

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 mars 2011

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :     M.     Neu et Mme Di Ferro Demierre  
Greffier     :     Mme    Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Morges, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne

et

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

---

**Art. 4, 28 LAI; 6, 7, 8 et 16 LPGA; 98 let. b LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le 30 septembre 1962, mariée, originaire d'ex-Yougoslavie et vivant en Suisse depuis 1986, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 9 mai 2007. Le 4 juin 2007, elle a précisé que si elle était en bonne santé elle travaillerait à 100 % dans une activité où elle ne serait pas en contact avec des produits.

Dans un rapport médical du 22 juin 2007, la Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué suivre l'assurée à sa consultation depuis le 10 septembre 1993. Elle a mentionné comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente :

- une spondylarthropathie avec sacro-iliite bilatérale;
- des infiltrats pulmonaires d'origine indéterminée;
- un contage et une primo infection tuberculeuse;
- une perte de la vision d'un œil en investigation;
- une dépression moyenne à sévère réactionnelle à la maladie.

Le début des symptômes remonte à 2004 et l'assurée est en incapacité totale de travail depuis le 13 janvier 2006. L'état de santé s'aggrave et ni l'activité exercée jusqu'à maintenant, ni aucune autre activité n'est plus exigible. L'assurée manque de formation et de maîtrise du français. La Dresse B.\_\_\_\_\_ a donné les précisions suivantes :

"3. Anamnèse : patiente d'origine albanaise mère de 2 enfants nés en 1988 et 1990, en Suisse depuis 1986. N'a pas de formation professionnelle et a travaillé comme aide de cuisine puis femme de ménage jusqu'à son dernier emploi qui consistait en travaux de nettoyage à l'école professionnelle de [...].

(...)

A partir d'avril 2004, la situation au plan médical s'est progressivement détériorée avec des douleurs lombaires et abdominales qui ont fait l'objet de nombreuses investigations et plusieurs hospitalisations au G.\_\_\_\_\_. Au cours de l'hospitalisation dans le service de rhumatologie du G.\_\_\_\_\_ en février 2006, on a conclu à une spondylarthropathie HLA B27 négative avec sacro-iliite bilatérale et proposé des investigations

pneumologiques complémentaires pour des infiltrats pulmonaires bilatéraux dans un contexte de contage tuberculeux et T-spot positif.

Une dégradation de la situation a obligé à une nouvelle hospitalisation le 23 janvier 2007 et la décision a été prise d'instaurer un traitement par anti-TNF. La première injection de Remicade a déclenché une réaction allergique sévère et le traitement a été modifié pour de l'Etanercept (Enbrel). Sous ce traitement, au plan physique, la situation s'est améliorée avec une nette régression des symptômes douloureux rachidiens. Le contage tuberculeux a obligé à une prophylaxie par isoniazide. Après 4 ou 5 injections d'Ebrel, Madame R. \_\_\_\_\_ a développé des céphalées et des troubles de la vue dont l'origine est peu claire. Elle est actuellement en investigations dans le service de neurologie du G. \_\_\_\_\_. On suspecte une névrite optique.

4. Plaintes subjectives : les plaintes de la patiente ont consisté en rachialgies diffuses prédominant dans la région fessière avec des sciatiques à bascule. Elle n'annonce pas de limites fonctionnelles périphériques. Il y a des céphalées chroniques. Les troubles urogynécologiques ont disparu avec l'amélioration des signes de sacro-iliite. Actuellement au plan digestif, la patiente n'a plus de plaintes (gastrite à Hélicobacter). Madame R. \_\_\_\_\_ souffre d'un état anxio-dépressif relatif à son état de santé et aux soucis qu'elle se fait de ne plus pouvoir travailler et améliorer l'état financier de la famille. Son mari souffre de lombalgies après échec d'une cure de hernie discale. (...)

5. Constatations objectives : patiente maigre pesant 52 Kg pour une taille de 161 cm. Le jour de cet examen (12.06.2007) pas de lésions cutanées, pas d'adénopathies suspectes. Ampliation thoracique 4 cm. Schober lombaire 10-13 cm et douleurs à la palpation des deux sacro-iliaques. L'examen neurologique périphérique est normal.

(...)

7. Thérapie / Pronostic : Il s'agit d'une affection complexe. La spondylarthropathie avec atteinte bilatérale des sacro-iliaques a été améliorée au plan clinique par les médicaments anti-TNF mais ces derniers doivent probablement être abandonnés en raison des effets secondaires qu'ils entraînent.

En tout état de cause, la capacité de travail est restée nulle du 13 janvier 2006 à l'heure actuelle. Un pronostic à long terme est difficile à établir."

A son rapport médical, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a notamment joint une copie du rapport établi le 28 février 2007 par le Prof. Q. \_\_\_\_\_ et la Dresse Y. \_\_\_\_\_ du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre G. \_\_\_\_\_ (ci-après : G. \_\_\_\_\_) Il résulte de celui-ci que l'assurée a été hospitalisée dans ce service du 23 janvier 2007 au 8 février 2007 en raisons de pygalgies. Dans le cadre de la recherche

d'une origine à ces pygalgies, un bilan biologique large a été effectué qui montrait un syndrome inflammatoire avec VS à 40 mm/h, sans leucocytose. Une hypovitaminose D3 a été découverte et traitée. Le bilan radiologique a montré deux micronodules au niveau des lobes pulmonaires avec un infiltrat lingulaire non spécifique d'aspect inchangé par rapport aux anciens clichés. Une sacro-iléite bilatérale et une enthésite du ligament inter-épineux L3-L4 ont été mises en évidence.

Dans le questionnaire pour l'employeur, le Service du personnel de l'O. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée travaillait en qualité de nettoyeuse depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2003 à raison de 20 heures par semaine. Elle est en arrêt de travail depuis le 4 mai 2006 et ne perçoit plus de salaire depuis le 15 mai 2006.

Le 7 septembre 2007, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a informé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) qu'une névrite optique rétrobulbaire gauche avait été confirmée par les diverses investigations et qu'il y avait en ce moment une cécité quasi complète de l'œil gauche. Elle a aussi précisé que le rhumatisme, qui ne pouvait plus être traité par un anti-TNF, était en acutisation, ce qui entraînait un syndrome douloureux et des limitations fonctionnelles majeures. La Dresse B. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail était complète et ce, probablement de manière définitive.

La Dresse B. \_\_\_\_\_ a joint à son écriture une copie du courrier que le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin associé à l'hôpital ophtalmique, lui avait adressé le 7 août précédent ainsi qu'une copie de celui que les Drs C. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et médecin assistant du Service de neurologie du G. \_\_\_\_\_, lui avaient envoyé le 14 août 2007. Dans le premier, le Dr J. \_\_\_\_\_ posait le diagnostic de status après névrite optique rétro-bulbaire gauche secondaire à un traitement, en précisant que, le 6 août 2007, l'acuité visuelle à droite était de 10/10<sup>e</sup> corrigée, l'Ishihara de 15/15, le segment antérieur étant calme, la tension oculaire de 14 mm Hg. Le nerf optique montrait un C/D à 0,2 et la périphérie rétinienne était en ordre. A gauche, le segment antérieur était

calme et on observait un très discret RAPT gauche; la vision était limitée à la numération des doigts à 20 cm, l'Ishihara était de 2/15, la tension oculaire de 13 mm Hg et le fond d'œil montrait une turgescence papillaire surtout nasale, le reste du status étant dans les limites de la norme. Le Dr J.\_\_\_\_\_ indiquait que l'examen par Octopus avait montré une très discrète amélioration du champ visuel avec un scotome large, persistant en temporal supérieur, nasal supérieur et nasal inférieur. Quant aux Drs C.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, ils confirmaient le diagnostic de névrite optique rétro-bulbaire gauche dans le cadre d'un traitement par anti-TNFa et indiquaient que, lors de la consultation spécialisée des maladies neuro-inflammatoires du 13 août précédent, la patiente avait indiqué qu'il n'y avait pas eu de nouvel événement neurologique depuis sa sortie d'hôpital en juin 2007. Selon elle, il n'y aurait pas eu d'amélioration au niveau de l'acuité visuelle de l'œil gauche, où elle ne percevrait que les mouvements et la lumière. L'assurée se déclarait toujours extrêmement fatiguée, malgré une activité quotidienne relativement restreinte. Dans leur synthèse, les neurologues indiquaient que l'examen du jour restait superposable à celui effectué le 26 juin 2007, avec une atteinte sévère de l'acuité visuelle de l'œil gauche et de discrets signes pyramidaux au membre supérieur droit. Ils relevaient aussi que l'assurée présentait de nombreux symptômes de la lignée dépressive, qui mériteraient un suivi spécialisé et l'introduction éventuelle d'un traitement antidépresseur, étant précisé qu'ils l'avaient encouragée à consulter rapidement un psychiatre.

Dans un rapport médical du 4 mars 2008, la Dresse B.\_\_\_\_\_ indiquait comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée :

- une spondylarthrite HLA B27 négative à prédominance axiale;
- des infiltrats pulmonaires d'origine indéterminée;
- un contage et une primo infection tuberculeuses;
- une névrite optique rétro-bulbaire bilatérale secondaire à un traitement par anti-TNF;
- un état dépressif réactionnel.

Elle précisait que, sur le plan de la spondylarthrite, l'arrêt du traitement par anti-TNF avait entraîné une recrudescence des symptômes douloureux situés surtout dans le rachis, le thorax antérieur et les sacro-iliaques et qu'en ce qui concernait la névrite rétro-bulbaire, l'évolution était très lentement favorable avec une récupération de la vue de l'œil gauche seulement partielle. Au plan pneumologique, lors du dernier contrôle on avait observé une stabilité des infiltrats chroniques, alors qu'au plan biologique, il n'y avait pas de syndrome inflammatoire mais un taux de vitamine D effondré qui motivait une substitution orale. La Dresse B.\_\_\_\_\_ indiquait que, sur le plan psychiatrique, l'assurée était désormais régulièrement suivie par le Dr H.\_\_\_\_\_. Elle confirmait que, de son point de vue, plus aucune activité professionnelle ne pouvait être exigée de l'assurée depuis janvier 2006 et précisait que toutes les activités, que ce soit celles uniquement en position assise, ou uniquement en position debout, dans différentes positions, exercées principalement en marchant, nécessitant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux, en rotation en position debout ou assise, nécessitant de soulever ou de porter, de monter sur une échelle ou un échafaudage, de monter les escaliers étaient impossibles. En ce qui concerne les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance, la Dresse B.\_\_\_\_\_ indiquait qu'elles étaient limitées.

A son rapport médical, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a joint une copie du courrier que les Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, professeur assistant et médecin assistant du Service de neurologie du G.\_\_\_\_\_ lui avaient adressé le 3 janvier 2008 ainsi qu'une copie du courrier que le Prof S.\_\_\_\_\_ et le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin adjoint et médecin assistant du Service de pneumologie du G.\_\_\_\_\_, lui avaient envoyé le 19 décembre 2007. Dans le premier, les neurologues indiquaient notamment une amélioration de la vue au niveau de l'œil gauche dans le sens où désormais l'assurée parvenait à compter les doigts. Dans le second, les pneumologues indiquaient un statu quo depuis la consultation de janvier 2007 sur le plan de la symptomatologie, avec persistance d'une dyspnée invalidante dont l'origine restait indéterminée sur la base des examens effectués jusqu'alors. La description de la symptomatologie par la

patiente, ainsi que les valeurs de saturations mesurées à 100 % au repos et l'absence d'autres diagnostics somatiques, leur faisaient évoquer un diagnostic de syndrome d'hyperventilation chronique. Ils indiquaient que le premier traitement de cette pathologie restait la réassurance de l'absence d'une pathologie somatique à la patiente, ainsi qu'un traitement d'ordre psychologique dans le cadre d'une possible pathologie associée. Concernant les infiltrats pulmonaires décrits et investigués de façon extensive depuis le début de l'années 2006, une radiographie du thorax réalisée le 17 décembre 2007 avait confirmé la stabilité complète de l'infiltrat paracardiaque gauche, témoignant dès lors d'une probable séquelle post-infectieuse ancienne, et ne motivant pas d'investigation complémentaire en l'état.

Dans un rapport médical du 10 avril 2008, la Dresse D. \_\_\_\_\_ du Service de neurologie du G. \_\_\_\_\_ confirmait le diagnostic de névrite optique avec atteinte à la vision, précisant que l'amélioration était lente, l'état actuel montrant la persistance d'une baisse importante de l'acuité visuelle de l'œil gauche. Elle précisait qu'il n'était pas possible de poser un pronostic et qu'elle n'était pas en mesure d'indiquer depuis quand existait une incapacité de travail de 20 % au moins, dès lors qu'elle avait vu l'assurée une seule fois. En ce qui concerne l'activité professionnelle exigible, la Dresse D. \_\_\_\_\_ exposait que, dès lors que l'assurée présentait une sévère atteinte à la vision, d'un point de vue neurologique, elle ne pouvait exercer aucune activité nécessitant une bonne aptitude visuelle. En ce qui concerne l'exigibilité d'une activité professionnelle, elle indiquait que, d'un point de vue neurologique, il n'y avait pas de limitations dans les activités figurant sur le formulaire (uniquement en position assise, ou uniquement en position debout, dans différentes positions, exercées principalement en marchant, nécessitant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, etc.), mais que dans la mesure où l'assurée souffrait également d'une maladie rhumatologique, ces activités étaient probablement très difficiles pour l'assurée.

Dans un rapport médical du 8 janvier 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, indiquait comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail de l'assurée un status après névrite optique rétrobulbaire gauche dans le cadre d'un traitement d'étanercept pour spondylarthrite existant depuis avril-mai 2007. Il précisait avoir suivi l'assurée à sa consultation du 8 mai 2007 au 24 septembre 2007, date du dernier contrôle, et que la suite était assurée par le Dr J.\_\_\_\_\_. Tout en se référant pour le surplus au rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2008, l'ophtalmologue relevait une mauvaise vision de l'œil gauche, avec une vision de loin de 1/60<sup>ème</sup> avec lunettes, non améliorable, et une vision de près de 10 %; le pronostic était difficile à évaluer, probablement mauvais. Il estimait qu'il n'y avait pas de restrictions physiques dans l'activité habituelle exercée et que, sur le plan oculaire et compte tenu de l'acuité visuelle actuelle, toute profession n'exigeant pas de vision binoculaire et stéréoscopique devrait être immédiatement possible, mais relevait que la patiente souffrait d'un syndrome anxio-dépressif très important.

Selon le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, médecin adjoint à l'hôpital ophtalmique, du 28 novembre 2008, dont copie était jointe au rapport médical du Dr M.\_\_\_\_\_, l'acuité visuelle de l'œil gauche de l'assurée était, lors du contrôle du 25 novembre 2008, de loin, avec lunettes, inférieure à 1/60<sup>e</sup>, de près, inférieure à 0,1 non améliorable; la vision des couleurs était de 1/13 à gauche au test d'Ishihara. L'acuité visuelle de l'œil droit était, de loin, avec lunettes, de 60 % non améliorable, de près avec lunettes, de 30 % améliorable à 80 %; la vision des couleurs était de 12/13 à droite au test d'Ishihara. Le Dr L.\_\_\_\_\_ relevait que l'examen de l'assurée était compliqué par la présence d'une composante fonctionnelle non-organique surajoutée et que les seules anomalies objectives que l'on trouvait consistaient en la présence d'un minime déficit pupillaire afférant gauche ainsi qu'une asymétrie des amplitudes de l'onde P 100 aux potentiels évoqués visuels. Cela étant, il voyait deux explications possibles, soit que l'assurée présentait une amblyopie profonde de l'œil gauche, qui serait restée inaperçue jusqu'alors, soit qu'elle avait présenté une neuropathie optique gauche d'évolution spontanément favorable avec

une composante fonctionnelle surajoutée qui rendait impossible de déterminer la fonction réelle de l'œil gauche. Il précisait qu'une tentative de fogging de l'œil droit avait été effectuée, sans amélioration possible de la vision de l'œil gauche et qu'il n'avait, à ce stade, aucune proposition d'investigation ou de traitement particulier.

Dans un rapport médical du 21 janvier 2009, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indiquait avoir reçu l'assurée en consultation à une seule reprise, le 19 septembre 2007. Comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, il indiquait une dépression réactive à un problème de santé physique existant depuis janvier 2006. Son pronostic était précaire et il estimait que l'incapacité de travail en qualité de femme de ménage au moment de la consultation était entière. Comme limitations psychiques, le psychiatre indiquait : angoisse, risque d'attaque de panique, mauvais sommeil. Il précisait que, dans le travail, ces limitations se manifestaient par une incapacité physique et psychique. Il estimait que l'activité exercée jusqu'alors par l'assurée n'était plus exigible, que le rendement était réduit en raison des troubles fonctionnels, tels que diminution de la concentration, angoisse et panique, qu'elle présentait. Il précisait que l'activité adaptée ne devrait pas nécessiter de l'assurée qu'elle monte sur une échelle ou un échafaudage, que ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées et qu'elle présentait également une capacité de compréhension limitée en raison de la langue. En ce qui concerne les mesures de réadaptation professionnelle possibles, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué : besoin de soutien, d'étayage, de réassurance. Il a en outre expliqué qu'il ne pouvait pas se prononcer sur une éventuelle reprise de l'activité professionnelle, respectivement sur une amélioration de la capacité de travail de l'assurée, dès lors qu'il n'avait pas revu celle-ci depuis la consultation du 19 septembre 2007.

Dans un rapport médical du 24 avril 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin adjoint de l'hôpital ophtalmique, indiquait avoir reçu l'assurée en consultation le 28 novembre 2008. Comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, il retenait, d'un point

de vue ophtalmique, une amblyopie profonde de l'œil gauche, en se référant pour le surplus à son rapport médical du 28 novembre 2008. Il précisait toutefois que sur le plan visuel, il n'y avait pas de restriction à une réadaptation professionnelle, les plaintes de l'assurée étant actuellement essentiellement des migraines et des lombalgies.

Par avis médical du 8 mai 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) retenait comme problèmes :

- une spondylarthropathie avec sacro iléite bilatérale ou "spondylarthrite ankylosante HLAB27 négative";
- une vision monoculaire de l'œil droit;
- une dépression moyenne à sévère sans suivi.

Relevant que la Dresse B.\_\_\_\_\_ estimait qu'on ne pouvait envisager que l'assurée exerce une autre activité en raison de son manque de formation et de maîtrise du français alors que l'hôpital ophtalmique considérait que les empêchements oculaires n'entravaient pas l'intégration de l'assurée au monde de l'économie dans une activité possible en vision monoculaire et que le Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre, écrivait en janvier 2009 que l'incapacité de travail en tant que femme de ménage était de 100 % "au moment de la consultation" et qu'il n'y avait pas de suivi, le médecin du SMR concluait qu'un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR était nécessaire pour s'assurer des atteintes de l'assurée à la santé et de leur évolution.

L'assurée a été examinée le 16 juin 2009 par le SMR, en présence d'un traducteur; les médecins examinateurs mentionnés sur le rapport sont la Dresse I.\_\_\_\_\_, "ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie", et le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Leur rapport, daté du 24 juin 2009, a été contresigné par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation. Ce rapport relève notamment ce qui suit :

**"ANAMNÈSE**

(...)

**Anamnèse psychosociale et psychiatrique**

(...)

Actuellement, elle consulte essentiellement :

- La Dresse B. \_\_\_\_\_ à raison d'une fois par mois pour prescription d'une ordonnance comprenant, sur le plan psychotrope : Temesta® 1 mg le soir, Cymbalta® 60 mg 1 cp le soir.
- Le service de pneumologie du G. \_\_\_\_\_ à raison d'une fois par trois mois pour surveillance.
- le service d'ophtalmologie de l'Hôpital ophtalmique à raison d'une fois par mois pour surveillance.
- Depuis fin 2008 : le Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre à Morges, qu'elle voit une fois par mois pour des entretiens et précise que cette thérapeutique n'a aucun effet sur sa symptomatologie.

(...)

### **Status ostéo-articulaire**

L'assurée est calmement assise en attendant et pendant l'entretien qui dure  $\frac{3}{4}$  d'heure. Elle ne montre aucun signe de douleur non verbal jusqu'au moment où on lui pose la question du temps durant lequel elle peut rester assise; à ce moment-là, elle grimace. Elle se lève d'un trait, sans difficulté, se déshabille et se rhabille debout, sans handicap visible, passant la blouse par-dessus la tête. Elle se déplace sans boiterie.

(...)

### **Status psychiatrique**

La présentation, le contact et la collaboration de l'assurée sont bons, la cognition est dans la norme, l'orientation aux trois modes est bonne, il n'y a ni trouble de mémoire, ni ralentissement psychomoteur, ni agitation. Le discours est cohérent, on ne retrouve pas de trouble du cours de la pensée ou du contenu de la pensée. L'assurée partage le focus d'attention. A noter que pendant l'heure que va durer l'entretien, l'assurée ne prendra pas de position antalgique et qu'elle s'exprime avec une voix particulièrement basse.

L'examen psychiatrique du SMR met en évidence :

- Une thymie bonne, sans tristesse, ni irritabilité,
- avec ruminations existentielles concernant l'avenir, sans idées noires,
- sans anhédonie (elle apprécie de faire la cuisine, les promenades, d'être à la maison et de vaquer à ses occupations),
- avec fatigabilité anamnétique, sans trouble de concentration,
- sans repli sur elle-même (elle déclare des amitiés et connaissances qui se rencontrent régulièrement ainsi que des contacts réguliers et fréquents avec la famille de son mari),
- sans perte d'estime d'elle-même (elle déclare que, si elle n'avait pas mal, elle se sentirait capable de tout et ne se sent pas entravée par la douleur),
- le sommeil est préservé par le Temesta® du soir, l'appétit est fluctuant, la libido est décrite comme satisfaisante.

L'examen psychiatrique met aussi en évidence des éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules, l'assurée fait état de trois hospitalisations aux urgences au G. \_\_\_\_\_ en raison de crises d'anxiété généralisée avec tachycardie et sueurs; ces hospitalisations ont duré à chaque fois deux jours, la première au printemps 2008, la seconde en octobre 2008, la troisième en mars 2009. Ces trois épisodes sont les seuls que l'assurée ait connus. L'examen ne retrouve pas d'éléments en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie. L'assurée fait état de rituels de vérification, sans rituels de lavage.

L'examen du SMR ne retrouve ni signe floride de la série psychotique, ni critère CIM-10 de trouble de personnalité.

(...)

#### DIAGNOSTICS

- **avec répercussion sur la capacité de travail**

- RACHIALGIES NON DÉFICITAIRES DANS LE CONTEXTE D'UN TROUBLE STATIQUE ET D'UN STATUS POST SACRO-ILÉITE BILATÉRALE AVEC DÉCONDITIONNEMENT MUSCULAIRE (M54.8).
- AMBLYOPIE PROFONDE DE L'ŒIL G.
- AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.

- **sans répercussion sur la capacité de travail**

- SCAPULALGIES D AVEC TRÈS DISCRÈTE PÉRIARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE.
- INFILTRAT PULMONAIRE D'ORIGINE INDÉTERMINÉE EN 2007.
- STATUS POST PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE.
- CARENCE EN VITAMINE B, VITAMINE D ET ACIDE FOLIQUE SUBSTITUÉE.
- DYSTHYMIE (F34.1).

#### APPRÉCIATION DU CAS

Sur le plan ostéo-articulaire, cette assurée présente donc des douleurs multiples, notamment des rachialgies, au niveau de l'épaule D, aux coudes et aux genoux. Les douleurs à l'épaule sont présentes depuis 18 ans, au niveau du rachis, depuis 5-6 ans et aux coudes et aux genoux, depuis une chute il y a deux ans.

Les investigations approfondies ont mis en évidence un status post sacro-iléite bilatérale, sans autre signe d'un rhumatisme inflammatoire, respectivement d'une spondylarthrite; le facteur HLA-B 27 est absent. Le traitement par un anti-TNFa, traitement compliqué par une allergie au Remicade® respectivement apparition de troubles de la vue après 4-5 infections d'Enbrel®.

(...)

Lors de l'examen, on est en face d'une femme en bon état général, pas particulièrement fatiguée, plutôt mince et peu musclée. Le status de la médecine interne générale est dans les limites de la norme avec une tendance à l'hypotension artérielle. L'ampliation respiratoire est de 5,5 cm.

Le status ostéo-articulaire met en évidence un rachis plutôt plat, sans scoliose, bien mobile au niveau cervical et dorsal. La mobilité active lombaire est quelque peu limitée pour l'inclinaison latérale et la flexion, (...)

Toutes les grandes articulations périphériques sont bien mobiles.

(...)

Le status neurologique est dans les limites de la norme. (...)

Le dossier radiologique montre effectivement une sacro-iléite bilatérale, très probablement ancienne. On ne trouve par contre aucun autre signe d'une spondylarthrite ankylosante, notamment pas de syndesmophytes, déformation des corps vertébraux en tonneau ou d'une arthrite périphérique.

En résumé, cette assurée présente des douleurs rachidiennes depuis 5-6 ans, des scapulalgies D depuis 18 ans et des douleurs aux coudes, respectivement aux genoux, avec fourmillements périphériques depuis 2 ans suite à une chute sur les fesses. Les différentes investigations mettent en évidence un status post sacro-iléite bilatérale comme une possible explication pour les douleurs rachidiennes. Par contre, la scintigraphie en mars 2006 est négative, le facteur HLA-B27 absent. L'anamnèse que nous fournit l'assurée ne parle pas pour une maladie inflammatoire : elle n'a pas de douleurs au repos, nocturnes ou matinales, et on peut difficilement imaginer que la prise d'un Temesta® le soir l'endorme si profondément qu'elle ne les ressent pas et se réveille. Elle ne présente pas

d'autre signe de spondylarthrite, l'ampliation thoracique est normale, les douleurs plutôt de type mécanique. On constate que l'assurée ne fait aucune physiothérapie active ni du sport adapté, élément important dans la thérapie de spondylarthrite ankylosante. Tout ne met pas en doute le diagnostic en soi, mais parle contre une activité inflammatoire actuelle significative.

Au vu du status clinique d'aujourd'hui et en l'absence de signes nets inflammatoires, on ne peut pas s'accorder avec la position du médecin traitant qui atteste une incapacité de travail totale dans toute activité. On ne trouve pas les raisons objectives pour toutes les limitations fonctionnelles énumérées qui suggèrent en fait que l'assurée ne peut plus rien faire (...), ce qui est en contradiction avec la vie quotidienne décrite par l'assurée qui s'occupe de tout le ménage. (...)

Sur le plan neurologique, l'assurée présente une amblyopie profonde de l'œil gauche dans le contexte d'une névrite optique rétro-bulbaire secondaire au traitement anti-TNFa, qui ne devrait pas compromettre les mesures de réadaptation professionnelle (...). Les médecins de l'hôpital ophtalmique (...) notent une évolution favorable lente, mais aussi qu'une "composante fonctionnelle surajoutée rend impossible de déterminer la fonction réelle de l'œil gauche". Pendant l'examen, l'assurée ne mentionne pas un problème de vue et une gêne visuelle n'est pas observée.

En conclusion, une incapacité de travail totale dans toute activité n'est donc plus justifiée. En absence de tout signe en faveur d'un processus inflammatoire persistant, on peut exiger de cette jeune assurée qu'elle reprenne un travail adapté aux limitations fonctionnelles à un taux de 100 %. Si au début, la situation était complexe avec divers problèmes à investiguer et traiter, elle est maintenant bien contrôlée. L'amélioration lente de la névrite optique est documentée depuis août 2007, et selon le rapport médical de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 10.04.2008 sur examen du 17.12.2007, une activité ne nécessitant pas de vue binoculaire est possible.

Sur le plan psychiatrique, (...)

L'examen psychiatrique au SMR met en évidence les éléments d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif léger avec thymie bonne, sans tristesse ni irritabilité, ruminations existentielles, sans idées noires, sans anhédonie, avec fatigabilité anamnétique, sans trouble de concentration, sans replis sur elle-même sans perte d'estime; le sommeil est préservé par les médicaments, appétit fluctuant. Le tableau est particulier de par sa fluctuation avec, à raison de 80 % du temps des moments où l'assurée est moins bien, s'allonge, s'isole, et à raison de 20 % du temps des moments où elle se sent mieux, sort et apprécie de rencontrer les gens, de mieux s'investir dans ses tâches ménagères. L'intensité et la fluctuation du tableau orientent vers le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines durant lesquels ils se sentent bien mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués, déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent mais restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée.

Il est à noter que l'assurée se déclare indemne d'antécédents médicaux jusqu'en 2007 sur le plan psychiatrique, ne pas avoir eu de suivi psychiatrique jusqu'en décembre 2008, moment où elle a consulté un psychiatre dont elle ne se souvient pas le nom, et

qu'elle a vu à raison d'une fois par mois, soit cinq fois antérieurement à l'examen SMR. Ces consultations n'ont, d'après l'assurée, apporté aucune amélioration de sa symptomatologie.

Au dossier figure un rapport médical du Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre à Morges, consulté une fois en date du 10.09.2007 et qui envisage comme diagnostic ayant effet sur la capacité de travail une dépression réactive à des problèmes de santé physique sans cotation CIM-10 avec incapacité à 100 % au moment de la consultation. Le rapport est daté du 21.01.2009 et le médecin précise ne pas avoir revu l'assurée.

Par ailleurs, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Nous pouvons donc conclure que l'examen clinique psychiatrique ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

#### **Les limitations fonctionnelles**

*Sur le plan somatique*, il faut éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc ou en porte-à-faux. Port de charge limité à 10 kg occasionnellement. Selon l'hôpital ophtalmique : pas de vision binoculaire possible.

*Sur le plan psychiatrique*, aucune limitation fonctionnelle.

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

*Sur le plan somatique*, depuis le 13.01.2006 selon la Dresse B. \_\_\_\_\_ (RM du 18.06.2007).

*Sur le plan psychiatrique*, sans objet.

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

*Sur le plan somatique*, 100 % dès lors selon le médecin traitant. Nous ne trouvons pas de justification médicale pour que cette incapacité de travail perdure jusqu'à aujourd'hui. Sur la base de l'anamnèse et des documents à disposition, une reprise est exigible depuis début 2008.

*Sur le plan psychiatrique*, sans objet.

Concernant la capacité de travail exigible, on peut accepter que l'atteinte rachidienne contre-indique des travaux lourds, et que pendant les investigations et les différents traitements avec complications, l'incapacité soit justifiée. Au vu du peu de lésions objectivables, la capacité de travail est actuellement exigible à 100 %, une diminution de rendement de 10-15 % peut résulter de la nécessité de changer régulièrement de position.

#### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 30 % POUR DES RAISONS SOMATIQUES

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 90 % DEPUIS : DÉBUT 2008"

Dans un avis médical établi le 10 juillet 2009, le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR a repris les diagnostics, limitations fonctionnelles et les conclusions sur la capacité de travail exigible de l'assurée tels qu'ils figurent dans le rapport d'examen bidisciplinaire du 24 juin 2009 des Drs W. \_\_\_\_\_, V. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_.

Le rapport d'enquête économique sur le ménage établi le 4 novembre 2009 indique que l'assurée a réitéré sa déclaration selon laquelle, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % pour des raisons économiques, son époux étant en arrêt maladie depuis octobre 2008 et dans l'attente d'une décision de l'AI. L'enquêtrice relève que, dès lors que l'assurée est encore relativement jeune (47 ans), il paraît plausible que dans la situation du couple telle qu'elle existe, l'assurée travaillerait vraisemblablement à 100 % et que le salaire de nettoyeuse étant forcément modeste, un temps complet serait nécessaire. Elle explique qu'au vu du statut d'active à 100 % de l'assurée, l'enquête ménagère sous sa forme habituelle ne s'est pas réalisée et précise que l'assurée fait tout dans son ménage, aidée seulement de son époux et de son fils.

Par projet de décision du 23 novembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité déposée par R. \_\_\_\_\_ le 9 mai 2007. Il a retenu que la capacité de travail résiduelle de l'assurée en raison de son état de santé était de 30 % dans son activité habituelle de nettoyeuse et de 90 % dans une activité adaptée à ses limites fonctionnelles. Après avoir calculé que la perte économique en résultant correspondait à un degré d'invalidité de 16,20 %, il a constaté que celui-ci n'atteignait pas le minimum légal de 40 % ouvrant le droit à une rente.

Par écriture du 27 novembre 2008 (recte : 2009), l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI du 23 novembre précédent.

Le 21 décembre 2009, elle a formellement requis un complément d'examen médical.

Le 4 janvier 2010, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport médical établi par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 30 décembre 2009, qui relève notamment ce qui suit :

"(...) cette patiente présente une histoire relativement complexe, dont l'élément marquant est avant tout une névrite optique

rétrobulbaire bilatérale, c'est-à-dire une maladie inflammatoire des deux nerfs optiques, d'origine toxique médicamenteuse, bilatérale mais prédominant fortement à gauche, survenue début 2007, et qui n'a malheureusement que très peu, voire pas du tout récupéré depuis.

(...)

La dernière consultation à mon cabinet a eu lieu le 22 décembre 2009. Voici mes constatations faites à cette occasion .

Acuité visuelle de l'œil droit : 20 à 30 % avec la meilleure correction optique possible.

Acuité visuelle de l'œil gauche : perception des mouvements de la main et de la lumière, non améliorable.

De près, la fonction visuelle est correspondante.

Examen du champ visuel (...) : très important rétrécissement concentrique au niveau de l'œil gauche avec atteinte centrale également. Au niveau de l'œil droit, rétrécissement concentrique beaucoup moins marqué, plus ou moins superposable aux examens pratiqués précédemment, en 2007 notamment.

L'examen morphologique de l'œil ne montre rien de particulier. Dysversion du nerf optique à gauche (implantation oblique du nerf optique).

Voici donc pour les constatations objectives. Subjectivement, la patiente, déprimée, parle peu ou pas, semble épuisée, et se plaint de maux de tête ainsi que de douleurs ressenties derrière les globes oculaires, prédominant à gauche. Elle ne relate aucune amélioration depuis deux ans maintenant, elle aurait plutôt l'impression que la situation se dégrade encore.

L'incidence sur la capacité de travail est la suivante :

Ce qui est sûr, c'est que pour tout travail nécessitant la vision binoculaire et stéréoscopique, Madame R. \_\_\_\_\_ est inapte. En effet, en raison d'une presque cécité de l'œil gauche, toute vision binoculaire et stéréoscopique est exclue. L'œil droit présente également une fonction visuelle fortement diminuée, au point où la lecture par exemple est très pénible et lente. Le champ visuel étant rétréci, la patiente ne peut pas se déplacer rapidement ou percevoir rapidement les choses qui se passent dans son proche entourage. Elle est très déprimée de ce fait, et il est clair que cet état augmente à son tour la façon dont Madame R. \_\_\_\_\_ perçoit son handicap. A mon avis, seule une occupation simple, n'excédant pas une à deux heures par jour pourrait être envisagée. Cette occupation ne devrait pas exiger des capacités de lecture ou de travail minutieux avec les mains, faute de possibilité de contrôle visuel. Autant dire que la capacité de travail est probablement nulle pour toute activité que l'on pourrait imaginer."

Dans un rapport médical établi le 20 janvier 2010, la Dresse B. \_\_\_\_\_ relevait notamment ce qui suit :

"En révisant mon dossier, je relève de nombreuses consultations en urgence pour des douleurs cervicales, lombaires ou thoraciques dès 1998. C'est en 2005, que des investigations radiologiques effectuées

pour cerner la cause de douleurs survenues après une chute, ont permis de déceler une sacroïllite chronique pouvant entrer dans le cadre d'une spondylarthrite, rhumatisme inflammatoire qui pouvait expliquer la totalité des troubles. Néanmoins, comme il est mentionné dans l'expertise médicale, Madame R. \_\_\_\_\_ n'a jamais présenté d'inflammation notable dans le sang, ni manifestations classiquement rencontrée dans cette maladie. Mais au cours de l'année 2006, ma patiente va voir son état général s'altérer. Des douleurs situées dans le flanc gauche ont nécessité de nouvelles investigations. On découvre à ce moment une pathologie pulmonaire qui va faire suspecter une tuberculose. Je joins à la présente le rapport d'hospitalisation du service de rhumatologie du G. \_\_\_\_\_ qui explique bien les incertitudes diagnostiques qui ont néanmoins conduit à la prescription d'un médicament destiné à contrôler le rhumatisme. Malheureusement, Madame R. \_\_\_\_\_ a développé des effets secondaires dont une névrite optique qui réduit sa capacité visuelle de l'œil gauche. Par la suite, de multiples contrôles en pneumologie et en neurologie ont été effectués pour déterminer l'évolutivité des diverses pathologies, mais on reste toujours dans l'incertitude et à l'heure actuelle, les spécialistes ne connaissent toujours pas la nature de l'infiltrat pulmonaire gauche ni l'importance des lésions oculaires... cette situation peut bien entendu générer un état d'angoisse qui s'exprime par des plaintes mal systématisées. (...)

**En conclusion**, je ne peux que constater, de façon répétée, souvent de manière aiguë, des troubles ostéo-articulaires générant une impotence fonctionnelle majeure mais de façon intermittente. Je ne critique pas l'anamnèse et l'examen clinique rhumatologiques effectués par les spécialistes de l'Assurance Invalidité. Je suis néanmoins frappée par la "banalisation" des symptômes, qui chez moi sont beaucoup plus bruyants, ayant motivé depuis 2009 une dizaine de consultations presque toujours en urgence pour des douleurs thoraciques ou rachidiennes.

Mon étonnement va plus dans les conclusions du spécialiste en psychiatrie qui ne trouve pas cette patiente déprimée, alors que je la vois à chaque fois prostrée, geignante et incapable de préciser ses troubles. Je suis donc très surprise des renseignements qui ont pu être obtenus lors de l'anamnèse.

Pour ma part, mais cela sera certainement interprété comme un avis subjectif d'un médecin traitant trop empathique, je ne peux imaginer cette femme effectuant un travail régulier exigeant force musculaire et mobilité, tel que femme de ménage. Je m'étonne de plus que l'on puisse exiger une reprise du travail à 100 % depuis début 2008, alors qu'il m'est possible d'attester des consultations mensuelles à chaque fois dans un état douloureux concernant le thorax et le rachis. En 2008, la patiente a aussi été vue régulièrement par les confrères pneumologues et neurologues qui devaient pouvoir attester de son état incompatible avec une activité professionnelle. Quant au côté psychiatrique, il n'est pas de mon ressort d'en estimer la responsabilité sur les troubles de la santé présentés par Madame R. \_\_\_\_\_, mais la description du spécialiste de l'Assurance Invalidité me laisse perplexe, ne correspondant pas du tout aux constatations que je fais depuis bientôt 17 ans."

Dans un rapport médical du 25 janvier 2010, le Dr J. \_\_\_\_\_ relevait notamment ce qui suit :

"La patiente susnommée s'est présentée à l'Hôpital ophtalmique pour la première fois le 22 juin 2007 se plaignant d'une importante diminution d'acuité visuelle de l'œil gauche.

Différentes investigations ont été faites de façon à exclure la présence d'une névrite optique rétrobulbaire de l'œil gauche chez une patiente traitée par Isoniazine (Rimifon) puis par anti-TNFa.

A distance de l'épisode aigu : le 28 octobre 2008. Les investigations complémentaires ont été effectuées auprès du Dr L. \_\_\_\_\_, neuro-ophtalmologue, ayant permis de conclure soit à une névrite optique rétrobulbaire spontanément résolue versus une amblyopie profonde de l'œil gauche. L'acuité visuelle résiduelle de l'œil gauche est de moins de 1/10<sup>e</sup>, l'acuité visuelle de l'œil droit de 10/10<sup>e</sup>. Nous n'avons pas de renseignement sur l'acuité visuelle avant les faits.

L'atteinte oculaire de cette patiente la limite uniquement lors d'activités nécessitant une vision binoculaire. Etant donné la profession actuelle de cette patiente (femme au foyer) cette atteinte ne devrait pas atteindre cette patiente dans ses activités. Des professions nécessitant une excellente vision binoculaire comme (conduite d'un autocar, etc...) ne peuvent donc pas être effectuées."

Dans un avis médical du 3 mars 2010, le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR indiquait ce qui suit :

"Le courrier du Dr M. \_\_\_\_\_ adressé à l'avocat de l'assurée, daté du 30.12.2009, retient "une acuité visuelle de l'œil droit de 20 à 30 % avec meilleure correction possible". Dans ce contexte, le Dr M. \_\_\_\_\_ apprécie l'exigibilité dans une activité adaptée de 1h00 à 2h00 par jour. Le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin-adjoint à l'hôpital ophtalmique (...), dans son courrier du 25.01.2010, à l'avocat de l'assurée, retient quant à lui une acuité visuelle de l'œil droit de 10/10<sup>ème</sup>. Il écrit plus loin : "l'atteinte oculaire de cette patiente la limite uniquement lors d'activités nécessitant une vision binoculaire. Etant donné la profession actuelle de cette patiente (femme au foyer) cette atteinte ne devrait pas atteindre cette patiente dans ses activités. Des professions nécessitant une excellente vision binoculaire comme (conduite d'un autocar, etc...) ne peuvent donc pas être effectuées." Ces limitations fonctionnelles avaient été prises en compte dans le rapport d'examen SMR du 10.06.2009.

L'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ recoupe le rapport de consultation du G. \_\_\_\_\_ du 3.01.2008, qui établissait déjà à l'époque une amélioration de la vision lointaine corrigée à 0,8 à droite. Elle est précise et débouche sur des limitations fonctionnelles ainsi que sur une appréciation de la capacité de travail que l'on peut attendre dans une activité adaptée. Dans son rapport médical en date du 8.01.2009, le Dr M. \_\_\_\_\_, au point 1.9 "peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle?" cochant la case oui en précisant

"sur le plan oculaire et compte tenu de l'acuité visuelle actuelle, toute profession n'exigeant pas de vision binoculaire et stéréoscopique devrait être possible".

L'acuité visuelle de 305 à droite est celle qui est appréciée sans le port de lunettes. C'est une acuité visuelle corrigée qui est prise en compte par l'hôpital ophtalmique dans le rapport médical du Dr J. \_\_\_\_\_ en date du 25.01.2010. Il n'y a donc pas de raison de s'écarter de son appréciation.

Nous maintenons notre position."

Par décision du 9 mars 2010, l'OAI a confirmé le projet de décision du 23 novembre 2009 refusant à l'assurée le droit à une rente. Il a considéré que les nouveaux rapports médicaux soumis à son attention n'apportaient aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

**B.** Par acte du 12 avril 2010, l'assurée, a recouru contre la décision de l'OAI du 9 mars 2010 en concluant principalement à la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée à compter d'une date fixée à dire de justice, mais au plus tard dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants.

Par réponse du 27 mai 2010, l'OAI a notamment relevé ce qui suit :

"En ce qui concerne l'examen clinique effectué par le SMR en juin 2009, nous tenons à préciser ce qui suit :

- le volet psychiatrique ne peut être invalidé du seul fait que les constatations faites par le Service médical régional et les conclusions qui en découlent sont contraires à l'avis des médecins traitants
- le volet rhumatologique n'est pas entaché d'un quelconque vice quant à la personne de l'examineur : la Dresse I. \_\_\_\_\_, bien que n'état pas au bénéfice d'un titre FMH en rhumatologie, est autorisée par le Service de la santé publique, compétent en la matière, à pratiquer des examens rhumatologiques et à signer seule ses rapports vu son expérience professionnelle. En l'espèce, elle a effectué l'expertise sous la supervision du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, spécialisation qui lui donne les compétences nécessaires pour

établir des limitations fonctionnelles ostéo-musculo-articulaires (cf. avis du service médical régional du 20 mai 2010, en annexe).

Selon nous, le rapport relatif à cet examen satisfait toutes les exigences jurisprudentielles quant à la valeur probante d'un tel document. Des investigations complémentaires ne se justifient dès lors aucunement.

Concernant le problème oculaire, nous renvoyons en particulier à l'avis du Service médical régional du 3 mars 2010, rendu à l'occasion de la procédure d'audition.

La capacité de travail de notre assurée telle que retenue depuis janvier 2008 doit à notre avis être confirmée.

Par contre, une erreur a été faite par notre Office quant au début de l'incapacité de travail durable. Il fallait admettre une incapacité totale dans toute activité dès le 13 janvier 2006, en lieu et place du 18 juin 2007 (cf. avis du SMR ci-joint).

Nous proposons la réforme de la décision attaquée dans le sens de la reconnaissance du droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 mars 2008. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le degré d'invalidité doit être confirmé à hauteur de 16,2 %, degré insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles autres qu'une aide au placement."

Dans un avis médical du 20 mai 2010, le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR indique notamment ce qui suit :

"Le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH, a cosigné l'examen médical SMR du 16.06.2009. Il n'a pas examiné l'assurée. Il a supervisé toute la procédure mise en place dans le cadre de cet examen clinique rhumatologique et psychiatrique SMKR et sa signature l'associe à la démarche médico-assécurologique des médecins examinateurs.

Pour répondre à votre question : "si un FMH de médecine physique et rééducation est approprié pour procéder à une expertise rhumatologique" je dirai que d'un point de vue médical, ce qui importe c'est la mise en évidence des limitations fonctionnelles objectives secondaires aux diagnostics somatiques retenus dans une classification internationale des maladies. Pour ce qui est des limitations fonctionnelles secondaires à des maladies ostéo-musculo-articulaires, la procédure d'examen clinique est la même, que vous soyez titulaire d'un FMH de rhumatologie, d'un FMH de chirurgie orthopédique ou d'un FMH de médecine physique et rééducation fonctionnelle. Pour établir des limitations fonctionnelles somatiques ostéo-musculo-articulaires, il n'y a pas de compétences spécifiques propre au porteur d'un titre FMH en rhumatologie que ne posséderait pas un porteur d'un titre FMH en chirurgie orthopédique ou en médecine physique et rééducation."

Il ressort d'un courrier que le Dr J.\_\_\_\_\_ a adressé au conseil de la recourante le 21 mai 2010 notamment ce qui suit :

**"Conclusion :**

Cette patiente présente actuellement une atteinte mixte de l'œil gauche et une atteinte rétinienne associée à une atteinte des voies visuelles mises en évidence par les examens angiographiques et rétro-rétinographiques. Il est difficile de préciser de quand date cette atteinte étant donné que lors du premier contrôle effectué à l'Hôpital ophtalmique l'acuité visuelle de l'œil gauche était limitée aux mouvements de la main. Les examens effectués par le Dr M.\_\_\_\_\_ en 2007 mettent également en évidence une vision de 0,05 à l'œil gauche. L'amblyopie profonde est certainement préexistante à cette atteinte.

A droite : nous avons une acuité visuelle oscillant entre 4 et 6/10<sup>e</sup> associée également à une fonction visuelle avec un champ visuel de minimum 40 à 50° et très variable en fonction des différents temps d'examens."

Par réplique du 22 juin 2010, la recourante a maintenu intégralement ses conclusions, en relevant qu'aucun des arguments de l'intimé était de nature à modifier sa position.

Le 2 juillet 2010, l'OAI a transmis au tribunal une copie des questions adressées au SMR ainsi qu'une copie de l'avis de ce service, auquel il a déclaré se rallier. L'avis médical du Dr N.\_\_\_\_\_ du SMR du 30 juin 2010 relève ce qui suit :

"Suite à votre mandat du 16.06.2010, j'ai contacté le Dr J.\_\_\_\_\_, ophtalmologue à l'hôpital ophtalmique (...) le 22.06.2010. Après une longue discussion nous avons conclu qu'il convenait de mettre en place un complément d'instruction auprès du Dr L.\_\_\_\_\_ de l'hôpital ophtalmique (...), afin qu'il nous précise si l'assurée porte des lunettes dans la vie de tous les jours, l'acuité visuelle de l'œil droit non-correctée et correctée, les limitations fonctionnelles ophtalmiques et la capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles.

Nous suggérons au Tribunal de donner ce mandat au Dr L.\_\_\_\_\_ (...)."

Par écriture du 26 juillet 2010, la recourante a indiqué qu'elle n'était pas opposée à ce que le Dr L.\_\_\_\_\_ de l'hôpital ophtalmique se détermine sur son acuité visuelle, ses limitations visuelles ophtalmiques et

sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations. Elle a relevé qu'elle était toutefois sujette à un ensemble de troubles invalidants et non à un seul handicap visuel.

### **E n d r o i t :**

**1.** Compte tenu des feries (art. 38 al. 4 let a LPGA, [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), le recours, est déposé en temps utile. Satisfaisant en outre aux autres conditions de forme, il est recevable (art. 60 al. 1 LPGA,).

**2. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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 in fine).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

**b)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGGA).

**3. a)** Le recours tend à la réforme de la décision de l'OAI du 9 mars 2010 et à l'octroi d'une rente entière AI au plus tard dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007. En substance, la recourante reproche à l'intimé d'avoir constaté les faits déterminants, en ce qui concerne son état de santé tant physique que psychique, de façon incomplète, respectivement inexacte, et requiert formellement la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans son écriture du 2 juillet 2010, l'OAI, faisant sien l'avis du SMR du 30 juin précédent, reconnaît que l'instruction de la cause devrait être complétée par l'interpellation du Dr L. \_\_\_\_\_ de l'hôpital ophtalmique afin que celui-ci précise si la recourante porte des lunettes dans la vie de tous les jours, quelle est l'acuité visuelle de l'œil droit non-correcté et corrigé, les limitations fonctionnelles ophtalmiques et la capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles. Sur les autres atteintes invalidantes alléguées par la recourante, somatique et psychiatrique, il maintient sa position en se fondant sur le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 24 juin 2009 qui, sur le plan psychiatrique, ne retient aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante et, sur le plan somatique, outre une amblyopie profonde de l'œil gauche, des rachialgies non déficitaires dans le contexte d'un trouble statique et d'un

status post sacro-iléite bilatérale avec déconditionnement musculaire, lui reconnaissant de ce fait une capacité de travail de 30 % dans son activité habituelle de nettoyeuse et de 90 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**b)** En vertu du droit cantonal (cf. art. 61, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA), celui qui recourt au Tribunal cantonal peut invoquer la violation du droit, y compris l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation (art. 98 let. a LPA-VD), ainsi que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 98 let. b LPA-VD).

Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'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 dûment 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4

RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'assureur est tenu d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TF I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

**c)** En l'espèce, forcent est de constater que les avis médicaux figurant au dossier divergent quant à la nature des troubles de santé que présente la recourante et leur incidence sur sa capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, les constatations du Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR, qui conclut à l'absence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée, sont en contradiction avec les avis de tous les médecins consultés par la recourante,

ophtalmologue et rhumatologue compris, qui retiennent un état dépressif moyen à sévère. De même, sur le plan rhumatologique, l'examen clinique et les conclusions de la Dresse I. \_\_\_\_\_ du SMR, qui sont en contradiction avec celles de la Dresse B. \_\_\_\_\_, ne permettent pas de lever le doute sur l'affection rhumatismale qui affecte la recourante et ses incidences sur la capacité de travail de celle-ci. Enfin, sur le plan ophtalmologique, l'OAI admet qu'un complément d'instruction est nécessaire pour déterminer la nature de l'affection que présente la recourante, son incidence sur l'acuité visuelle de celle-ci, partant sur sa capacité de travail et/ou les limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, force est de constater que la Cour de céans ne dispose pas des éléments médicaux probants lui permettant de statuer sur le recours dont elle est saisie, et que seule une expertise pluridisciplinaire, psychiatrique, rhumatologique et ophtalmique, sera à même de déterminer avec certitude et précision la nature des atteintes à la santé de la recourante, dans quelle mesure les troubles qu'elle présente sont invalidants, et le cas échéant, la capacité de travail encore exigible.

Il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'OAI complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision tenant compte de l'évaluation globale du degré d'invalidité éventuelle de la recourante.

**4. a)** Le recours étant admis, la décision entreprise annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants; l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

**b)** La recourante qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse,

d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, la recourante a été assistée par un avocat de l'association suisse des assurés/es, soit un organisme offrant une représentation qualifiée, de sorte qu'il a droit à une indemnité de dépens (ATF 122 V 278; TF 9C\_600/2007 du 12 janvier 2009; TF 9C\_475/2009 du 23 octobre 2009 relatif au cas de l'assurance de protection juridique/publication ATF prévue); il y a lieu d'en arrêter le montant à 1'500 francs à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**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 9 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
  
- IV. L'intimé versera à la recourante le montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Association suisse des assuré(e)s, Me Gilles-Antoine Hofstetter, à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :