 minutes. Parfois, elle va voir une voisine pendant une quinzaine de minutes. L'aspirateur et le repassage sont faits par une nièce; les commissions sont faites par le mari ainsi que les paiements. L'assurée trie le linge et le met dans la machine à laver. Une fois par mois, elle reçoit la visite de deux amies intimes qui habitent à Montreux et à la Tour-de-Peilz. Ensuite, l'assurée va préparer le souper pour son mari pour 17 h et pour son fils à 19 h 30. Le soir, c'est son mari ou son fils qui s'occupe de la vaisselle. L'assurée se couche à 20 h, dit ne pas avoir de problème d'endormissement, et se réveille deux ou trois fois au maximum pendant la nuit.

Anamnèse ostéoarticulaire

L'assurée se plaint de douleurs de la tête, la nuque, des épaules, entre les omoplates des bras, des poignets, du bas du dos, des hanches, de la face postérieure des jambes, du genou gauche ainsi que des talons:

— cervico-scapulo-brachialgies depuis 6 à 7 ans sous forme de tiraillements, quasiment constants mais notamment quand elle prépare une salade, lit plus de 5 minutes, baisse la tête au-delà de 10 à 15 minutes; la position du bras vers le bas la fatigue. Doit souvent se reposer pendant 30 à 60 minutes pour se soulager un peu, fait de temps en temps des étirements et prend des médicaments. Lors de l'entretien, ces douleurs sont cotés à 7,5/10, étant absente le matin, avec un maximum à 10/10 presque tous les soirs jusqu'à ce qu'elle s'endorme.

— Au moins depuis 6 ans douleurs au niveau du bas du dos, ça pique tout le temps, c'est comme un chien qui mord, ça tire le long du dos. Elles augmentent si l'assurée est debout, marche, se baisse, fait le lit (ce matin c'était 10/10). L'assurée n'a pas trouvé de moyen pour les diminuer. Lors de l'entretien, les lombalgies sont cotés à 7,5/10, le minimum à 5/10.

— Depuis avant Noël 2005, ça tire sur la face postérieure des jambes jusqu'aux pieds si l'assurée marche, reste debout, parfois même sans rien faire, devant ça part de l'aîne et va jusqu'aux genoux, des fois des deux côtés, dernièrement plutôt à droite. A

droite c'est surtout si elle est assise, à gauche si elle marche. Lors de l'entretien, la douleur est absente, le maximum est coté à 5/10.

— Depuis environ 10 ans, douleurs aux genoux, plus marquées à gauche, réagissant dans un premier temps bien aux AINS et à la physiothérapie passive. Après une année, les douleurs sont revenues, depuis le 11.08.2005, elles sont insupportables; il n'y a jamais eu de ponction. Les douleurs viennent comme ça, notamment lorsqu'elle a froid aux pieds. Lors de l'entretien, elles sont cotées à 4/10, variant entre 0 et 10/10.

— Depuis 15 ans, douleurs aux talons, notamment lors de la mise en route le matin; les semelles orthopédiques aident un peu. Lors de l'entretien la douleur est cotée à 2,5/10, le maximum à 5/10, l'obligeant à mettre de la crème.

La toux fait mal à la tête, l'éternuement et la défécation forcée ne provoquent aucune douleur. L'assurée peut rester en voiture le trajet de Vevey-Chexbres, après elle a mal aux cervicales et au dos. Elle peut marcher 500 mètres après elle a mal au dos et aux membres inférieurs. La position debout est tolérée 15 minutes et assise facilement ½ heure, après elle a mal au bas du dos.

Anamnèse psychosociale et psychiatrique

L'assurée décrit une bonne entente familiale pendant son enfance et son adolescence. Le père de l'assurée est parti comme saisonnier quand celle-ci avait 10 ans. Pas d'antécédents d'abus sexuels ou de violence physique. L'assurée et son frère jumeau ont commencé à travailler dès l'âge de 14 ans; l'assurée, étant donné qu'elle travaillait pour une entreprise étrangère, avait un salaire plus important que son père. La soeur cadette a fait quelques années d'école de plus et par la suite a travaillé dans une usine de chocolat. A 16 ans, elle établit une relation sentimentale avec un voisin et s'est mariée avec lui à l'âge de 17 ans. Sa fille est née la même année; l'assurée n'a pas eu de difficultés pendant la grossesse ou après l'accouchement. Un fils né en 1980; pas de difficultés pendant la grossesse ou après la naissance. Dès l'arrivée en Suisse de la famille, les enfants sont tout de suite allés à l'école. La fille aînée a un diplôme de coiffeuse, actuellement travaille à Genève à la poste, est mariée et n'a pas d'enfant. Le fils a fait un apprentissage de peintre en bâtiment, actuellement est chef du groupe au chantier. Il habite chez ses parents et participe aux frais de loyer. En février 2003, l'assurée présente une douleur à la nuque, a des difficultés pour tenir debout, n'a pas de force au niveau du bras, sent des vertiges, ce qui est à l'origine d'un arrêt de travail. Cette symptomatologie était accompagnée d'une symptomatologie dépressive que l'assurée décrit comme le fait de ne pas avoir faim, ne pas avoir envie de parler. Pour ces motifs, un traitement de Deanxit® 2 cp et du Stilnox® 10 mg a été prescrit. En juin 2003 lors d'une consultation pour les douleurs, le Deanxit® est arrêté et un traitement de Saroten® 50 mg au coucher est prescrit. Par la suite, l'assurée a été suivie fréquemment au centre de la douleur par le Dr M. _____ et le Professeur H. _____, a eu plusieurs infiltrations dont la dernière date du 12.11.2005. Malgré sa situation médico-sociale, l'assurée dit ne pas avoir besoin de consultation psychiatrique.

Plaintes:

Douleurs de la nuque, fatigue, manque de force musculaire. Sur le plan purement psychiatrique:

discret trouble de la concentration, perte d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne.

Ressources financières: rente AI de son mari et de l'aide sociale pour les assurances.

STATUS

Status général

Assurée de 46 ans en bon état général. Poids 80 kg, taille 1 m 63 (BMI 31). Anictérique afebrile. Pas d'adénopathie pathologique palpable.

Cardiovasculaire: TA 130/94 mm Hg, pouls 114/min, régulier. Auscultation cardiaque physiologique, pas de souffle sur les carotides. Artères périphériques bien palpables, pas d'oedèmes, pas de varices.

Respiratoire: eupnéique, pas cyanosée. Difficulté à respirer profondément parce qu'elle se sent trop fatiguée. Murmures vésiculaires physiologiques.

Gastro-intestinal: abdomen adipeux, souple et indolore à la palpation. Pas de résistance, pas de détente, pas d'organomégalie. Bruits intestinaux physiologiques.

Urogénital: la percussion des loges rénales provoquent des douleurs au niveau des hanches. Organes génitaux et seins pas examinés.

Neurologique: assurée droitère. Sensibilité superficielle modifiée: ça chatouille plus à droite. Force globalement à M5, pas d'amyotrophie. ROT vifs et symétriques, Babinski indifférent des deux côtés. Lasègue pouvant être porté jusqu'à 90°, provoquant des douleurs dans la hanche, aux genoux et au dos. Compression axiale douloureuse aux épaules, à la nuque et au bas du dos. Rotation globale douloureuse aux hanches et au niveau lombaire.

Status ostéo-articulaire

L'assurée est bien assise sur la chaise, un peu tendue au début puis plus décontractée. Elle change de position sans hésitation, se déshabille/rhabille debout; lorsqu'elle se recoiffe, elle lève les bras facilement jusqu'à 180°.

Rachis: bassin équilibré, pas de scoliose visible. Relâche de la sangle abdominale avec les flèches sagittales suivantes: occipitales 6 cm, cervicales 8 cm, dorsales 1 cm, lombaires 4 cm, sacrales 0 cm. Mobilité cervicale en position assise: inclinaison latérale 30° des deux côtés, rotation gauche-droite 60°-0°-50°, douloureuse dans toutes les directions avec tiraillements dans les trapèzes et vers la tête; en position couchée complète. Distance menton-sternum 0/18 cm.

Mobilité dorsale complète et indolore. Flexion lombaire diminuée en position debout, mouvements douloureux dans toutes les directions. Distance doigts-sol 25 cm, distance doigts-orteils en position assise 12 cm, index de Schober 30/30 cm respectivement 10/13,5 cm. Musculature para-vertébrale moyennement développée, discrètement hypertendue en para-vertébrale lombaire droite, indolore à la palpation. Musculature cervico-scapulaire souple mais douloureuse, trapèzes raccourcis. Douleurs à la palpation des structures para-vertébrales cervicales et lombaires, sans zone d'irritation, et de toutes les apophyses épineuses de C2 à D9 et de L1 au coccyx ainsi que du quadratus lumborum des deux côtés, le rebord sacral et le piriforme. Sacro-iliaques bien mobiles, le test provoquant des douleurs au niveau de spina iliaca postérieur.

Membres supérieurs: bonne mobilité de toutes les grandes articulations, douloureuse au niveau des épaules et des coudes avec irradiations dans les cervicales et le bras. Teste de Jobe négatif des deux côtés, douloureux dans les bras plus marquée à gauche. Distance pouce-C7 17 cm à droite, 12 cm à gauche provoquant des douleurs dans l'épaule et dans le bras. Flexion du bras douloureux à partir de 90°, abduction à partir de 110°. La flexion du coude droit provoque des douleurs à la face palmaire du bras, l'extension localement, à gauche un peu plus marquées. Mobilisation active des poignets indolore, flexion-extension passive à droite douloureuse. Pas de signe inflammatoire ou dégénérative des doigts. Le palm-up provoque des douleurs aux biceps. Douleurs à la palpation des articulations acromio-claviculaires, de la clavicule, en para-sternales, du trochiter et à l'insertion du deltoïde des deux côtés, légèrement de l'épicondyle latéral et interne gauche. Test de Jamar droit 13kg - 9kg - 5 kg, Jamar gauche 3 kg - 7kg - 3kg.

Membres inférieurs: bonne mobilité de toutes les grandes articulations, douloureuse pour les hanches, le genou droit et la flexion de la cheville droite. Pas de crépitations nettes intra-articulaires. Raccourcissement du droit antérieur des deux côtés, hautement douloureux. Genoux calmes, pas d'épanchement, ligaments stables. Distance talons-fesse 0 cm des deux côtés. Douleurs à la palpation de l'aîne, du grand trochanter plus marquée à droite, de l'interligne interne et externe du genou droit et de l'interligne externe du genou gauche ainsi que des malléoles des deux côtés. Raccourcissement du piriforme plus marqué à gauche. L'assurée peut marcher sans difficulté sur les talons et les pointes des pieds, accusant des douleurs aux genoux respectivement aux genoux et aux talons. Elle se déplace avec des tous petits pas, sinon elle aurait mal aux hanches. Elle peut s'accroupir et s'agenouiller sans difficulté, accusant des douleurs aux genoux, aux talons et aux mollets. Elle se relève en s'appuyant sur le membre inférieur gauche, côté où le genou lui fait mal.

Status psychiatrique

L'assurée est à l'heure au rendez-vous, tenue et hygiène très soignée. Discours adéquat, cohérent; l'assurée est collaborante avec l'interlocuteur. Absence de troubles de l'attention ou de la concentration pendant l'entretien. Absence de troubles du cours de la pensée (perte des associations) ou du contenu (idées délirantes); pas d'hallucinations auditives. Paraît triste, par moments couvre son visage en larmes avec ses mains, mais peut sourire, en fonction des thèmes abordés. Absence de sentiment de désespoir, espère pouvoir trouver une solution chirurgicale à ses douleurs. Perte d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne, mais plaisir conservé pour s'occuper de ses chiens et son chat. Pas de sentiment de culpabilité mis en évidence. Pas de ruminations matinales ou d'idées suicidaires. L'appétit est perturbé par le Saroten® (a pris 10 kg en 3 ans, a perdu 2 voire 3 kg les six derniers mois). Le sommeil semble peu perturbé et, malgré une diminution de la libido, l'assurée affirme avoir 3 rapports sexuels par semaine, à la demande de son mari. Pas de symptomatologie anxieuse déclenchée au cours de l'entretien.

(...)

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- cervico-brachialgies bilatérales non déficitaires dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif C5-C6 avec hernie discale médiane non compressive et dysbalance musculaire. (M50.3)
- lombalgies et lombo-sciatalgies bilatérales non déficitaires dans le cadre d'un discret trouble statique et dégénératif protrusif L5-S1, dysbalance musculaire et insuffisance posturale. (M51.3)
- ébauche de gonarthrose droite. (M17.1)

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- excès pondéral (BMI 28)
- status après excision d'un kyste frontal bénin droit en 1995
- déconditionnement global
- majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)
- trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21)

Appréciation consensuelle du cas

Sur le plan psychiatrique, assurée de 46 ans, mariée, deux enfants, sans formation professionnelle. A travaillé dès l'âge de 14 ans dans une usine comme couturière et dès son arrivée en Suisse, en 1987, comme femme de ménage. Depuis février 2003, incapacité de travail à 100%. Demande de prestations AI le 05.01.2004. Le mari de l'assurée est au bénéfice d'une rente AI depuis le 01.12.2001.

L'anamnèse psychiatrique ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité suffisamment grave pour être à l'origine d'une atteinte à la santé ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée.

L'examen psychiatrique du 02.02.2006 permet de constater une symptomatologie dépressive réactionnelle à différents facteurs de stress psychosociaux: toxicomanie de son fils, plusieurs traitements médicamenteux contre la douleur inefficaces, difficultés financières suite à l'invalidité de son mari. Ceci ne constitue pas une maladie psychiatrique invalidante ayant une répercussion sur la capacité de travail.

En outre, une comorbidité psychiatrique invalidante n'est pas mise en évidence et l'environnement psychosocial semble être intact. Malgré l'intensité des plaintes douloureuses et une labilité émotionnelle, l'assurée ne ressent pas le besoin de recevoir des soins psychiatriques (pharmacologiques adéquats ou psychothérapeutiques) et ceci après les explications données par l'examineur quant au bénéfice qu'elle pourrait avoir d'une telle démarche. La réponse de l'assurée est suffisamment claire pour ne pas déclencher une éventuelle réaction empathique ou solidaire chez l'examineur.

Sur le plan somatique, cette assurée se plaint de douleurs multiples touchant le dos, la nuque, les épaules, les bras, le bas du dos, les hanches, les jambes, le genou gauche et les talons. Ces douleurs existent depuis environ une dizaine d'années mais se sont brutalement aggravées le 11.02.2003, sans accident ni faux mouvement. Les investigations approfondies ont alors mis en évidence un trouble statique et légèrement dégénératif avec un discret bombement discale médiane C5-C6 sans aucune répercussion sur les structures nerveuses ainsi qu'une discopathie protrusive L5-S1 médiane à médiane latérale droite également sans compression. L'assurée n'a cependant réagi à aucun traitement conservateur, elle attendrait que le Dr H. _____ l'opère.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'une femme légèrement obèse, en bon état général, plaintive. Le status de la médecine interne générale est dans les limites de la norme à l'exception d'une tachycardie et légère hypertension artérielle très probablement due à la situation d'examen. Le status ostéoarticulaire révèle un léger trouble de la statique rachidienne dans le cadre d'une insuffisance posturale. La mobilité cervicale active est limitée pour l'inclinaison latérale et la rotation, elle est complète en position couchée et passivement. Au niveau dorso-lombaire, on trouve une légère diminution de la flexion, les mouvements sont harmonieux, la distance doigts-sol de 25 cm, avec une distance doigts-orteils en position assise de 12 cm et un index de Schober de 30/30 cm respectivement 10/13,5 cm. Les structures para-vertébrales cervicales et lombaires sont douloureuses diffusément ainsi que toutes les apophyses cervicales et lombaires y compris le sacrum. La musculature est plutôt peu développée, légèrement hypertendue en para-vertébrale dorso-lombaire droite. Au niveau des membres supérieurs et inférieurs, on constate une bonne mobilité passive, les mouvements sont douloureux soit locaux soit projetés dans le bas respectivement les cervicales. Il n'y a aucun signe d'une atteinte inflammatoire. Les douleurs sont plutôt diffuses correspondant ni à une vraie péri-arthropathie ni à une fibromyalgie.

L'examen neurologique révèle des réflexes vifs et symétriques. La sensibilité superficielle est conservée, mais « ça chatouille plus à droite ». Le Lasègue est négatif des deux côtés. Tous les signes comportementaux sont présents.

Le dossier radiologique confirme le léger trouble statique et met en évidence des discopathies protrusives débutant en C5-C6 et L5-S1, sans aucun signe de compression. La vertèbre transitionnelle n'a pas de signification pathologique.

En conclusion, cette assurée présente des douleurs articulaires et musculaires plutôt diffuses qui ne sont que très partiellement explicables par les données objectives. Il y a bien des lésions dégénératives et même protrusives mais leur position et la taille n'ont aucun effet compressif ou irritatif, le status neurologique ne met pas en évidence des déficits sensitivomoteur. Il y a une nette amplification des symptômes et une discordance marquée entre le handicap allégué et le comportement spontané voire les données cliniques. L'assurée a adopté une attitude d'évitement et ne fait ni sport ni exercice. Ceci a amené à un déconditionnement physique et en même temps, en association avec la prise d'antidépresseurs, à une augmentation de son poids. Une rééducation ciblée ainsi qu'une normalisation du poids sont susceptibles d'améliorer la situation, notamment la tolérance à l'effort.

Malgré l'absence de compression radiculaire on prendra en compte l'existence des éléments objectifs dégénératifs, quoique mineurs, ce qui amène à quelques limitations fonctionnelles mais ne justifient en aucun cas une incapacité de travail totale ou même partielle.

Les limitations fonctionnelles

Eviter une position statique prolongée agenouillée ou accroupie, en extension de la tête ou en flexion-rotation du tronc ou en porte-à-faux. Le port de charges est limité à 15 kg occasionnellement. Si l'assurée porte ses semelles orthopédiques, le périmètre de marche n'est pas limité.

Sur le plan psychiatrique, aucune.

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

Depuis le 19.02.2003, selon le rapport médical du Dr N._____.
Sur le plan psychiatrique, sans objet.

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

100 % selon le médecin traitant.

Concernant la capacité de travail exigible, il n'y a aucune raison objective pour que cette assurée ne puisse pas reprendre son activité de femme de ménage ou garderie d'enfants. Il n'y a pas d'explication somatique pour le handicap de 56,7% soulevé lors de l'enquête économique sur le ménage du 12.02.2004 (et que son mari, souffrant du dos, doit l'aider et faire les commissions). Il n'y a donc aucune raison médicale objective pour une incapacité de travail, surtout pas si cette activité permet d'éviter les positions vicieuses prolongées et le port de charges lourdes.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 100 %

Dans une activité adaptée: 100 % depuis toujours."

Par décision du 22 mai 2006, l'OAI a rejeté la demande.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assurée a produit un rapport médical du 30 juin 2006 de la Dresse X._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, dont il résulte ce qui suit:

"Madame B._____ m'a été adressée le 27 avril 2006, par Doctoresse W._____ du Centre de la Douleur de U._____. Cette patiente qui accuse depuis plusieurs années un tableau douloureux polytopique de l'appareil locomoteur, axé ces trois dernières années, essentiellement au niveau rachidien, sous forme de cervicoscapulalgies et lombalgies, voit apparaître depuis Noël 2005, une symptomatologie douloureuse distale des membres supérieurs, allant progressivement crescendo. Les douleurs des deux mains s'associent à des gonflements diffus des doigts et des poignets. La patiente note l'apparition de paresthésies à type de fourmillements nocturnes, bilatérales, s'associant à une baisse de force de préhension (port de casseroles et de charges, manipulation fine difficile). S'associent au tableau, d'importantes douleurs cervicales irradiant en région scapulaire et brachiale proximale, s'associant à des cervico-céphalalgies et des douleurs frontales bilatérales sur un terrain céphalalgique connu. Une évaluation neurologique antérieure en 2003 par le Docteur R._____, parlait de céphalées mixtes pour lesquelles un traitement bêta-bloquant était proposé.

L'histoire rachialgique de Madame B._____, en présence de cervico-scapulo-brachialgies proximales et de lombalgies chroniques a fait l'objet, au cours du temps, de diverses investigations avec:

- En avril 2003, une IRM cervicale mettant en évidence une discopathie C5-C6, sans signe de conflit radiculaire.

- Le 25.4.2003, une IRM lombaire, objectivant, chez une patiente avec une vertèbre transitionnelle S1, une discopathie L5-S1 avec débord médian et para-médian.
- Le 28.4.2003, des clichés radiographiques fonctionnels et obliques de la colonne cervicale étaient décrits normaux.
- Une IRM cervicale a récemment été réeffectuée, le 16 mars 2006, ne mettant en évidence que de discrètes discopathies dégénératives C5-C6 et C6-C7 sans image de hernie, sans altération de la structure osseuse dans un canal rachidien de diamètre large. Une prise en charge antalgique intensive a dès lors été effectuée associant
- Le 18.7.2003, des blocs facettaires C5-C6 bilatéraux, réitérés les 5.12.2003 et 12.2.2004.
- Le 2.7.2004, une thermocoagulation facettaire C3-C4 bilatérale par radiofréquence sous contrôle scopique, réitéré le 14.1.2005 puis le 9.6.2005 avec, dans le même temps, des blocs facettaires C3-C4 bilatéraux.
- Le 20.9.2005, des blocs facettaires C5-C6 bilatéraux.
- Intercuremment, le 18.3.2005, une péridurale antalgique L5-S1 était pratiquée.

Cette prise en charge n'a malheureusement pas permis d'améliorer le tableau douloureux de la patiente.

Compte tenu de l'apparition d'arthralgie des membres supérieurs, Madame B. _____ m'a été adressée pour avis rhumatologique. Par ailleurs, le médecin traitant, le Docteur N. _____, avait demandé une réévaluation au Centre de la douleur de P. _____, dont le médecin chef, le Docteur J. _____ proposait aussi un avis d'évaluation rhumatologique.

A la recherche d'éléments en faveur d'une éventuelle connectivité, je relève une xérostomie et une xérophtalmie ainsi qu'une sensation de nez sec. On notera également des « dents qui cassent », nécessitant des soins dentaires que la patiente peut difficilement s'offrir pour des raisons pécuniaires.

Sur le plan des comorbidités, Madame B. _____ présente une hypercholestérolémie traitée par Sortis 20 mg/j, des épigastalgies traitées par Nexium à la demande. Son état dépressif fait l'objet d'une prescription de Saroten 25 mg 2x/j le soir. On relèvera que la patiente a pris plus de 10 kg en trois ans.

Dans les antécédents de Madame B. _____, je note en 1977 et 1978 l'excision de kystes sacro-coccygiens, et en 1996 l'excision d'un kyste frontal bénin (probable lipome sur la description du CT frontal de 1996). En 1981, la patiente développait des troubles statiques plantaires et, en 1998, apparaissait un état dépressif allant croissant, dans le contexte de difficultés familiales et socio-économiques.

Sur le plan socio-professionnel, âgée de 47 ans, d'origine portugaise, Madame B. _____ est en Suisse depuis 1979. Mariée, elle est mère de deux enfants (1977 et 1980). Son mari a arrêté de travailler en 1996 en raison d'une problématique rachialgique et la patiente a dû augmenter son activité de dame de ménage pour compenser financièrement la situation. Elle se trouve, en raison des rachialgies, à l'arrêt de travail depuis 2003 et une demande de rente a été déposée à l'OAI au sein duquel un examen médical auprès des médecins du SMR a été prochainement mandaté.

A mon examen du 27.4.2006, j'étais en présence d'une patiente algique, au faciès rougeaud, triste et figé, visiblement crispée, qui se présentait accompagnée de son époux. La TA humérale G était de

160/110 mmHg, le poids de 77,5 kg pour une taille de 162 cm (BMI: 29.5). A l'auscultation cardio-pulmonaire, il existe un petit souffle précordial 2 à 3/6^{ème} méso-systolique, non irradiant cependant que l'auscultation pulmonaire était normale. A relever un érythème palmaire bilatéral et une certaine enflure faciale, en présence, en région frontale droite, d'une tuméfaction rénitente à la palpation, peu mobile par rapport au plan profond. A l'examen dirigé, les articulations temporo-mandibulaires étaient douloureuses à la palpation, limitant l'ouverture buccale à une distance inter-dentale de 3 cm. Sur le plan articulaire, le signe de Gänsslen était douloureux aux deux mains, en présence de synovite touchant les MCP II et IV à droite, II et III à gauche, et des IPP III à droite, l'IPP II à gauche avec un empâtement bilatéral synovitique des deux poignets. L'insertion épicondylienne droite était très douloureuse à la palpation, sans limitation d'amplitude du coude. Le signe de Tinel aux poignets éveillait bilatéralement des paresthésies irradiant diffusément dans la main et remontant jusqu'au coude ddc. Aux membres inférieurs, hyper-reflexie symétrique sans trouble de la force ou de la trophicité, sans trouble sensitif superficiel ou profond. Les genoux étaient secs, autorisant une DTF à 10 cm ddc. Les mobilités des coxo-fémorales étaient conservées et indolores. L'épreuve de Lasègue éveillait vers 60° du côté gauche, des douleurs lombaires irradiant à la face postérieure du membre inférieur gauche, non renforcées à l'épreuve de Bragard. Sur le plan rachidien, la colonne cervicale était hyperalgique à la mobilisation, avec des amplitudes réduites aux deux tiers de leurs mouvements et douloureuses en fin de course, en présence d'importants phénomènes ténomyogènes touchant les sous-occipitaux, les deux trapèzes, les angulaires de l'omoplate et les rhomboïdes, chez une patiente avec posture en enroulement de la chaîne antérieure. Le rachis lombaire se déroulait harmonieusement, autorisant un Schober lombaire à 10/14 pour une DDS à 20 cm. Les chevilles étaient bilatéralement douloureuses à la palpation, de même que les métatarso-phalangiennes comprimées au signe de Gänsslen.

Discussion et propositions

Sur cette base anamnestico-clinique, j'ai demandé un bilan rhumatologique qui ne met en évidence aucun syndrome inflammatoire, ni anomalie des paramètres du métabolisme phosphocalcique. Le bilan des auto-anticorps rhumatismaux par contre, retrouve un facteur rhumatoïde élevé à 48 U/ml (norme inf. à 14) en présence d'une élévation concomitante du titre des anticorps anti-CCP à 15 U/ml (norme inf. à 5), constellation qui m'a fait retenir chez cette patiente, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive comme participative au tableau douloureux distal qu'elle présente aux membres supérieurs.

Sur le plan thérapeutique:

- J'ai longuement informé Madame B. _____, en présence de son époux, du diagnostic et des possibilités de traitement au long cours.
- J'ai prescrit six séances d'ergothérapie pour confection et surveillance de l'adéquation de deux attelles de repos distales nocturnes des membres supérieurs, avec éventuelle confection ultérieure d'attelles de fonction.
- Je me suis assurée de l'absence d'érosivité actuelle par des radiographies des mains et des pieds. J'ai par ailleurs, chez cette patiente avec intenses cervicalgies, analysé la charnière

C1-C2 par un cliché transbuccal qui, le 6.6.2006, ne met pas en évidence d'atteinte de l'apophyse odontoïde, mais une légère asymétrie des espaces para-odontoïdiens qu'il conviendra, selon évolution clinique, d'éventuellement apprécier par un CT scan dynamique de la charnière cervicale. Rappelons que l'IRM cervicale du 16.3.2006 ne mettait quant à elle, rien d'autre en évidence que des discopathies dégénératives C5-C6 et C6-C7.

- J'ai proposé une approche médicamenteuse associant, vu l'importance des synovites, un traitement symptomatique initial sous forme de Prednisone à doses dégradées, avec ultérieur traitement d'anti-inflammatoires non stéroïdiens sous couverture d'IPP.
- Comme traitement de fond, j'ai initié un traitement per os de Méthotrexate à une posologie de 10 mg/semaine, concomitamment à la prise d'acide folique. Une supplémentation calcique et vitaminique D a elle aussi été instaurée. Initié le 18.5.2006, le traitement de Méthotrexate est cliniquement et biologiquement bien toléré. A mon dernier contrôle le 15 juin 2006, Madame B. _____ annonce un «mieux» d'environ 20% sur la quantité globale des douleurs qu'elle présentait au début de cette année.
- Concernant l'éventualité d'un syndrome du canal carpien sous-jacent, j'ai demandé une évaluation neurologique avec EMNG qui ne permet pas de retenir ce diagnostic sur le plan électroneuro-physiologique. Peut-être la composante synovitique au décours en a-t-elle atténué l'expressivité initiale.
- Madame B. _____ présente par ailleurs des gonalgies dans le contexte d'une gonarthrose modérée, prédominant sur le compartiment interne, pour laquelle le Docteur T. _____ a proposé une viscosupplémentation, qu'il sera bien sûr possible d'effectuer ultérieurement.
- Par ailleurs, sur le plan plus global, je ne pense pas que les rachialgies antérieurement présentées soient à mettre sur le compte de l'atteinte articulaire périphérique, récemment découverte. Je pense que celles-ci doivent s'inscrire dans un contexte plus global et chronique chez une patiente psychologiquement très éprouvée. Dans le cadre de la prise en charge de son rhumatisme, j'ai proposé à Madame B. _____ de pouvoir voir un médecin psychiatre. Elle me semble en effet à même de pouvoir élaborer verbalement sa souffrance. J'ai donc prévu un rendez-vous à la Policlinique psychiatrique I. _____ qui aura lieu sous peu.
- Enfin, il m'apparaît important que sur le plan asséculo-logique, la situation puisse être réévaluée sur la base des éléments nouveaux que j'amène au dossier.
- Concernant ma prise en charge, je reverrai régulièrement la patiente au début de l'instauration de son traitement de fond, initialement aux quinze jours, puis une fois par mois, puis aux trois mois, dès que la situation rhumatologique sera stabilisée et le traitement bien «rôdé»."

Le 27 novembre 2007, le Dr S. _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, diagnostique une PR séropositive

non érosive et non nodulaire stabilisée sous traitement, une fibromyalgie, des cervico-brachialgies récurrentes et une discopathie C4-C5, C5-C6. Il relève notamment que lors du dernier contrôle du 23 octobre 2007, l'évolution est très favorable, avec augmentation du seuil de tolérance à la douleur. Il lui paraît prématuré d'envisager une reprise de l'activité professionnelle.

Dans un rapport du 31 janvier 2008, le Dr C._____, psychiatre, pose le diagnostic de trouble schizotypique (F21.0) ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il indique une incapacité de travail totale depuis 2003 au moins en tant que femme de ménage. Il estime que l'on ne peut pas exiger de l'assurée une autre activité. Il précise que celle-ci souffre d'une pathologie psychiatrique chronique, nécessitant un traitement sur le long terme, ce qui n'implique pas une incapacité de travail complète, mais se surajoute à son mauvais état de santé physique, qui dans cette situation interfère principalement avec sa capacité de travail. Il recommande de se référer surtout à l'évaluation de la santé physique de l'assurée pour déterminer sa capacité de travail.

Dans un rapport du 7 février 2008, la Dresse X._____ mentionne notamment ce qui suit:

"A Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Polyarthrite rhumatoïde séropositive non érosive, non nodulaire, découverte en avril 06
- Cervicobrachialgies bilatérales dans le contexte de discopathies dégénératives prédominant en C5-C6 et C6-C7 avec ostéophytose marginale antérieure
- Céphalées chroniques
- Etat dépressif
- Lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec vertèbres transitionnelles et discopathie L5-S1

Diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail:

- Troubles statiques plantaires
- Récidive de lipome du front du côté D
- Status post embolies pulmonaires bilatérales (janvier 2007)
- Syndrome métabolique avec HTA, hypercholestérolémie, intolérance au glucose et excès pondéral

B Incapacité de travail d'au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que:

A ma connaissance, la patiente exerçait le métier de dame de ménage à 100% et serait à l'arrêt de travail depuis 2003 en raison des rachialgies cervico-lombaires. Pour plus de précisions, merci de voir avec son médecin traitant, le Dr N._____.

(...)

7 Thérapie/pronostic

J'ai diagnostiqué chez Mme B._____ une polyarthrite rhumatoïde séropositive en avril 2006 et instauré un traitement immunosuppresseur par Méthotrexate et corticothérapie. Une année après l'instauration de celui-ci, optimisé le mieux possible sur le plan posologique, force a été de constater que la patiente n'y a que mal répondu raison pour laquelle j'avais motivé en juillet 2007 à la caisse maladie de Mme B._____ l'instauration d'un traitement d'anti-TNF alpha.

Pour une raison qui lui appartient, la patiente a changé de rhumatologue et je ne l'ai dès lors plus revue."

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué par les Drs Y._____, psychiatre, et Q._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, du SMR. Il résulte de leur rapport établi le 15 mai 2008 notamment ce qui suit:

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- trouble schizotypique F 21.
- épisode dépressif moyen sans syndrome somatique depuis juillet 2006, en rémission complète F32.10.
- polyarthrite rhumatoïde séropositive. M 05.9.
- cervico-scapulalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis. M 54.2.
- lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis avec vertèbre transitionnelle S1 et hernie discale L5-S1. M 54.5.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, en rémission complète. F 43.21.
- troubles statiques des pieds.
- status après embolie pulmonaire bilatérale en janvier 2007.
- obésité.
- syndrome métabolique avec hypertension artérielle, obésité, hypercholestérolémie et intolérance au glucose.
- suspicion de syndrome du tunnel carpien bilatéral.

Appréciation consensuelle du cas

Dans un contexte de douleurs chroniques, de conflit asséurologique et une nouvelle atteinte à la santé somatique, inflammatoire et chronique, mise en évidence par la Dresse X._____, spéc. FMH en

médecine interne et rhumatologie, l'état de l'assurée s'aggrave au plan psychique et nécessite une prise en charge psychiatrique ambulatoire depuis le 11.07.2006.

Dans un premier temps il s'agit d'une nette aggravation de la symptomatologie dépressive objectivée par le Dr A._____, chef de clinique et le Dr F._____, méd.-assistant à la Polyclinique psychiatrique I._____, qui dans le consilium psychiatrique du 2.10.2006, posent les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, difficultés liées à l'acceptation d'une maladie chronique et difficultés liées aux conditions économiques.

Dans le rapport médical du 31.01.2008, le psychiatre-traitant le Dr C._____ évoque le diagnostic de trouble schizotypique et selon la CIM-10, les critères cliniques sont tous réunis.

Sous prise en charge psychiatrique ambulatoire accompagné d'un traitement médicamenteux neuroleptique, nous avons constaté une stabilisation de l'état de l'assurée avec la persistance d'un émoussement émotionnel, une pauvreté du contact, une méfiance et une idéation persécutoire. La symptomatologie dépressive d'intensité moyenne est en rémission complète.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble schizotypique qui repose sur la présence de 3 et de préférence 4 manifestations typiques suivant: affect émoussé, attitude froide et distante, pauvreté du contact et tendance au retrait social, méfiance et idéation persécutoire, épisodes transitoires quasi psychotique, de façon continue ou épisodique pendant au moins 2 ans chez un sujet n'ayant jamais répondu aux critères de la schizophrénie.

Le trouble évolue de façon chronique avec une intensité fluctuante et parfois il évolue vers une schizophrénie manifeste.

Par conséquent, sur le plan psychiatrique, depuis juillet 2006, l'état de l'assurée s'aggrave et sa capacité de travail exigible est de 0% dans toute activité. Le pronostic est défavorable.

Du point de vue somatique, l'assurée présente actuellement des tuméfactions douloureuses des poignets ainsi que des métacarpophalangiennes et des articulations interphalangiennes proximales des doigts. Elle présente également des tuméfactions douloureuses des 2 genoux, des douleurs des 2 épaules et de la face externe des 2 hanches ainsi que des cervicalgies et des lombalgies. Depuis que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive a été posé en avril 2006, la situation a eu plutôt tendance à s'aggraver, bien qu'il y ait eu à un moment une amélioration transitoire des tuméfactions sous Cortisone et Méthotrexate. Cependant, depuis l'arrêt de la Cortisone, les tuméfactions articulaires se sont à nouveau aggravées.

Cliniquement, on note effectivement une importante synovite des poignets, des métacarpophalangiennes des 2^{ème} à 3^{ème} rayons ddc ainsi que des synovites moins importantes, mais bien présentes des interphalangiennes proximales du 4^{ème} et 5^{ème} doigt D et du 2^{ème} au 4^{ème} doigt G. On note également des épanchements des 2 genoux et des tuméfactions probablement d'origine synovitique au niveau des 2 malléoles externes. Les manoeuvres de Gänsslen sont également positives aux mains ddc. Ce tableau clinique permet de poser actuellement le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde en poussée. Cliniquement, on note par ailleurs des troubles statiques du rachis, une diminution de la mobilité lombaire et une mobilité cervicale satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part une diminution discrète de la mobilité des

poignets et de la flexion des 2 hanches. Il faut relever par ailleurs des épanchements des 2 genoux liés probablement à une synovite s'accompagnent d'un syndrome rotulien bilatéral et d'un kyste de Baker à droite.

On note également des douleurs à la palpation de 8 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant cependant insuffisant pour poser ce diagnostic. On note également des troubles statiques des pieds. Le status neurologique est sp, mis à part une manoeuvre de Tinel positive au niveau des 2 poignets qui laisse suspecter cliniquement la présence d'un syndrome du tunnel carpien à confirmer par un EMG, qui pourrait être demandé par le Dr S. _____ ou le médecin-traitant de l'assurée.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des discopathies cervicales C5-C6 et C6-C7. Ils mettent également en évidence une hernie discale L5-S1 et une vertèbre transitionnelle S1. Les radiographies des mains et des avant-pieds n'ont pas mis en évidence d'érosion. Par contre, une scintigraphie osseuse de 2007 a mis en évidence une hypercaptation des os du carpe au versant radial de chaque côté ainsi que des petites articulations interphalangiennes distales.

L'anamnèse, le status et les examens complémentaires nous font donc poser les diagnostics susmentionnés.

Au vu de ces pathologies, nous définissons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de femme de ménage ou de baby-sitter. Ainsi, dans ces deux activités, la capacité de travail est nulle. Par ailleurs, l'assurée présentant actuellement une polyarthrite rhumatoïde en poussée, nous définissons également une incapacité de travail complète dans une activité adaptée. Evidemment, la situation devrait être réévaluée d'ici un à deux ans après ajustement du traitement de fond et éventuelle introduction d'anti-TNF alpha.

Les limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles psychiatriques sont psychorigidité, émoussement affectif, méfiance, idéations persécutives, projection, agressivité, diminution des moyens d'adaptation aux changements.

Les limitations fonctionnelles rhumatologiques sont:

Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Membres inférieurs: pas de position debout prolongée de plus de 10 min, pas de marche prolongée de plus de 15 min, pas de genuflexion, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers. Pas de marche en terrain irrégulier.

Membres supérieurs: pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 6 kg avec les membres supérieurs.

Mains: pas de déploiement de force avec les mains, pas de travail de précision avec les mains.

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

Le Dr N. _____, médecin-traitant de l'assurée, atteste une incapacité de travail de 100% depuis le 19.02.2003. Cependant, l'assurée avait été vue au SMR dans le cadre d'un examen rhumato-

psychiatrique le 2.02.2006 et, à cette époque, aucune incapacité de travail n'avait été retenue, l'assurée ne présentant d'ailleurs pas à l'époque les tuméfactions articulaires liées à la polyarthrite rhumatoïde. Ces tuméfactions seraient apparues seulement depuis avril 2006.

Nous retenons donc cette date pour attester depuis lors d'une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle de femme de ménage et de baby-sitter.

Par ailleurs, l'assurée étant actuellement en poussée, nous retenons également une incapacité de travail totale dans une activité adaptée.

Evidemment, cette évaluation de la situation devra être réévaluée du point de vue rhumato-psychiatrique d'ici un à deux ans.

Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail est de 100% depuis juillet 2006, date de l'aggravation de son état.

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

Depuis avril 2006, il y a une incapacité de travail de 100% dans l'activité de femme de ménage et de baby-sitter, elle est restée stable depuis lors.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée souffre d'une pathologie chronique à caractère incapacitant avec des décompensations imprévisibles, et la capacité de travail exigible est de 0% dans toute activité depuis juillet 2006.

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations pluridisciplinaires effectuées lors de l'examen SMR Suisse Romande du 13 mai 2008, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité de femme de ménage et de baby-sitter ainsi que dans toute activité adaptée en raison d'une pathologie rhumatologique inflammatoire floride et psychiatrique.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 0% comme femme de ménage ou baby-sitter

Dans une activité adaptée: 0% depuis avril 2006."

L'assurée est décédée le 2 juillet 2008.

Par décision sur opposition rendue le 12 août 2008, l'OAI a alloué une rente entière depuis le 1^{er} avril 2007. Il a en effet considéré que le rapport SMR du 15 mai 2008 avait valeur probante et qu'il en résultait une incapacité de travail entière dès avril 2006.

B. Par acte du 1^{er} septembre 2008, l'hoirie de B._____ a recouru contre cette décision en concluant avec dépens à sa réforme en ce sens que la rente entière est allouée dès le 1^{er} février 2004 et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique afin

d'établir la date à partir de laquelle l'arthrite rhumatoïde que présentait l'assurée a eu un effet sur sa capacité de travail.

Les recourants ont en outre exposé ne pas avoir pu prendre connaissance du rapport établi le 15 mai 2008 par le SMR et requis la production du dossier AI ainsi qu'un délai complémentaire pour présenter d'éventuelles observations sur son contenu.

Le 19 décembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par courrier du 1^{er} décembre 2008, le conseil des recourants a informé la Cour que les autres héritiers ayant répudié la succession, V. _____ était le seul à pouvoir poursuivre la procédure.

Par ordonnance du 23 décembre 2008 un délai au 22 janvier 2009 a été imparti au recourant pour consulter le dossier AI et pour se déterminer sur celui-ci.

Le recourant a renoncé à déposer de nouvelles déterminations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique dès son entrée en vigueur (art. 117 LPA-VD) notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 1^{er} septembre 2008 par l'hoirie de feu B._____ contre la décision rendue le 12 août 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Ce recours a été interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 60 al. 1 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA) et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). Les autres héritiers ayant répudié la succession, seul V._____ est désormais partie à la procédure.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 III 523 consid. 4.3). Par conséquent, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné, après le

1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^e révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4.1).

3. a) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1^{re} phrase, LAI).

Cette disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Dès le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher 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 ce qui concerne la valeur

probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le ou les médecins traitant de l'assuré (médecin généraliste, psychiatre ou autre spécialiste), le juge prendra en considération le fait que ceux-ci peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

Par ailleurs, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C_191/2008 du 24 novembre 2008 consid. 5.2.2; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3). Un rapport du SMR peut avoir valeur d'expertise à moins qu'il n'existe des indices concrets qui plaident en défaveur de sa fiabilité (ATF 135 V 465).

4. a) La seule question à examiner est celle du point de départ de la rente AI.

En substance, le recourant soutient que l'assurée a été en incapacité de travail totale dès le 21 février 2003 et que le mois d'avril 2006 ne constitue que la date à laquelle a été découverte l'atteinte rhumatologique présentée par l'assurée alors que les douleurs évoquées lors de l'examen du SMR en février 2006 étaient en relation avec l'arthrite rhumatoïde.

b) Dans sa teneur en vigueur avant le 1^{er} janvier 2008 (cf. supra consid. 2), l'art. 29 LAI prévoyait que le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA; let. a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA; let. b).

5. a) Les Drs Y._____ et Q._____ du SMR, dans leur rapport établi le 15 mai 2008, exposent que certes le Dr N._____ atteste une incapacité de travail de 100% depuis le 19 février 2003 mais que l'assurée avait été vue au SMR dans le cadre d'un examen rhumato-psychiatrique le 2 février 2006 et qu'à cette époque, aucune incapacité de travail n'avait été retenue, l'assurée ne présentant d'ailleurs pas à l'époque les tuméfactions articulaires liées à la polyarthrite rhumatoïde. Ils estiment que ces tuméfactions sont apparues seulement depuis avril 2006 et retiennent cette date pour attester depuis lors une incapacité de travail complète dans toute activité sur le plan somatique.

Le 19 janvier 2004, le Dr N._____ diagnostiquait des rachialgies à savoir des cervicalgies chroniques et des lombalgies ainsi que des céphalées de tension et un état anxio-dépressif. Il estimait la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée.

Le 20 juillet 2004, le Dr M._____ diagnostique également des rachialgies. Des IRM ont été effectuées. Les médecins du SMR, qui ont examiné l'assurée le 2 février 2006, mentionnent également des rachialgies. Ils indiquent que cette assurée se plaint de douleurs multiples

touchant le dos, la nuque, les épaules, les bras, le bas du dos, les hanches, les jambes, le genou gauche et les talons, ces douleurs existant depuis environ une dizaine d'années mais s'étant brutalement aggravées le 11 février 2003, sans accident ni faux mouvement. Au niveau des membres supérieurs et inférieurs, ils constatent une bonne mobilité passive, les mouvements sont douloureux soit locaux soit projetés dans le bas, respectivement les cervicales. Ils ne constatent pas de signe d'une atteinte inflammatoire.

Dans son rapport du 30 juin 2006, la Dresse X. _____ mentionne la découverte de la polyarthrite rhumatoïde au mois d'avril 2006, la patiente se plaignant de douleurs des deux mains qui s'associent à des gonflements diffus des doigts et des poignets. Or l'assurée n'a pas fait part de telles douleurs lors de l'examen du SMR en février 2006, ni auparavant auprès des autres médecins consultés. Certes, elle souffrait de rachialgies. Toutefois, la Dresse X. _____ indique que sur le plan plus global, elle ne pense pas que les rachialgies antérieurement présentées soient à mettre sur le compte de l'atteinte articulaire périphérique, récemment découverte, mais que celles-ci doivent s'inscrire dans un contexte plus global et chronique chez une patiente psychiquement éprouvée. Par conséquent, si la polyarthrite rhumatoïde existait, elle ne résulte d'aucun rapport médical établi avant celui de la Dresse X. _____ qui mentionne des symptômes tels que douleurs aux mains et aux poignets ou gonflements diffus des doigts et des poignets.

Par conséquent, au stade de la vraisemblance prépondérante, on doit admettre, avec les médecins du SMR dans leur rapport du 15 mai 2008, que l'état de santé de la recourante s'est aggravé en avril 2006, sa capacité de travail étant nulle dès cette date à cause de la polyarthrite rhumatoïde.

b) Quant à l'affection psychiatrique, les médecins du SMR démontrent également de façon convaincante les raisons pour lesquelles ils retiennent une incapacité de travail totale sur ce plan dès juillet 2006.

Leur appréciation n'est d'ailleurs à juste titre pas remise en cause par le recourant.

c) Le rapport du 15 mai 2008 des médecins du SMR satisfait aux réquisits de la jurisprudence et a ainsi valeur probante.

Le droit à la rente entière est ainsi ouvert dès le 1^{er} avril 2007, compte tenu du délai d'attente d'une année.

6. En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances doit établir les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties; il administre les preuves et les apprécie librement. Cette disposition, qui consacre le principe inquisitoire, impose au juge de constater d'office les faits pertinents de la cause, après avoir administré les preuves nécessaires. Toutefois, le tribunal peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (TF 9C_543/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2 et les références; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009 consid. 3 et les références). Tel est le cas en l'espèce, la requête d'expertise devant ainsi être rejetée.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision attaquée est confirmée.

- III. Les frais d'arrêt arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs) sont mis à la charge du recourant.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Eduardo Redondo, avocat (pour V. _____),
- 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 :