

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 mars 2013

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :     M.     Merz, et M. Bonard, assesseur  
Greffier     :     M. Simon

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1, 28 al. 2 et 28a al. 3 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1970, mariée et mère de deux enfants nés en 1996 et 2000, a travaillé du 16 septembre 2004 au 30 septembre 2008, date de son licenciement, en qualité de secrétaire-réceptionniste à 80% auprès de l'entreprise A.\_\_\_\_\_ Sàrl.

Dans un rapport du 11 février 2008, suite à un examen aux rayons X de l'épaule gauche de face, le Dr [...], radiologue au [...], a retenu la présence d'une importante calcification en surprojection du tendon supra-épineux correspondant le plus vraisemblablement à un rhumatisme d'hydroxy apatite. Le rapport de la glène humérale a été considéré comme préservé.

Dans un rapport du 22 février 2008, la Dresse N.\_\_\_\_\_, rhumatologue et spécialiste en médecine interne générale au [...], a diagnostiqué une épaule hyperalgique sur tendinite calcifiante du supra-épineux à gauche. Elle a retenu que l'assurée présentait depuis environ 7 jours des douleurs de l'épaule gauche de caractère mixte, inflammatoire et mécanique, qu'un traitement d'anti-inflammatoire ne permettait pas de diminuer. Elle a signalé une infiltration de l'épaule gauche, avec un résultat médiocre.

Dans un rapport du 27 février 2008, faisant suite à un examen de l'épaule gauche par ultrason au [...] intervenu le 21 février 2008, le Dr [...], spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a retenu la présence d'une tendinopathie calcifiante du sus-épineux à gauche.

Dans un rapport du 5 mars 2008 adressé à U.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain en cas de maladie de l'assurée, la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a indiqué que l'assurée avait été adressée à un rhumatologue et suivait une physiothérapie intense, qui

soulageait les douleurs sur le moment. La recherche d'une maladie immunologique était en cours et la capacité de travail à 50 ou 100% n'était pas envisageable en l'état.

Le 10 avril 2008, l'assurée a été soumise à un examen de l'épaule droite par ultrason au [...]. Dans un rapport du 6 juin 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a retenu la présence d'une bursite sous acromio-deltaïdienne avec calcification du sus-épineux à droite.

Le 17 avril 2008, l'assurée a été soumise à un examen de l'épaule droite par ultrason au W.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 14 mai 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a retenu la présence d'une trituration et aspiration de la calcification avec infiltration par une ampoule de Depo-Medrol 40 mg.

Dans un rapport du 6 juin 2008, suite à une échographie des épaules, la Dresse [...], radiologue à [...], a retenu ce qui suit:

"Multiples assez grosses calcifications dans le tendon du sus-épineux du côté droit plus une grosse calcification dans la bourse SASD du côté droit.

Du côté gauche tendon du sus-épineux un peu tuméfié, deux petites calcifications dans ce même tendon. Pas d'autre pathologie à signaler au niveau sous-acromial mais tendon du long chef du biceps paraissant un peu subluxé médialement hors de sa gouttière".

Dans un rapport du 2 septembre 2008, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de capsulite rétractile de l'épaule droite et de tendino-bursite calcifiante de l'épaule gauche. Elle a retenu une incapacité de travail de 100% du 11 février au 5 juillet 2008, et a mentionné un traitement médicamenteux, de physiothérapie et par infiltrations locales, qui devait durer de plusieurs semaines à plusieurs mois.

Dans un rapport du 21 septembre 2008 adressé à U.\_\_\_\_\_, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a diagnostiqué un syndrome myofacial régional des deux épaules et de nombreuses calcifications dans les tendons des deux épaules. Elle a mentionné des

complications sous forme d'inflammation des muscles lombaires, fessiers et des deux hanches. Les résultats de laboratoires montraient une inflammation généralisée et un stress oxydatif.

Le 29 octobre 2008, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations, en faisant état de douleurs chroniques depuis le 7 février 2008.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 4 novembre 2008, l'entreprise A.\_\_\_\_\_ Sàrl a indiqué que l'assurée recevait un salaire annuel de 71'500 fr. depuis le 16 septembre 2004.

Dans un formulaire 531bis rempli le 6 novembre 2008, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 80% en plus de la tenue de son ménage, par intérêt personnel et financier.

Le 11 novembre 2008, à la demande d'U.\_\_\_\_\_, l'assurée a été examinée par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne. Dans son expertise du 13 novembre 2008, ce médecin a posé les diagnostics d'omalgies bilatérales prédominantes du côté droit, avec tendinopathies calcifiantes des muscles sus-épineux des deux cotés et de la bourse sous acromio-deltoïdienne droite et conflit sous-acromial bilatéral (antéro-supérieur), de syndrome douloureux du pelvis et des hanches associé à un léger syndrome inflammatoire biologique, avec éventuelle spondylarthropathie débutante, et d'hypothyroïdie limite. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a ensuite répondu comme suit aux questions posées par l'assureur perte de gain:

"2. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans la profession actuelle?

On peut cautionner une incapacité de travail complète dans son activité de réceptionniste en raison de l'atteinte à la santé présentée au niveau des deux épaules parallèlement compte tenu du doute du diagnostic par rapport à son atteinte à la santé au niveau pelvien et au niveau de la hanche droite en particulier.

Pour ce qui est de la capacité future, celle-ci dépendra de la réponse au traitement, toutefois le pronostic demeure a priori favorable compte tenu notamment de l'absence d'évidence en faveur d'un syndrome d'amplification des symptômes, notamment au vu de la bonne corrélation entre les plaintes alléguées par l'assurée, et les constatations de l'examen clinique.

3. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans une profession adaptée au handicap?

Actuellement, on peut juger que l'activité de réceptionniste est une activité adaptée puisqu'il s'agit d'une activité sédentaire, où l'assurée ne doit pas faire de manutention de charges, et où elle aurait le loisir d'alterner les positions.

4. Des mesures de réinsertion de l'AI vous semblent-elles compatibles avec l'état de l'assurée (être capable d'assumer un temps de présence professionnelle d'au moins 2h/jour pendant 4 jours/semaine) et seraient-elles bénéfiques?

Actuellement, il n'y a pas lieu d'envisager des mesures de réinsertion auprès de l'AI puisque cette assurée avait réalisé préalablement une activité qui paraît tout à fait adaptée, en plus, de telles mesures seraient difficilement réalisables compte tenu de l'acuité des symptômes présentés par Mme V.\_\_\_\_\_.

5. En cas de reprise du travail, avez-vous avisé l'assurée/son médecin traitant de vos conclusions?

L'assurée a été informée que des investigations plus poussées étaient justifiées notamment auprès d'un rhumatologue FMH spécialisé dans les rhumatismes inflammatoires, ainsi son nouveau médecin traitant, la Dresse F.\_\_\_\_\_, va recevoir une copie du rapport d'expertise qui lui permettra d'organiser les investigations complémentaires.

6. Votre pronostic?

Le pronostic est a priori favorable principalement compte tenu de la bonne corrélation entre les symptômes allégués par l'assurée et les constatations de l'examen clinique et notamment au vu de l'absence d'éléments suspects d'un syndrome d'amplification des symptômes.

7. Votre proposition de traitement?

La poursuite des investigations rhumatologiques, avec des infiltrations stéroïdiennes au niveau sous-acromial avec éventuellement un traitement par ondes de choc extracorporelles, physiothérapie de mobilisation à sec et en piscine et de décoaptation gléno-humérale et enfin le traitement de la pathologie rhumatologique qui sera éventuellement diagnostiquée par un confrère rhumatologue.

8. L'assurée a-t-elle déjà été soignée pour cette maladie?

D'après les déclarations de l'assurée, en fonction de son dossier d'instruction, il n'y a pas d'élément de preuve comme quoi l'assurée

a déjà été traitée pour cette problématique avant le mois de février 2008".

L'OAI s'est adressé au Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée. Dans un rapport du 24 novembre 2008, ce médecin a diagnostiqué une tendinopathie calcifiante gauche et a retenu une incapacité de travail totale du 7 février au 11 avril 2008, entrecoupée d'une période d'incapacité de travail à 50% du 3 au 10 mars 2008. Il a mentionné l'apparition de douleurs de l'épaule gauche dès février 2008, traitées par médicaments puis par suivi rhumatologique et infiltrations. Il a signalé la persistance de douleurs, avec limitations des amplitudes de mobilité de l'épaule; le pronostic fonctionnel était réservé.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2008, l'assurée a effectué une IRM des sacro-iliaques auprès du Dr I.\_\_\_\_\_, radiologue au [...], mettant en évidence des aspects compatibles avec une sacro-iléite bilatérale de type inflammatoire avec une prédominance des altérations du coté droit.

Le 3 décembre 2008, suite à des radiographies du thorax face-profil effectuées sur l'assurée, le Dr I.\_\_\_\_\_ a mis en évidence une image cardio-respiratoire dans les limites de la norme.

L'OAI s'est en outre adressé à la Dresse Z.\_\_\_\_\_, qui dans un rapport du 14 décembre 2008 a diagnostiqué un syndrome myofacial régional des deux épaules et de nombreuses calcifications dans les tendons des deux épaules. Elle a constaté une inflammation des muscles lombaires, fessiers et des deux hanches, mentionné un traitement ambulatoire du 9 avril au 5 novembre 2008 et retenu la présence de douleurs dans les épaules, les muscles lombaires, les deux épaules et les jambes. L'incapacité de travail était de 100%.

Les 2 et 19 décembre 2008, l'assurée a été examinée par la Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale. Dans un rapport du 19 décembre 2008, elle a posé les diagnostics de sacro-iliite bilatérale dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négative et de tendinopathie calcifiante des épaules.

Elle a indiqué que l'assurée, connue depuis 1990 pour une hypothyroïdie substituée, avait développé en février 2008 une tendinopathie calcifiante du sus-épineux de l'épaule gauche, puis en mars 2008 de l'épaule droite. Dans un deuxième temps étaient apparues des douleurs inflammatoires du rachis lombaire et du bassin. Sur le plan thérapeutique, elle a relevé l'échec d'un médicament anti-inflammatoire et a préconisé d'autres moyens de traitement.

A la demande de l'OAI, dans un rapport du 30 décembre 2008, la Dresse E. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de sacro-iliite bilatérale dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négative et de tendinopathie calcifiante des deux épaules. Elle a relevé que l'assurée ne pouvait pas porter de charges lourdes ni de charges légères de manière répétée, ne pouvait pas effectuer de travaux en flexion/extension, torsion, rotation et inclinaison du tronc, ni en piétinement bipodal. En raison de la tendinopathie calcifiante des épaules, l'assurée ne pouvait pas élever les bras à plus de 90 degrés. L'activité professionnelle devait permettre une alternance des positions assise et debout. L'assurée ne pouvait pas rester assise de manière prolongée en raison des pygalgies inflammatoires et il ne lui était pas possible, en raison des douleurs des épaules, de répondre au téléphone de manière prolongée. Le rendement était réduit en raison des pygalgies inflammatoires obligeant constamment à changer de positions et en raison des douleurs. Les anti-inflammatoires, la physiothérapie et éventuellement un traitement biologique par anti-TNF alpha, devaient permettre de diminuer la symptomatologie. La capacité de travail devait être améliorée si ce traitement diminuait les symptômes. La reprise d'une activité professionnelle adaptée dépendait de la réponse au traitement.

Dans un rapport du 6 janvier 2009 adressé à la Dresse F. \_\_\_\_\_, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a notamment relevé ce qui suit:

"L'examen clinique de ce jour révèle une patiente bien musclée en très bon état général, pesant 63 kg pour une taille de 169.5 cm. Il n'y a pas de tuméfactions articulaires. On note une hyperlaxité

ligamentaire partielle touchant les doigts, le genou droit (où il y a un varus assez marqué) et les hanches. Le pied creux est modéré. La mobilité des orteils est normale. Les genoux ne présentent pas d'épanchement. La distance talons-fesses est nulle des deux cotés. Les hanches sont très mobiles. La distance inter-malléolaire maximum est de 130 cm. Il y a des douleurs à la partie antérieure des hanches. Les doigts sont normaux ainsi que les coudes. Les épaules ne présentent ni épanchement ni limitation fonctionnelle. La distance pouces-C7 est de 16 cm. Il n'y a pas de signe de ruptures tendineuses. L'ampliation thoracique est normale à 10 cm. La mobilité cervicale est totale. La mobilité lombaire est très légèrement limitée pour les inflexions latérales. Il y a une scoliose sinistro-convexe. Le Schober est de 10-15 cm et la distance doigts-sol est nulle. Il n'y a pas d'hyperlaxité lombaire évidente. Les réflexes sont vifs et symétriques.

[...]

En conclusion, on retient chez cette patiente plusieurs ordres de diagnostics:

1. une hyperlaxité ligamentaire limitée (genou droit et hanches, doigts),
2. des troubles statiques lombaires (scoliose modérée),
3. des calcifications tendineuses multiples (les 2 épaules en tout cas, peut-être la hanche droite).

Il y a en outre, en raison de lombalgies persistantes, un possible diagnostic de pelvi-spondylite rhumatismale.

Propositions:

Je complète le bilan par des radios standards des épaules, de la colonne lombaire et du bassin.

A mon avis, le traitement doit rester symptomatique pour l'instant.

Des traitements aquatiques seraient bénéfiques (Lavey ou Yverdon).

Pour l'instant, je m'abstiendrais de tout traitement plus énergique. J'attends donc les résultats des radios en particulier".

Dans un rapport du 9 janvier 2009, le Dr D. \_\_\_\_\_, radiologue à [...], a retenu ce qui suit:

### **"Epaules de face**

Pas de calcification visible à l'insertion de la coiffe des rotateurs. Il n'y a pas d'omarthrose. L'espace sous-acromial est préservé. [...]

### **Bassin de face**

Articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales sans particularité. Pas de lésion osseuse.

### **Colonne lombaire face, profil**

Bon alignement du mur postérieur. Pas d'anomalie de la hauteur des corps vertébraux. Pas de discopathie. Facettes articulaires sans particularité".

Par communication du 13 janvier 2009, l'OAI a accordé à l'assurée une aide au placement, soit une orientation et un soutien pour la recherche d'un emploi.

Dans un rapport du 15 janvier 2009, la Dresse F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de suspicion de spondylarthrite ankylosante et de thyroïdie. Elle a retenu une capacité de travail nulle comme secrétaire-réceptionniste depuis février 2008, avec d'importantes limitations fonctionnelles, l'assurée ne pouvant pas soulever de charges.

Dans un rapport du 27 janvier 2009 adressé à la Dresse F.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de tendinopathie des épaules et du bassin. Il a retenu que la mauvaise couverture des têtes fémorales par un bassin un peu étroit pouvait expliquer en bonne partie les douleurs péri-articulaires de la ceinture pelvienne. A l'examen clinique, il y avait une hyperlaxité ligamentaire, aucune tuméfaction articulaire notable, et l'HLAB27 était absent. Ce médecin a proposé un traitement de physiothérapie.

Dans un rapport du 18 mars 2009 adressé à U.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des calcifications tendineuses multiples, aux deux épaules et à la hanche droite. Il a retenu la présence de douleurs pluri-articulaires depuis plusieurs années, d'une crise hyper-algique de l'épaule gauche en février 2008 et de la hanche droite en septembre 2008 et de lombalgies chroniques. La médication consistait en de la physiothérapie et en des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Par communication du 21 avril 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.

Dans un courrier du 21 avril 2009 adressé à la Dresse F.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée se faisait lentement de manière positive. Il persistait à l'examen des douleurs à la mobilisation des épaules mais sans limitation fonctionnelle. Comme propositions thérapeutiques, il a conseillé des exercices de physiothérapie.

Le 1<sup>er</sup> mai 2009, à la demande d'U.\_\_\_\_\_, l'assurée a été examinée par le Dr R.\_\_\_\_\_. Dans son expertise du 6 mai 2009, ce médecin a posé les diagnostics de possible spondylarthrite ankylosante HLA B27 négative (lombopygalgies et coxodynies inflammatoires améliorées par les mouvements et accompagnées d'une raideur matinale, images suspectes de sacro-iliite à l'IRM des sacro-iliaques), d'omalgies bilatérales prédominant du côté droit dans le cadre de tendinopathies calcifiantes des sus-épineux avec calcifications de la bourse sous-acromio-deltaïdienne droite, de lésions dermatologiques érythémato-squameuses de l'index droit et du dos des deux pieds d'origine indéterminée, et de thyroïdite auto-immune. Dans son appréciation du cas, ce médecin a notamment relevé que les constatations cliniques étaient inchangées par rapport à celles de novembre 2008. Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, possible, ne pouvait être posé, et il convenait de poursuivre les investigations médicales à ce sujet. Si le diagnostic de spondylarthrite devait être confirmé, l'activité de réceptionniste pouvait être reprise dès que la situation clinique de l'assurée serait contrôlée, par exemple après un traitement par anticorps anti-TNF (Enbrel, Humira ou Remicade).

A la demande de l'OAI, dans un rapport du 13 mai 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de douleurs péri-articulaires des épaules et des hanches et de lombalgies chroniques. Il a retenu la présence de lombalgies depuis de nombreuses années, de douleurs à l'épaule gauche en février 2008, ensuite à l'épaule droite puis à la péri-hanche droite. En avril 2009, il persistait des douleurs dans les épaules et la hanche droite ainsi que des douleurs lombaires. L'assurée se plaignait de douleurs du bassin et des épaules, de douleurs inguinales et de douleurs du bas du dos à la marche. Sur le plan objectif, le Dr M.\_\_\_\_\_ a signalé la présence de

calcifications dans les tendons du sus-épineux à chaque épaule, et l'absence de HLA B27 ainsi que de séquelles de dystrophie rachidienne de croissance. Comme traitement, il a retenu que l'assurée faisait de la physiothérapie pour les épaules et pour le rachis, prenait des anti-inflammatoires non stéroïdiens et faisait de la balnéothérapie en piscine thermale. La capacité de travail dans l'activité de secrétaire-réceptionniste à 80% avait été nulle du 7 février au 30 septembre 2008. Comme limitations fonctionnelles, ont été signalées des légères limitations de la mobilisation des épaules et des douleurs de la région lombaire sans limitation de la mobilité. L'activité habituelle pouvait être exercée à 80%, soit comme avant le début de la maladie. Le rendement était réduit à cause des douleurs actuellement dans les épaules, qui pouvaient gêner les mouvements d'élévation des bras en particulier et à cause des douleurs lombaires qui pouvaient s'aggraver en position assise prolongée.

Dans un rapport du 4 juin 2009, suite à une scintigraphie osseuse effectuée le 3 juin 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire, a retenu les conclusions suivantes:

"Examen scintigraphique osseux objectivant une hyperactivité d'intensité discrète aux trois phases de l'examen en regard des articulations sacro-iliaques des deux côtés, avec des index de fixation à la limite supérieure de la norme en particulier du côté gauche, aspect scintigraphique restant compatible avec une sacro-iliite bilatérale débutante de faible intensité métabolique.

Pas d'autre altération significative objectivable tant en phase précoce que tardive et en particulier pas de signe en faveur d'une pathologie polyarticulaire inflammatoire des articulations périphériques.

Pas d'argument scintigraphique en faveur d'une pathologie métabolique osseuse rapidement évolutive".

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un avis médical du 22 juillet 2009, la Dresse K.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu que la situation médicale de l'assurée n'était pas stabilisée et qu'il convenait d'interpeller les médecins rhumatologues.

Dans un rapport du 28 juillet 2009 adressé au médecin conseil d'U.\_\_\_\_\_, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu notamment ce qui suit:

"En conclusion, le diagnostic d'une spondylarthrite ankylosante HLA B27 négative demeure extrêmement probable avec comme nouvel élément en faveur de ce diagnostic, une scintigraphie osseuse que l'on peut considérer comme positive, enfin le traitement que j'avais préconisé depuis plusieurs mois sous forme d'un traitement anticorps anti-TNF va enfin pouvoir être initié au début du mois de septembre 2009. Concernant la capacité de travail de Mme V.\_\_\_\_\_, on pourrait raisonnablement prévoir une reprise du travail à 100% dans son activité de réceptionniste environ 2 mois après l'initiation du traitement anti-TNF à savoir au début du mois de novembre 2009, si ce traitement pouvait être débuté comme prévu début septembre 2009. En effet, dans la grande majorité des cas, les traitements par anticorps anti-TNF (Enbrel, Humira ou Remicade) sont extrêmement efficaces dans ce genre de situation et ils agissent en général rapidement. Il faudrait bien sûr s'enquérir de l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_ chez qui l'assurée aurait un rendez-vous tout au début du mois d'octobre 2009, et il faudra bien entendu interroger à nouveau la Dresse E.\_\_\_\_\_ qui a repris le suivi du cas de Mme V.\_\_\_\_\_".

Le 6 octobre 2009, l'assurée a été examinée par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale. Dans un rapport du 8 octobre 2009, ce médecin a posé le diagnostic de spondylarthropathie axiale. Il a retenu que l'assurée, pour laquelle les anti-inflammatoires n'étaient pas efficaces, devait bénéficier d'un traitement adéquat. Il a émis des propositions thérapeutiques.

Dans un rapport du 10 novembre 2009, établi à l'attention d'U.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a retenu le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Il a signalé la présence de douleurs chroniques et d'une impotence fonctionnelle, retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 7 février 2008, et fait état d'un traitement médicamenteux (injections de Remicade depuis fin octobre 2009) et de physiothérapie.

Dans un rapport du 21 décembre 2009, la Dresse E.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de spondylarthropathie HLA B27 négative avec atteinte axiale et périphérique. Elle a retenu notamment ce qui suit dans son appréciation du cas:

"J'ai revu Mme V.\_\_\_\_\_ le 18 décembre 2009, après trois perfusions de Remicade, la dernière le 14.12.2009.

Malheureusement, sous ce traitement, les douleurs ont augmenté. Actuellement, la patiente présente des douleurs inflammatoires des épaules, du rachis lombaire et des sacro-iliaques. Suite aux perfusions de Remicade, la patiente a développé des douleurs nouvelles de la nuque, des articulations sterno-costales, des mains (MCP II et V à droite, II et III à gauche, IPP II et III à gauche) et de la cheville droite. Il s'agit de douleurs de caractère inflammatoire, maximales la nuit et le matin, associées à une raideur matinale d'une à plusieurs heures.

[...]

Sur le plan thérapeutique, vu l'augmentation des douleurs sous Remicade, nous avons convenu d'interrompre ce traitement. Concernant les AINS, le Tilur, le Brufen et l'Arcoxia ne soulagent pas Mme V.\_\_\_\_\_. Je lui ai proposé de faire un essai avec du Piroxicam. Par ailleurs, j'ai reconduit les séances de physiothérapie en piscine et à sec que la patiente effectue à l'Hôpital orthopédique.

Je reverrai Mme V.\_\_\_\_\_ en contrôle à ma consultation fin janvier 2010. Nous discuterons alors de commencer un autre traitement biologique (Enbrel) dont le mode d'action est différent de celui du Remicade".

Dans un courrier du 21 décembre 2009 adressé à l'OAI, la Dresse E.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un traitement biologique d'anti-TNF alpha (par Remicade), initié en octobre 2009, avait exacerbé les douleurs - avec l'apparition de nouvelles douleurs inflammatoires de la nuque, des articulations sterno-costales, des mains et de la cheville droite -, raison pour laquelle il y avait été mis fin. Les limitations fonctionnelles étaient inchangées par rapport à ce que ce médecin avait retenu dans son rapport du 30 décembre 2008. Les travaux de force avec les mains étaient également contre-indiqués.

Dans un avis médical du SMR du 4 février 2010, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs avaient augmenté sous un traitement de Remicade et qu'il convenait d'adapter la thérapie. Elle a retenu que la situation médicale n'était pas stabilisée et qu'il convenait d'interpeller les médecins de l'assurée pour connaître l'évolution de son état de santé et déterminer si une capacité de travail dans une activité adaptée était exigible ou non. Dans un avis médical du 19 juillet 2010, sous la plume des Drs A.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, en l'absence de données au sujet de la capacité de travail, le SMR a répété sa demande tendant à un complément d'instruction sur le plan médical.

Dans un rapport du 24 août 2010, le Dr H. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante séronégative, existant depuis le 7 février 2008. Il a retenu la présence de douleurs aux épaules, à la mobilisation des membres et à la colonne vertébrale, et a fait état d'un pronostic défavorable. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 7 février 2008 de façon définitive, sans que l'on ne puisse s'attendre à une reprise ou à une amélioration de la capacité de travail.

Dans un courrier du 14 septembre 2010 à l'OAI, faisant suite à un examen de l'assurée du 13 septembre 2010, la Dresse E. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit:

"Quelle est l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis votre dernier rapport médical?"

Depuis mon dernier rapport du 21.12.2009, la situation est inchangée. Mme V. \_\_\_\_\_ présente toujours d'importantes douleurs rachidiennes, s'étendant des sacro-iliaques jusqu'au rachis cervical, des douleurs sterno-costales bilatérales, des douleurs des épaules, des doigts (IPP II à IV), des hanches et de la cheville droite. Il s'agit de douleurs de caractère inflammatoire, entraînant des réveils nocturnes, maximales le matin et associées à une raideur matinale de 1h30. Les douleurs ont mal répondu à divers AINS retard. Pour rappel, des perfusions de Remicade administrées d'octobre à décembre 2009 ont augmenté les douleurs de la patiente.

Quelles sont les limitations fonctionnelles?

Elles sont inchangées par rapport à mon rapport du 30.12.2008. Mme V. \_\_\_\_\_ ne peut pas porter de charges lourdes ni de charges légères de manière répétée. Elle ne peut pas effectuer de travaux en flexion-extension, torsion, rotation et inclinaison du tronc, ni en piétinement bipodal. Mme V. \_\_\_\_\_ ne peut pas rester en position assise ou debout prolongée. Elle ne peut pas faire de mouvements répétés du bras droit.

Quelle est la capacité de travail raisonnablement exigible en qualité de réceptionniste?

Comme réceptionniste, Mme V. \_\_\_\_\_ est assise toute la journée, ce qui n'est pas compatible avec ses rachialgies inflammatoires. Par ailleurs, elle doit faire des mouvements répétés du membre supérieur droit pour répondre au téléphone, ce qui aggrave les douleurs. La patiente a de la peine à se déplacer en voiture de son domicile au travail. L'activité de réceptionniste n'est donc pas adaptée à la maladie de la patiente.

Quelle est la capacité dans une activité adaptée?

Je vous remercie de bien vouloir convoquer la patiente pour évaluer la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée".

Dans un avis médical du SMR du 11 novembre 2010, les Drs X.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, en l'absence d'informations au sujet de la capacité de travail dans une activité adaptée, ont requis un examen clinique rhumatologique au SMR.

Le 13 décembre 2010, l'assurée a été convoquée pour un examen clinique rhumatologique au SMR, effectué par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation. Dans son rapport du 24 janvier 2011, ce médecin a retenu notamment ce qui suit:

#### "DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail:

- spondylarthrite ankylosante avec touche axiale HLA B27 négatif,
- status après tendinopathie calcifiante des deux épaules,
- status après vraisemblable tendinopathie calcifiante au niveau des hanches,

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- éléments de non organicité compatibles avec une fibromyalgie secondaire.

#### APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'une jeune assurée, âgée de 40 ans, secrétaire-réceptionniste, en incapacité de travail depuis le mois de février 2008, dans un premier temps en relation avec une omalgie G aiguë, sans notion de facteurs favorisants particuliers. Les examens complémentaires pratiqués à l'époque mettent en évidence une tendinopathie calcifiante au niveau de l'épaule G avec apparition rapidement (6 semaines après) d'une symptomatologie similaire touchant l'épaule D, puis dans le courant du mois de septembre 2008 d'une symptomatologie douloureuse au niveau des deux hanches dans un contexte de dorsalgies basses évoluant depuis de longue date. Le complément d'investigations réalisé à ce moment là (IRM des articulations sacro-iliaques) met en évidence des éléments en faveur d'une spondylarthrite ankylosante. Les bilans biologiques ne mettent pas en évidence de facteurs inflammatoires ni de HLA B27.

Sur la base de la symptomatologie clinique et des images radiologiques (IRM des sacro-iliaques et scintigraphie osseuse aux 3

phases réalisée après 6 mois), un diagnostic formel de spondylarthrite ankylosante HLA B27 négatif est posé.

Lors de l'examen clinique au SMR, nous nous trouvons en présence d'une assurée en excellent état général, ne présentant pas de limitations dans les amplitudes articulaires. Elle décrit une symptomatologie douloureuse avec faiblesse au niveau des deux membres supérieurs dans un contexte d'omalgies bilatérales (status après tendinopathie calcifiante des deux épaules) associée à des douleurs du rachis lombaire, de la zone inter-scapulaire avec apparition secondaire de douleurs des articulations sterno-claviculaires, sterno-costales des deux mains et des deux pieds. Un traitement par anti-TNF alpha est tenté au mois d'octobre 2009 qui a dû être arrêté en raison d'une forte exacerbation de la symptomatologie douloureuse.

L'examen clinique au SMR ne met pas en évidence de phénomènes inflammatoires aigus au décours. L'examen sur le plan neurologique est dans les limites de la norme physiologique. L'examen de médecine générale met en évidence des signes de non-organicité 14/18 selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgie. En présence d'une pathologie inflammatoire ostéoarticulaire dégénérative, un diagnostic de fibromyalgie primaire ne peut pas être retenu.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence des lésions érosives avec prise de contraste après injection de gadolinium à l'IRM des sacro-iliaques au mois de septembre 2008 et une hypercaptation aux 3 phases à la scintigraphie réalisée au mois de juin 2009.

En conclusion, cette jeune assurée de 40 ans présente des éléments radiologiques indéniables en faveur d'une spondylarthrite ankylosante. L'ensemble de la symptomatologie clinique présentée par l'assurée et l'évolution de celle-ci ne peut pas être uniquement expliquée par la présence d'une spondylarthrite ankylosante. De surcroît, il faut signaler l'absence de phénomènes inflammatoires biologiques, un HLA B27 négatif et des signes radiologiques extrêmement discrets, compatibles avec une spondylarthrite ankylosante peu active sur le plan biologique. La globalité de l'anamnèse fournie et la mise en évidence de signes de non-organicité nous font retenir un diagnostic de fibromyalgie secondaire pouvant expliquer l'absence d'évolution favorable aux différents traitements instaurés à ce jour et l'importante invalidité revendiquée par l'assurée.

Les atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire sont à l'origine de limitations fonctionnelles. Ces limitations fonctionnelles sont responsables d'une incapacité de travail de 50% actuellement dans son activité habituelle de secrétaire-réceptionniste. Une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 25% en relation avec la pathologie inflammatoire présentée.

Anamnestiquement, l'état de santé de cette assurée est stabilisé depuis au moins le début de l'année 2010, pour cette raison, son

activité habituelle ou une activité adaptée peut être raisonnablement entreprise depuis le 01.01.2010.

#### Limitations fonctionnelles

Pas de position statique assise prolongée au-delà de 20 min sans possibilité de varier les positions au minimum 2-3 fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assurée. Possibilité d'effectuer des pauses régulières, toutes les heures pour réaliser des exercices de détente et d'assouplissement au niveau du rachis. Pas de port de charges supérieures à 5 kg au niveau des membres supérieurs de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg. Pas d'activité en hauteur avec des mouvements d'antépulsion au-delà de 60° de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90°. Diminution du périmètre de marche à environ ½ heure, absence de montée-descente d'escaliers à répétition, pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance. Pas d'activité sur terrain instable, pas d'exposition au froid, pas d'activité debout immobile de type piétinement.

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

Sur la base de l'anamnèse fournie et des documents mis à disposition au dossier médical, l'assurée est en incapacité de travail depuis le 07.02.2008.

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

L'assurée présente une incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle du 07.02.2008 jusqu'à fin 2009 (après la tentative de traitement par anti-TNH alpha).

Depuis janvier 2010, une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle est raisonnablement exigible (état clinique stationnaire selon l'anamnèse fournie). Une activité adaptée peut être aussi entreprise à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 25% depuis la même date.

L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes à la santé objective sur le plan ostéoarticulaire mises en évidence par les examens complémentaires mis à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère non-organique mise en évidence par les signes de non-organicité selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie secondaire n'a pas été prise en compte pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle.

Capacité de travail exigible  
dans l'activité habituelle: 50%  
dans une activité adaptée: 75% depuis janvier 2010".

Dans un rapport du SMR du 8 février 2011, sur la base du rapport d'examen du Dr P.\_\_\_\_\_, les Drs X.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ont retenu l'atteinte principale à la santé de rachialgies et douleurs aux épaules, avec comme pathologie du ressort de l'AI une spondylarthrite

ankylosante avec touche axiale, un status après tendinopathie calcifiante et un status après probable tendinopathie calcifiante au niveau des hanches. La capacité de travail a été fixée à 50% dans l'activité habituelle et à 75% dans une activité adaptée (100% avec une diminution de rendement de 25%) depuis janvier 2010.

Dans un avis médical du SMR du 5 avril 2011, les Drs X.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ont précisé que l'assurée présentait une diminution de rendement de 25%, ce taux étant appliqué au taux d'activité choisi. Dans le cadre d'une activité adaptée au taux de 80%, la capacité de travail serait de 60%.

Dans un rapport interne du 6 avril 2011, l'OAI a relevé que l'activité de secrétaire-réceptionniste respectait au mieux les limitations fonctionnelles et qu'elle pouvait être considérée comme adaptée, donc exigible à 60%. Selon un complément d'informations de la part de l'employeur, le revenu sans invalidité de l'assurée en 2010 aurait été de 71'500 fr. pour un taux de 80%. Pour le revenu d'invalidé, dans une activité d'employée de commerce niveau C selon barème SEC, l'assurée pouvait réaliser un revenu de 47'022 fr. pour un taux de 60%.

Dans un rapport du 15 juillet 2011, faisant suite à une enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assurée, l'OAI a arrêté le statut d'active à 80% et de ménagère à 20%. Dans l'activité de ménagère, un taux d'empêchement total de 10.20% a été retenu.

**B.** Dans un projet d'acceptation de rente du 4 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> avril 2009 au 31 mars 2010. Il a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale du 7 février 2008 au 31 décembre 2009, et qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010 elle pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une baisse de rendement de 25%. A l'échéance du délai de carence, soit au 7 février 2009, l'OAI a retenu que l'assurée présentait, compte tenu d'empêchements de 100% dans la part active, exercée à 80%, et de

10.20% dans la part de ménagère, exercée à 20%, un degré d'invalidité total de 82.04%. Pour 2010, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 71'500 fr. dans l'ancienne activité de secrétaire-réceptionniste et un revenu d'invalidé de 47'022 fr. dans une activité d'employée de commerce avec une diminution de rendement de 25%, mettant en évidence un degré d'invalidité de 34.23%. Compte tenu des empêchements de 10.20% dans l'activité de ménagère, exercée à 20%, et des empêchements de 34.23% dans la part active, exercée à 80%, l'OAI a retenu un degré d'invalidité total de 29.42%.

Par acte de son mandataire du 18 janvier 2012, l'assurée a fait part de ses observations à l'OAI, contestant la suppression de son droit à la rente au 31 mars 2010 et la date du début du droit à la rente. Elle a fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré à la fin de 2009 et qu'elle n'était pas capable d'exercer une activité adaptée telle que retenue par le SMR.

Le cas a une nouvelle fois été soumis au SMR. Dans un avis médical du 1<sup>er</sup> février 2012, les Drs S. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont relevé ce qui suit:

"1. L'état de santé de l'assurée ne se serait pas amélioré à la fin de 2009: en l'occurrence, nous ne pouvons que donner raison à M. Agier. Le Dr P. \_\_\_\_\_ n'a jamais évoqué une amélioration de l'état de santé à la fin de 2009. Il explique que l'anamnèse permet de dire que l'état de santé de l'assurée est stable depuis le début de 2010, soit après la tentative de traitement par Remicade. Compte tenu de l'état stable, il fait remonter la capacité de travail au mois de janvier 2010.

2. l'activité de secrétaire-réceptionniste n'est pas adaptée aux limitations fonctionnelles: les limitations fonctionnelles sont détaillées en page 7 du rapport d'examen clinique. En concluant à une capacité de travail de 50% comme secrétaire-réceptionniste, et de 75% dans une activité adaptée, le Dr P. \_\_\_\_\_ a manifestement considéré que l'activité exercée n'était pas parfaitement adaptée. Pour le reste, il appartient aux spécialistes en réadaptation de déterminer si une activité adaptée se trouve dans le monde du travail normal".

Dans une communication interne du 14 août 2012, une collaboratrice de l'OAI a retenu ce qui suit:

"Le cahier des charges d'une réceptionniste peut légèrement varier en fonction de l'entreprise, et être un peu plus orienté sur l'accueil ou au contraire sur la bureautique suivant le secteur et "standing" de l'entreprise. De manière générale, on peut toutefois admettre le référentiel suivant, qui est commun à la plupart des postes:

- Recevoir et acheminer les appels téléphoniques (répondre aux appels, noter les messages et les transmettre aux personnes concernées).
- Accueillir les clients et fournisseurs (les identifier, les enregistrer, remettre les laisser-passer et les accompagner auprès de leur interlocuteur, les orienter sur le site...). Suivant l'entreprise; les installer en salle d'attente, leur servir une boisson.
- Répondre aux demandes d'information des visiteurs et des appelants (rechercher et donner les informations - via informatique, papier, téléphone -).
- Réception du courrier, tri et envoi / acheminement au destinataire.
- Correspondance courante.
- Eventuellement gestion d'une caisse ou d'agendas.

Ces tâches permettent l'alternance des positions (assise, debout, petits déplacements à pieds au sein de l'entreprise), n'impliquent aucun port de charge, aucune position en porte-à-faux, ne sollicitent pas les MS en amplitude ou en force, s'exercent à l'intérieur donc à température relativement stable. Elles sont donc à mon sens compatibles avec les LF retenues par le SMR".

Dans un courrier du 15 août 2012 adressé à l'assurée, l'OAI s'est référé au rapport d'examen du 24 janvier 2011 du Dr P.\_\_\_\_\_ et à la communication précitée. Il a ajouté que le droit à la rente prenait naissance le 1<sup>er</sup> avril 2009, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations du 29 octobre 2008. Dès lors, l'OAI a retenu que les arguments de l'assurée ne pouvaient être retenus et que le projet de décision du 4 novembre 2011 devait être confirmé.

Par décision du 28 août 2012, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2009 au 31 mars 2010. Dans sa motivation, l'OAI s'est référé aux mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision du 4 novembre 2011.

**C.** Par acte du 19 septembre 2012, V.\_\_\_\_\_, représentée par Me Jean-Marie Agier, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu, avec suite de frais et

dépens, au maintien de son droit à la rente pour la période postérieure au 31 mars 2010. Elle soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré à la fin de 2009, de sorte que son degré d'invalidité est resté inchangé et qu'il n'y a pas lieu de modifier son droit à la rente.

Dans sa réponse du 13 novembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il se réfère au rapport d'examen clinique rhumatologique du 24 janvier 2011, répondant aux critères en matière de valeur probante, selon lequel l'assurée présentait une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 25% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par réplique du 4 décembre 2012, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle fait valoir que, dans leur avis médical du SMR du 1<sup>er</sup> février 2012, les Drs S.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ont en substance reconnu que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré à la fin de 2009, de sorte qu'on ne saurait parler d'une modification de la capacité de travail intervenue au 31 décembre 2009 justifiant de supprimer le droit à la rente.

Dans sa duplique du 17 décembre 2012, l'OAI a confirmé sa position, en renvoyant notamment à l'avis médical du SMR du 1<sup>er</sup> février 2012 des Drs S.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 69 al. 1 let. a LAI, en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Dans la décision attaquée, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> avril 2009 au 31 mars 2010. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2010, singulièrement sur le point de savoir si les pièces médicales du dossier permettaient de conclure à une amélioration de son état de santé justifiant la suppression de la rente servie depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009.

**3. 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. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** 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 51 consid. 4; TF 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. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée,

qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**c)** 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 se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

**4. a)** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; ATF 137 V 334; 130 V 393; 125 V 146).

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la

méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références citées; ATF 128 V 29).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3; 131 V 51 consid. 5.1.2).

**b)** Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale,

sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées; 117 V 194 consid. 3b).

Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle

exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1; TF 9C\_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2).

L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément à la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF 137 V 334 consid. 4.2; 130 V 61).

**c)** Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 137 V 334 consid. 5.1; 128 V 93). Les empêchements de l'assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

**5. a)** Selon la jurisprudence, une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d; TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle, 2011, n° 3065, p. 833; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

**b)** Selon l'art. 88a RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, applicable en l'espèce), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il

en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d).

**6. a)** En l'espèce, sur la base notamment du rapport d'enquête économique sur le ménage du 15 juillet 2011, l'OAI a reconnu à l'assurée le statut d'active à 80% et de ménagère à 20%, ce qui n'est pas contesté par les parties et correspond au demeurant à la situation personnelle de l'intéressée. La recourante ne remet au demeurant pas en cause les degrés d'empêchements retenus par l'OAI dans ce rapport d'enquête, aboutissant à un taux d'invalidité de 10.20% dans l'activité de ménagère.

**b)** S'agissant du début du droit à la rente, l'assurée présente une incapacité de travail de 100% depuis le 7 février 2008, ainsi que l'ont notamment retenu les Drs C.\_\_\_\_\_ (rapport du 24 novembre 2008) et P.\_\_\_\_\_ (rapport d'examen du 24 janvier 2011), ce qui n'est pas contesté par les parties. Elle a toutefois déposé sa demande de

prestations le 29 octobre 2008, de sorte que son droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009, soit après une période de six mois (art. 29 al. 1 LAI). C'est donc à juste titre que le droit à une rente entière d'invalidité a été reconnu à la recourante à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009, en l'occurrence compte tenu d'un degré d'invalidité total de 82.04%, résultant d'empêchements de 100% dans la part active, exercée à 80%, et de 10.20% dans la part de ménagère, exercée à 20%. Cela n'est du reste pas contesté par les parties.

**c)** Pour la période postérieure au mois de décembre 2009, sur la base notamment du rapport d'examen du 24 janvier 2011 du Dr P.\_\_\_\_\_, l'OAI soutient que l'assurée présente une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 25% à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, si bien que le droit à la rente doit être supprimé au 1<sup>er</sup> avril 2010 (soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, cf. art. 88a RAI). Pour sa part, la recourante fait valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré à fin 2009, ce qui justifie le maintien de son droit à une rente entière. Il convient donc d'examiner s'il existe un motif de révision, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, permettant de supprimer le droit à la rente entière d'invalidité au 31 mars 2010, singulièrement si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, est survenu au début de l'année 2010.

Dans son rapport d'examen clinique rhumatologique du 24 janvier 2011, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de spondylarthrite ankylosante avec touche axiale HLA B27 négatif, de status après tendinopathie calcifiante des deux épaules et de status après vraisemblable tendinopathie calcifiante au niveau des hanches. A l'examen clinique, il a constaté que l'assurée ne présentait pas de limitations dans les amplitudes articulaires et qu'elle décrivait des douleurs au niveau notamment des deux membres supérieurs, du rachis lombaire, des épaules, des deux mains et des deux pieds. En raison de ses atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire, l'assurée présentait, dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, une pleine capacité de travail

avec une diminution de rendement de 25%. Anamnestiquement, selon le Dr P.\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assurée était stabilisé depuis au moins le début de l'année 2010, de sorte qu'une activité adaptée pouvait être raisonnablement entreprise depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010. L'assurée avait présenté une incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle du 7 février 2008 jusqu'à fin 2009, soit après la tentative de traitement par anti-TNH alpha. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, la capacité de travail était de 75% dans une activité adaptée.

Au vu de l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_, qu'ont reprise à leur compte les Drs X.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ (rapport du SMR du 8 février 2011), l'état de santé de l'assurée se serait stabilisé au moins depuis le début de l'année 2010. Or, le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé que le traitement par Remicade, tenté au mois d'octobre 2009, avait dû être arrêté en raison d'une forte exacerbation de la symptomatologie douloureuse. Il est donc permis de se demander, en suivant l'argumentation du Dr P.\_\_\_\_\_, comment l'assurée aurait pu ainsi présenter une stabilisation de son état de santé, étant donné qu'il avait été mis fin au traitement médicamenteux censé améliorer ses symptômes. Par ailleurs, ainsi que l'ont relevé les Drs S.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ (avis médical du SMR du 1<sup>er</sup> février 2012), le Dr P.\_\_\_\_\_ n'a jamais évoqué une amélioration de l'état de santé à la fin de 2009, mais s'est fondé sur l'anamnèse, soit après la tentative de traitement par Remicade, pour affirmer que l'état de santé était stable depuis le début de 2010. Or, s'il est vrai que le Dr R.\_\_\_\_\_ (expertise du 6 mai 2009 et rapport du 28 juillet 2009 adressés à l'assureur perte de gain) a relevé que l'assurée allait pouvoir raisonnablement reprendre son activité de réceptionniste environ deux mois après l'initiation du traitement par anticorps anti-TNF, dès lors que, dans la grande majorité des cas, les traitements par anticorps anti-TNF (par Remicade notamment) étaient extrêmement efficaces et agissaient en général rapidement, il a été établi que ledit traitement avait en réalité aggravé l'état de la recourante, ce dont conviennent tous les médecins. Ainsi, dans son rapport du 21 décembre 2009 et dans son courrier du 21 décembre 2009 adressé à l'OAI, la Dresse E.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'après trois perfusions de Remicade, la dernière le 14 décembre 2009, les douleurs avaient

augmenté, avec apparition de nouvelles douleurs à la nuque, aux articulations sterno-costales, aux mains et à la cheville droite. Sur le plan thérapeutique, il avait été convenu d'interrompre le traitement par Remicade, en raison de ladite augmentation des douleurs. La Dresse K.\_\_\_\_\_, du SMR, a elle-même noté que les douleurs avaient augmenté sous un traitement de Remicade et qu'il convenait dès lors d'adapter la thérapie, retenant dans son avis médical du 4 février 2010 que la situation médicale n'était pas stabilisée.

Le traitement par anti-TNF alpha au moyen du Remicade a dès lors été interrompu par la Dresse E.\_\_\_\_\_, en vue d'une autre thérapie. Contrairement à l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_, on ne saurait donc parler de stabilisation de l'état de santé de l'assurée à la fin de 2009, du seul fait de l'interruption du traitement par Remicade, qui avait conduit à une augmentation des douleurs. L'avis du Dr R.\_\_\_\_\_ ne saurait infirmer ce qui précède, dans la mesure où ce médecin ne s'est prononcé que de façon générale au sujet de l'efficacité d'un traitement anti-TNF par Remicade, qu'il n'a pas concrètement et personnellement vérifié les effets de ce traitement sur la symptomatologie de l'assurée et qu'il a au demeurant réservé l'avis de la Dresse E.\_\_\_\_\_. A cela s'ajoute que ce médecin, qui a revu l'assurée à sa consultation le 13 septembre 2010, a constaté que la situation était inchangée depuis son dernier rapport du 21 décembre 2009. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a également fait état d'une incapacité de travail totale à la suite de son contrôle de l'assurée du 24 août 2010.

**d)** Ainsi, en l'absence d'un changement important des circonstances, il n'y a pas de motif de révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité doit donc être maintenu pour la période postérieure au 31 mars 2010, ce qui entraîne l'admission du recours et la réforme de la décision attaquée.

**7.** Au vu de l'issue du litige, les frais de justice doivent être mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). La recourante, qui obtient gain de cause et qui est assistée d'un mandataire professionnel, a

droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), dont le montant doit en l'espèce être fixé à 2'500 francs.

**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 28 août 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée à V.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> avril 2009.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante V.\_\_\_\_\_ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (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: