

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 juin 2017

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
MM. Bonard et Monod, assesseurs  
Greffière : Mme Kreiner

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Colette Lasserre Rouiller,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 7 août 1991, A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé une demande de rente AI. Elle mentionnait des atteintes au dos, à la nuque et dans les avant-bras.

Dans son rapport médical du 9 septembre 1991, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, posait les diagnostics de discopathie L4/L5, avec protrusion discale médiane, légèrement sténosante, de discopathie et arthrose articulaire postérieure L5/S1, avec protrusion discale médio-latérale droite, modérément sténosante, d'angines et bronchites à répétition et de tendance à l'hypotension artérielle et dépressive.

Il résultait d'un questionnaire à l'employeur, E.\_\_\_\_\_ SA, du 25 septembre 1991, que l'assurée y avait travaillé comme vendeuse du 21 mars 1988 au 31 août 1991, cette dernière ayant donné son congé pour des raisons familiales et de santé. Elle travaillait à plein temps. En 1991, sans atteinte à la santé, son salaire mensuel aurait été de 2'450 francs.

Par courrier du 19 juin 1992, l'assurée a retiré sa demande de prestations AI.

**B.** Le 15 novembre 2001, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI.

Dans un formulaire 531 bis du 5 février 2002, l'intéressée a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps, par nécessité financière.

Selon un questionnaire pour l'employeur du 4 mars 2002, l'assurée a travaillé au sein de l'entreprise I.\_\_\_\_\_ SA du 3 avril au 19 mai 2000 en qualité d'employée de bureau. L'horaire de travail de l'entreprise était de 9 heures par jour et celui de l'assurée de 3,5 heures

par jour. Son salaire mensuel s'élevait à 1'700 fr. par mois. Dans une attestation de l'employeur du 29 juin 2000 à l'attention de l'assurance-chômage, l'employeur avait indiqué que le contrat de travail avait été résilié pour cause d'incompétence et que l'assurée avait perçu un salaire de 1'700 fr. en avril et de 639 fr. 45 en mai 2000.

Dans un rapport médical du 14 février 2003, le Prof. B.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au Centre anti-douleur de la Clinique [...], a indiqué notamment ce qui suit :

"Deux séries d'infiltrations ont été effectuées au niveau des branches médianes responsables de l'innervation des articulations L4-L5 et L5-S1 à gauche, avec un résultat très convaincant. Les douleurs ont été complètement absentes dans le dos à gauche ainsi que dans la jambe pendant des périodes conformes à la durée d'action des anesthésiques respectifs. Sur cette base, nous avons décidé avec la patiente d'effectuer un traitement avec dénervation de ces articulations par technique de thermocoagulation par radiofréquence.

Ce traitement a été effectué le 27 novembre dernier et la patiente a été contrôlée lors d'un examen le 10 février 2003. Elle décrit une forte amélioration avec diminution de ses douleurs qui dépasse les 80 %. Elle a aujourd'hui des périodes complètement sans douleurs et se considère très satisfaite. Nous avons informé la patiente que le risque principal de cette technique à moyen et long terme consiste en une régénérescence des articulations dénervées. Selon nos statistiques, se basant sur plus de 15 ans d'expérience de la technique, démontre un taux de régénérescence de l'ordre de 8 à 10 % par année de façon cumulative. Ceci implique que la patiente a encore une chance de 50 % de rester dans son état actuel après 5 ans. Il est évident qu'elle risque de développer des douleurs provenant d'autres articulations postérieures, vu la maladie progressive qu'elle développe depuis de nombreuses années. Nous avons informé la patiente qu'elle pouvait directement s'adresser à nous en cas de résurgence de ses douleurs actuelles ou d'apparition de nouvelles douleurs. En cas de régénérescence, on peut répéter le traitement actuel avec un résultat similaire à ce que l'on a pu constater après le premier traitement."

Dans un rapport médical du 24 mars 2004, la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de cervico-brachialgies sur discopathie C5-C6, de lombalgies chroniques sur troubles statiques et discopathie dégénérative au niveau L5-S1 et L4-L5, de thymie dépressive, de suspicion d'un trouble somatoforme douloureux et de déficit en fer traité. Elle a notamment exposé avoir vu l'assurée à

quelques reprises depuis le 29 août 2003 en raison d'une fatigue associée à un déficit en fer et un épisode de gastro-entérite traité symptomatiquement. Celle-ci n'ayant plus d'activité selon ses dires depuis plusieurs années, la Dresse F. \_\_\_\_\_ n'avait pas prescrit d'arrêt de travail. Comme il lui était difficile de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée et les mesures professionnelles éventuelles, elle a proposé à l'OAI de s'adresser au Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. La praticienne a également estimé qu'un examen psychiatrique paraissait indiqué. Elle a notamment joint en annexe le rapport médical du 11 novembre 2003 du Dr G. \_\_\_\_\_ conclu en ces termes :

"La symptomatologie de cette patiente est, bien entendu, très difficile à évaluer, peut-être en grande partie non organique. Etant donné que les plaintes les plus importantes sont localisées au niveau cervical, j'ai pensé étendre les investigations dans cette direction avec une IRM qui devrait nous permettre de confirmer la présence des discopathies et, éventuellement, de prévoir un traitement qui, à mon avis, devrait rester conservateur. La patiente sera revue dans 2 semaines.

[....]

**Consultation du 20.11.03 - Dr G. \_\_\_\_\_**

La patiente revient après avoir passé son IRM qui montre une discopathie C5-C6 avec importante protrusion discale, prédominant à G, associée à une amputation de la racine C6 G. des signes d'instabilité sont également présents au même niveau.

Nous avons décidé d'instaurer un ttt conservateur, débutant avec de la physiothérapie. Essai de ttt antalgique avec du Tramal 2 x 100 mg /j."

Dans son rapport médical du 23 août 2004, le Dr G. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants :

"Lombalgies invalidantes sur discopathie L5-S1 grave, L4-L5 modérée et spondylarthrose L4-S1  
Cervicalgies chroniques avec brachialgies D sur discopathie C4-C5 et C5-C6"

Il a en outre indiqué ce qui suit :

## **"6. Examens médicaux spécialisés**

*Les examens radiologiques du rachis lombaire datant de 2002 montrent une discopathie dégénérative très avancée au niveau L5-S1, moins avancée au niveau L4-L5 avec une spondylarthrose assez importante aux 2 niveaux.*

*Une IRM cervicale datée du 13.11.2003 montre une discopathie C3-C4, C4-C5 et C5-C6 avec une sténose des trous de conjugaison C5-C6 ddc, prédominant à G.*

## **7. Thérapie / Pronostic**

A [l]'heure actuelle, il semble que tout traitement conservateur, dirigé, aussi bien au niveau cervical que lombaire, n'ait donné aucune amélioration de la symptomatologie. Nous sommes donc confronté[s] à un échec de ce traitement. Afin d'évaluer si cette patiente pourrait être un bon candidat à un traitement chirurgical, Madame A. \_\_\_\_\_ a été adressée au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier U. \_\_\_\_\_. Il est possible qu'une spondylodèse L4-S1 ainsi qu'une discectomie C5-C6 puissent partiellement améliorer la patiente (Dr L. \_\_\_\_\_).

Vue l'étendue de la pathologie, et le cadre d'une possible dépression, le pronostic reste plutôt mauvais."

Ce praticien a encore estimé que, du point de vue organique, la situation aurait dû permettre une activité professionnelle d'au moins 50 %, celle d'employée de bureau étant adaptée à l'état de santé.

Les Drs D. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, spécialistes respectivement en neurochirurgie et en anesthésiologie, ont indiqué dans un rapport médical du 14 mars 2005 avoir effectué le 30 septembre 2004 des blocs facettaires C5-C6 bilatéraux sous guidage radioscopique et le 12 janvier 2005 une spondylodèse cervicale C5-C6 par voie antérieure avec greffon de peek et plaque Zephyr. Ils ont estimé qu'il était trop tôt pour déterminer la capacité de travail.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 13 juin 2005. Dans son rapport du 15 juin 2005, l'enquêtrice a exposé que l'assurée avait justifié le statut de 100 % active déclaré dans le formulaire 531 bis par une situation financière catastrophique (notamment époux au bénéfice du revenu minimum de réinsertion [RMR] et actes de défauts de bien pour un montant de 70'000 fr.). Elle avait néanmoins effectué l'enquête ménagère, dont il résultait un empêchement de 60.9 %.

Le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI) de Genève a été mandaté expert.

Il résultait du rapport d'expertise interdisciplinaire du 29 mars 2006, signé par la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie et médecin-expert, et le Dr Y.\_\_\_\_\_, médecin-chef, notamment ce qui suit :

**"A4 DIAGNOSTICS**

**A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail**

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 : F 45.4).
- Lombalgies chroniques d'origine multifactorielle (troubles statiques, troubles dégénératifs modérés, déconditionnement musculaire).
- Cervicalgies chroniques d'origine multifactorielle (troubles statiques, troubles dégénératifs discrets, status après spondylodèse C5-C6 le 12.01.2005 pour hernie discale C5-C6).
- Céphalées de tension probable.

**A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail**

- Syndrome fémoro-patellaire bilatéral.
- Suspicion de rhizarthrose débutante bilatérale.
- Status après fracture de la clavicule gauche en juin 2004.
- Rectocolite diagnostiquée en 1999.
- Status après épisode dépressif en 1998 et 2000.

[...]

Au terme de la présente évaluation, nous constatons que l'évolution clinique a été marquée par une extension progressive de la symptomatologie douloureuse, à partir d'une "épine irritative" constituée par les lombalgies, avec apparition secondaire de sciatalgies et de cervico-brachialgies prédominant à gauche, ainsi que d'un cortège de symptômes d'accompagnement (asthénie, céphalées, paresthésies). L'examen clinique révèle avant tout un trouble de la statique rachidienne et une limitation algique modérée de la mobilité du rachis cervical et lombaire dans tous les plans. Il existe également une limitation algique de la mobilité active de l'épaule gauche, alors que l'assurée est capable de s'habiller sans problème, en particulier enfiler un pull par en haut. Quant à l'examen neurologique, il révèle des troubles diffus de la sensibilité, ne respectant pas de dermatome, et de multiples lâchages antalgiques lors du testing de la force musculaire, alors que l'on n'objective ni amyotrophie ni asymétrie des réflexes ostéo-tendineux. Enfin, les points de fibromyalgie sont tous présents, témoignant d'un abaissement du seuil douloureux, et de nombreux signes de non-organicité selon Waddell sont mis en évidence, reflétant clairement une surcharge fonctionnelle.

Concernant le bilan radiologique, il montre, au niveau lombaire, un trouble de la statique et des discopathies prédominant en L5-S1, progressives par rapport aux comparatifs de 1990 et 2002, ainsi

qu'une arthrose postérieure de L4 à S1, également en aggravation. Au niveau cervical, outre la spondylodèse C5-C6 avec présence d'une cage, on note une hypolordose avec une légère arthrose postérieure prédominant au niveau cervical supérieur.

Ainsi, Madame A. \_\_\_\_\_ présente non seulement des lombalgies chroniques mais également des cervicalgies chroniques, d'origine multifactorielle, survenant dans le cadre de troubles de la statique rachidienne, d'un déconditionnement musculaire global et de troubles dégénératifs modérés du rachis dorso-lombaire et discrets du rachis cervical, avec status après spondylodèse C5-C6. L'ensemble de la symptomatologie clinique, et en particulier l'importance des plaintes douloureuses, ne peut cependant de loin pas être entièrement expliqué par les constatations objectives. L'assurée est essentiellement limitée par le vécu douloureux, lequel a un immense impact psychosocial sur la vie de Madame A. \_\_\_\_\_. Ainsi, devant ce tableau clinique, nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Les éléments typiques en faveur d'un tel diagnostic sont les suivants : une douleur initialement localisée au niveau lombaire et du membre inférieur gauche, s'étendant progressivement, des douleurs ressenties comme maximales en permanence, la non-réponse aux différentes mesures thérapeutiques et enfin l'absence de substrat organique pouvant expliquer l'ensemble de la symptomatologie algique. Une majoration des symptômes peut être présente, inconsciente, comme c'est souvent le cas dans le cadre du trouble somatoforme douloureux. Nous n'avons cependant aucun argument pour suspecter une simulation volontaire de l'assurée. Nous sommes en effet persuadés de la réalité de ses douleurs et de l'importance qu'elles représentent dans le vécu quotidien de l'assurée. Enfin, nous n'avons pas observé de divergence entre les plaintes de l'assurée et les informations ressortant du dossier médical. En conclusion, nous partageons donc l'avis du Docteur F. \_\_\_\_\_ pour retenir le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Contrairement à elle par contre, nous ne retrouvons pas la thymie dépressive, l'évaluation psychiatrique ne permettant pas de mettre en évidence de symptôme de souffrance psychique actuellement. A souligner cependant que, si le substrat organique ne permet pas d'expliquer la symptomatologie douloureuse, par la logique des choses, une origine psychique doit être recherchée, même si celle-ci n'a pu être décelée lors de cet entretien d'évaluation.

Théoriquement, du point de vue thérapeutique, la situation physique pourrait être améliorée par la poursuite de physiothérapie à sec, sous forme d'un reconditionnement musculaire global, d'exercices de proprioception et d'étirements musculaires, ainsi que par la pratique de balnéothérapie. De plus, un traitement antidépresseur tricyclique pourrait être instauré, dans l'idée d'élever progressivement le seuil douloureux.

Le pronostic d'un tel trouble somatoforme douloureux est réservé, malgré l'absence actuelle de comorbidité psychiatrique. Les douleurs chroniques et parfois paroxystiques interfèrent de façon majeure avec les activités quotidiennes et la vie sociale de l'assurée. En effet, l'assurée se fait aider pour le ménage et les courses, comme le confirme une enquête économique sur le ménage organisée par l'Office AI en juin 2005, et un certain retrait social s'est progressivement installé, l'assurée ne voyant plus que ses parents et deux amies. La longue évolution de ce syndrome

douloureux, les premiers symptômes douloureux étant apparus durant l'adolescence déjà, et donc la fixation de cette situation depuis de nombreuses années, sont des facteurs de mauvais pronostic. L'assurée s'est en effet fortement installée dans une identité d'invalides. Enfin, l'arrêt de travail prolongé depuis maintenant presque 6 ans et l'absence d'amélioration quelconque après l'arrêt de travail, voire même plutôt une aggravation du tableau clinique, sont également des éléments négatifs.

En conclusion, une capacité de travail reste exigible de la part de cette assurée. Néanmoins, en tenant compte des éléments énumérés ci-dessus, celle-ci n'est plus que partielle.

[...]

### ***B.1 Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés***

***Au plan physique :*** en raison des cervicalgies et lombalgies chroniques, d'exacerbation mécanique, l'assurée ne peut maintenir une position statique prolongée, debout ou assise, et devrait pouvoir changer de position régulièrement. Les mouvements en porte-à-faux du tronc doivent être évités, de même que la marche sur de longues distances et le port répété de charges, supérieures à 5-10 kg. De plus, en raison d'un abaissement du seuil de la douleur, il existe une intolérance envers les sollicitations physiques répétitives et monotones.

***Au plan psychique et mental :*** l'assurée se plaint de troubles de la concentration qui interféreraient avec sa vie professionnelle, que nous n'avons pu objectiver.

***Au plan social :*** le réseau social de l'assurée s'est progressivement restreint, se limitant à son cercle familial et à deux amies. Ainsi, ce retrait social expliqué par les douleurs, pourrait rendre plus difficile une intégration dans un groupe.

### ***B.2 Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici***

#### ***B.2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?***

L'assurée a effectué une formation professionnelle de secrétaire et a travaillé soit comme vendeuse, soit comme secrétaire. La reprise d'une activité en tant que vendeuse ne nous semble pas adaptée en raison de l'exacerbation des rachialgies par les fréquents ports de charges que nécessite ce travail. Par contre, son ancienne activité de secrétaire nous semble adaptée à ses handicaps, sous réserve que l'assurée puisse régulièrement changer de position (afin de soulager son dos).

Subjectivement, la capacité résiduelle de travail de l'assurée est très restreinte en ce qui concerne les activités de son propre ménage, lequel est en grande partie pris en charge par son mari et sa fille, comme le confirme une enquête économique sur le ménage, organisée par l'Office AI en juin 2005.

#### ***B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail***

En fait, l'assurée n'est pas limitée dans ses facultés physiques (mouvements, force, motricité fine ou grossière), mais présente une forte limitation envers toutes les sollicitations physiques répétitives, car elle se fatigue rapidement et vit une exacerbation de ses douleurs.

L'importance du trouble somatoforme douloureux persistant, qui s'est installé dès l'âge de 17 ans et qui s'est progressivement

aggravé, épuisant les ressources de l'assurée, son installation dans une identité d'invalidé, ainsi que le retrait social secondaire, sont en effet des facteurs de mauvais pronostic quant à sa capacité de surmonter ses douleurs.

**B.2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?**

Oui, à raison de 4-5 heures par jour.

**B.2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Dans une activité de secrétaire, on peut s'attendre à une légère diminution du rendement, non seulement en raison des fréquents changements de position dus aux cervicalgies et lombalgies, mais également en raison d'une fatigabilité augmentée. Cette diminution ne devrait pas dépasser les 10 à 15 %.

**B.2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail d'au moins 20 %?**

A partir du 01.05.2000, la capacité de travail de l'assurée est nulle en raison d'un état dépressif.

**B.2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

Suite à l'instauration d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychiatrique, l'évolution sur le plan psychique a été lentement favorable. Toutefois, dès le début de l'année 2003, on note une recrudescence des plaintes somatiques, en particulier des lombalgies et des cervicalgies. Selon le rapport du 11.11.2003 du Docteur G.\_\_\_\_\_, orthopédiste FMH, l'incapacité de travail de l'assurée est alors évaluée à 50 % dans une activité sédentaire, ce qui correspond à notre évaluation actuelle (cf. B.2.3 et B.2.4).

**B.3 En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Actuellement, il n'y a pas de trouble psychique, si ce n'est une identité d'invalidé fortement incrustée."

Dans un rapport d'examen du Service médical régional de l'AI de la Suisse romande (ci-après : le SMR) du 23 mai 2006, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin audit service, a exposé notamment ce qui suit :

"Les experts jugent la CT de 50 à 60 %, dans une activité qui tient compte des limitations fonctionnelles.

Nous vous proposons de suivre l'appréciation des experts et de retenir une CT de 60 % dans une activité légère. Cette incapacité est justifiée par les atteintes dorsales.

L'assurée souffre d'une affection corporelle chronique importante avec prise en charge adéquate mais sans évolution[.]

Le trouble somatoforme douloureux ne limite par contre pas la CT de l'assurée. L'assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique, de traits prémorbides de la personnalité, une perte totale d'intégration sociale, mais on observe une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé (lors de l'examen, l'assurée parvenait à rester assis sans adopter de position

antalgique).

Quant à l'enquête ménagère, les empêchements retenus nous paraissent démesurés par rapport aux atteintes somatiques objectives. Il est évident qu'une telle enquête ne reflète pas la situation objective en présence d'un TDS."

Dans un rapport médical du 28 mars 2007, la Dresse N. \_\_\_\_\_, médecin assistante à la Fondation du [...] du Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre hospitalier U. \_\_\_\_\_), a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants :

- "1) Adénocarcinome séreux peu différencié de grade III de l'ovaire gauche Stade pT2a pN0 MO avec :
  - Micro-foyer carcinomateux de l'ovaire droit.
  - Micro-foyer de carcinome peu différencié de l'endocol.
- 2) Adénocarcinome de l'endomètre de type endométrioïde bien différencié de grade I infiltrant focalement le myomètre de stade pT1b pN0 MO.
- 3) Status après hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, appendicectomie, omentectomie.
- 4) Status après 6 cycles de chimiothérapie adjuvante de type Taxol/Carboplatine du 20.10.06 au 26.02.07.

Elle a notamment indiqué que l'assurée présentait une fatigue extrêmement importante chimio-induite ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle à ce stade.

Le 1<sup>er</sup> mai 2007, le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé vu cette nouvelle pathologie qu'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis septembre 2006 devait être reconnue.

Le 24 août 2007, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet d'acceptation de rente qu'il a confirmé par décision du 24 janvier 2008, dont il résultait notamment ce qui suit :

"Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2000 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

A l'issue du délai de carence d'une année, prévu aux art. 29 LAI et 6 LPGA, soit le 1<sup>er</sup> mai 2001, votre capacité de travail est de 60 % dans une activité adaptée (activités industrielles légères). Selon le calcul ci-dessous, le préjudice économique de 45.99 % vous donne droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2001. Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2006, votre état de santé s'est aggravé et votre incapacité de travail

est totale, le quart de rente est remplacé par une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006 (3 mois après l'aggravation de l'état de santé, art. 88a, 2<sup>ème</sup> al. RAI)[.]

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalide (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2000, CHF 3'658.- par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2000 (41,8 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 3'822.61 (CHF 3'658.- x 41,8 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 45'871.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2000 à 2001 (+ 2.5 % ; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 47'018.10 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 60 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 28'210.86 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalide est justifié.

Le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi à CHF 25'389.78

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :**

sans invalidité	CHF	47'018.00		
avec invalidité	CHF	25'389.78		
La perte de gain s'élève à	CHF	21'628.22	=	un degré
d'invalidité de 45.99 %				

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

Dès le 1<sup>er</sup> mai 2001, vous avez droit à un quart de rente jusqu'au 30 novembre 2006, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006."

**C.** Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente, la Dresse P.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Centre hospitalier U.\_\_\_\_\_, a établi un rapport médical le 3 novembre 2008 où elle a indiqué notamment ce qui suit :

**"Quelle est la situation actuelle ?** Les doléances actuelles se situent exclusivement sur le plan des douleurs, tant des douleurs ostéo-articulaires diffuses dans le cadre d'une fibromyalgie déjà diagnostiquée que des céphalées de type migraineux. Ces douleurs paraissent actuellement stabilisées sous un traitement bien conduit de Sarotène par le médecin traitant habituel, la Dresse R.\_\_\_\_\_ à [...]. Sur le plan oncologique, Madame A.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'un suivi trimestriel durant les 2 1<sup>ères</sup> années après la fin des traitements ; le prochain contrôle est fixé à janvier 2009, après quoi les contrôles seront espacés à 6 mois.

**Quelles sont les limitations fonctionnelles ?** Les limitations fonctionnelles sont principalement liées aux douleurs mentionnées ci-dessus ; l'asthénie et les troubles de la concentration sont peut-être liés aux séquelles des traitements.

**Quelle est la capacité de travail exigible ?** Compte tenu du fait que les limitations fonctionnelles sont actuellement essentiellement dictées par le tableau douloureux chronique, nous ne sommes pas en mesure de répondre précisément à cette question, pour laquelle c'est l'avis du médecin traitant habituel qui doit faire foi."

Les Drs D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, ont mentionné dans leur rapport médical du 5 février 2009 avoir procédé le 22 août 2007 à des blocs facettaires C4-C5 bilatéraux sous guidage radioscopique, la capacité de travail étant nulle selon une appréciation globale et de 50 % dans une activité adaptée.

Dans son rapport médical du 2 mars 2009, la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics suivants :

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

- Cervicoscapulo-brachialgies D sur status post spondylodèse C5-C6 pour hernie discale et cervicarthrose (janvier 2005)
- Dorsolombalgies chroniques et lomboradiculalgies des MI, prédominant à D, dans le contexte de :
  - o Sévères troubles statiques et posturaux avec cyphose dorsale, déficit postural en enroulement de la chaîne antérieure, dysbalances musculaire pluri-étagées

- o Discopathies dégénératives des quatre derniers espaces lombaires avec conflit discoradiculaire L5 par saillie disco-ostéophytaire L5-S1
- o Déchirure annulaire L3-L4
- o Arthrose inter-apophysaire postérieure
- Adénocarcinome séreux de l'ovaire G pT2a pN0 MO FIGO II (2006)
- Adénocarcinome de l'endomètre de type endométrioïde pT1b pN0 MO (2006)
- Douleurs abdominales et troubles du transit itératifs, terrain de rectocolite ulcéro-hémorragique dans l'enfance.
- Polyneuropathie périphérique post chimiothérapie

**Diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail :**

- Status post amygdalectomie 1975
- Status post accident de la voie publique en juin 2004 avec fracture de côtes D et de clavicule G"

Elle a en outre notamment indiqué ce qui suit :

"Compte tenu de l'intensité et de la rythmicité inflammatoire des douleurs chez cette patiente présentant un terrain de recto-colite ulcéro-hémorragique, j'ai d'emblée orienté mes investigations afin d'exclure une spondylarthropathie comme participative. L'IRM des sacro-iliaques, effectuée le 13.03.2006, ne met pas en évidence de sacro-iliite mais objective des discopathies des derniers segments avec une érosion prenant le contraste dans la partie G de la partie supérieure de L5 de façon fortuite. On met en évidence lors de cet examen la présence d'un ovaire G de taille agrandie, pour lequel j'adresse la patiente chez la Dresse T.\_\_\_\_\_ pour un contrôle gynécologique. Les investigations aboutissent au diagnostic d'adénocarcinome de grade HI de l'ovaire G avec un micro foyer carcinomateux dans l'ovaire D et d'adénocarcinome de l'endomètre de type endométrioïde pour lequel la patiente subit le 08.09.06 une laparotomie médiane avec hystérectomie totale, appendicectomie, omentectomie, biopsies périnéales et sampling ganglionnaire. Elle est ultérieurement suivie par le service d'oncologie du Centre hospitalier U.\_\_\_\_\_ avec administration d'une chimiothérapie adjuvante de Taxol-Carboplatine pour 6 cycles. Compte tenu du capital veineux, un port-à-cath est introduit en octobre 2006. La patiente est itérativement revue en contrôle à la consultation d'oncologie du Centre hospitalier U.\_\_\_\_\_ et la réponse au traitement semble bonne. Persistent cependant une condensation linguale inférieure et un empâtement localisé dans la région annexielle G qui nécessite un suivi.

Le tableau douloureux actuel de Madame A.\_\_\_\_\_ est dominé par :  
- Des cervico-scapulo-brachialgies D avec des douleurs de l'épaule et du coude, en présence de signes d'irritation méningée. La patiente a subi en 2005 une spondylodèse C5-C6 pour cure de hernie discale et est sur ce plan suivie au centre de la douleur à [...].

- Des lomboradiculalgies en relation avec des troubles dégénératifs pluriétagés en progression pour lesquels une approche infiltrative antalgique avec blocs facettaires va probablement être effectuée.

- De façon réactionnelle, Madame A. \_\_\_\_\_ présente un état dépressif ayant nécessité un traitement médicamenteux, initialement par Saroten qui a dû être arrêté pour importante prise pondérale. La tentative de l'introduction de Cymbalta s'est soldée par des effets secondaires de même que le Réméron et le Seropram. Une modulation du caractère neuropathique des douleurs par de la Prégabaline n'a non plus pas été toléré. Actuellement, Madame A. \_\_\_\_\_ bénéficie d'un traitement associant AINS, Zaldiar.

[...]

### **1.7 : Questions sur l'activité exercée à ce jour :**

En raison des douleurs cervicobrachiales D, éviction des mouvements répétitifs des MS, du travail au-dessus de l'horizontale, éviction des travaux en hyperextension de la nuque. En raison des lombalgies et des lomboradiculalgies, éviction des stations en position statique, des marches sur de longues distances, de travaux sollicitant le rachis en flexion antérieure, en porte-à-faux, en rotations, éviction du port de charges.

En raison du tableau oncologique, l'intense fatigabilité de Madame A. \_\_\_\_\_ génère une baisse de rendement acutisée par les variations de la thymie, de même que sa résistance très limitée.

Ainsi, même dans son quotidien, la patiente sollicite l'aide de son époux pour les tâches courantes.

A mon avis, actuellement aucune activité professionnelle ne peut être exigée de la part de Madame A. \_\_\_\_\_."

Le Centre d'Expertise [...] (ci-après : Centre d'expertise O. \_\_\_\_\_) a été mandaté expert. Les Drs S. \_\_\_\_\_, V. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en neurologie, en psychiatrie et psychothérapie et en médecine interne générale et rhumatologie, ont établi leur rapport le 16 mars 2010. Ils ont posé les diagnostics suivants :

"4.1 *Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?*

- Rachialgies cervico-lombaires sur troubles statiques et dégénératifs présents depuis 1974 environ.

4.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?*

- Céphalées à caractère migraineux entrant dans le contexte du syndrome fibromyalgique/somatoforme douloureux,

- présentes depuis 1978/1979
- Possible discrète atteinte polyneuropathique sensitive post-chimiothérapie (2006)
  - Troubles statiques dégénératifs modérés du rachis.
  - Rhizarthrose gauche.
  - Status après adénocarcinome séreux peu différencié de l'ovaire gauche et adénocarcinome de l'endomètre en 2006.
  - Status après tumorectomie du sein gauche pour mastopathie fibrokystique avec foyers d'hyperplasie intracanalairé marquée avec atypies en 2009.
  - Syndrome somatoforme persistant (F 45.4) depuis 2000 au moins"

Les experts ont en outre indiqué notamment ce qui suit :

*"Synthèse et conclusions :*

Sur le plan neurologique, il s'agit d'une assurée souffrant de très longue date de lombo-sciatalgies initialement gauches, puis bilatérales suivies de l'apparition de cervico-brachialgies gauches. En raison des troubles susmentionnés, de très nombreux traitements conservateurs ont été tentés sans effet suivis d'une spondylodèse cervicale C5-C6, laquelle n'a entraîné au mieux qu'une régression des douleurs brachiales gauches. Les rachialgies se compliquent également de céphalées dont la description évoque des phénomènes migraineux, céphalées actuellement chronifiées.

En résumé, l'examen clinique révèle des troubles statiques vertébraux modérés, une contracture des muscles para-cervicaux et du chef supérieur des deux côtés ainsi que des insertions tendineuses toutes sensibles au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Il n'y a par contre pas d'éléments clairement indicateurs d'une atteinte radriculaire tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs. Pas d'atteinte polyneuropathique majeure hormis une hypopallesthésie des membres inférieurs.

Comme mentionné ci-dessus, la revue des documents radiologiques à disposition révèle des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées cervicales et lombaires sans évidence certaine de compression radriculaire susceptible d'expliquer la persistance et l'importance des troubles.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une atteinte significative, qu'il s'agisse d'une atteinte radriculaire ou médullaire. Bien que l'assurée signale des paresthésies au niveau des mains et des pieds, le seul élément en direction d'une atteinte polyneuropathique est la discrète hypopallesthésie mise en évidence au niveau des membres inférieurs. On est par contre frappé à l'examen clinique par la présence d'insertions tendineuses toutes sensibles au niveau des 4 extrémités évoquant une « fibromyalgie ».

Compte tenu des éléments susmentionnés, il existe une discordance évidente entre l'importance des troubles ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et la discrétion des anomalies

objectives significatives d'autre part. Il est évident que les altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées mises en évidence aux examens radiologiques peuvent être à l'origine de douleurs rachidiennes. Il n'y a par contre pas d'explication claire aux douleurs mentionnées au niveau des deux membres inférieurs, les discrets signes éventuels de compression radiculaire L5-S1 mis en évidence à l'IRM lombaire n'apportant pas d'explication claire aux plaintes. On notera la présence d'insertions tendineuses toutes sensibles au niveau des 4 extrémités.

Sur le plan thérapeutique, il est peu probable que la poursuite du traitement actuel améliore significativement les plaintes. Dans le contexte global, il paraît peu probable que des mesures thérapeutiques additionnelles améliorent significativement la situation.

En ce qui concerne la capacité de travail, si l'on peut admettre que Madame A.\_\_\_\_\_ puisse être gênée dans des activités physiquement particulièrement lourdes, il n'y a pas de processus pathologique neurologique significatif justifiant une limitation de la capacité de travail dans l'activité de secrétaire/vendeuse, hormis éventuellement la nécessité de changer relativement fréquemment de position et une contre-indication au port régulier de charges de 10 kg ou plus.

S'agissant des troubles sensitifs apparus dans les suites du traitement de chimiothérapie instauré pour les néoplasies gynécologiques, l'atteinte polyneuropathique, si elle existe, est extrêmement discrète et ne représente pas non plus une cause d'incapacité de travail.

S'agissant des maux de tête, ces derniers, bien qu'ayant apparemment un caractère migraineux, rentrent vraisemblablement dans le cadre de la fibromyalgie/syndrome somatoforme douloureux et doivent être appréciés dans ce contexte.

Sur le plan somatique, les problèmes oncologiques survenus en septembre 2006 et en juin 2009 ont entraîné une altération de la capacité de travail qui a été nulle temporairement. Six mois après la fin de la radiothérapie qui s'est terminée en novembre 2009 on peut considérer que Madame A.\_\_\_\_\_ retrouve la situation antérieure avec une diminution de la capacité de travail due essentiellement aux troubles dégénératifs du rachis.

Sur le plan psychique, le syndrome douloureux somatoforme persistant de l'assurée n'atteint pas le degré de gravité d'une maladie psychiatrique incapacitante. En l'absence d'autres comorbidités psychiatriques, la capacité de travail de l'assurée est entière.

***Remarques :***

Les conclusions de cette expertise s'écartent un peu de celle de 2006 effectuée par le COMAI de Genève.

Les premiers experts mentionnent que *l'ensemble de la symptomatologie clinique, et en particulier l'importance des plaintes douloureuses, ne peut cependant de loin pas être*

*entièrement expliqué par les constatations objectives.* Ils retiennent une capacité de travail de 4 à 5 heures par jour avec une diminution de rendement de 10 à 15 %, ce qui au total correspond à une capacité de 45 % environ. Plus loin ils mentionnent rejoindre l'évaluation du 11.11. 2003 du Dr G.\_\_\_\_\_, orthopédiste, qui avait retenu une capacité de 50 % dans une activité sédentaire. A la lecture attentive de ce rapport, on découvre que l'orthopédiste ne s'est pas du tout prononcé sur la capacité de travail à cette date. Le médecin se prononce par contre plus précisément dans un rapport daté du 23.08.2004 à l'AI. D'une part, il mentionne que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales, d'autre part il estime que la capacité de travail est d'au moins 50 %, ce qui n'est pas tout à fait identique à l'évaluation du COMAI, qui d'une part estime que son poste actuel de secrétaire est le plus adapté (question C1) et d'autre part mentionne qu'il n'est pas possible d'améliorer la capacité de travail (question C2).

*Les experts n'ont pas mis en évidence de troubles psychiques, mais estiment que, si le substrat organique ne permet pas d'expliquer la symptomatologie douloureuse, par la logique des choses, une origine psychique doit être recherchée, même si celle-ci n'a pas pu être décelée lors de cet entretien d'évaluation.*

Nous ne suivons sur ce point pas le même raisonnement que les experts précédents. D'une part, si on considère que selon la logique une origine psychique doit être présente, elle devrait être alors recherchée par un examen plus approfondi, notamment avec des tests. Par ailleurs, il est fréquent qu'une manifestation somatique puisse protéger la personne contre une décompensation de la personnalité, ceci est bien connu dans la littérature sous la dénomination de *fonction du symptôme*. Ceci n'a pas été discuté. Il vrai (sic) également que dans la situation actuelle, ce qui importe le plus est l'absence de comorbidité psychique au trouble somatoforme.

Nous constatons par ailleurs, que bien que nous admettons une capacité de travail complète dans une activité adaptée, la situation médicale de base n'a pas changé depuis le moment de l'attribution de la rente complète le 01.12.2006, hormis les périodes récentes d'éléments médicaux intercurrents qui justifient une incapacité de travail complète temporaire, mais pas durable."

Dans un avis médical du 26 avril 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a mentionné en particulier ce qui suit :

"[...] En résumé, le rapport d'expertise démontre que l'état de santé est resté stationnaire au plan somatique en dehors des affections gynécologiques et mammaires engendrant une CT nulle temporaire ; il n'y a pas de comorbidité psychiatrique au syndrome somatoforme connu depuis près de 10 années, lequel n'a pas les critères incapacitants (pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, pas d'état psychique cristallisé, etc[.])[.]

Limitations fonctionnelles : activités lourdes, port de charges au-

delà de 10 kg, positions statiques assis/debout prolongées ; j'ajouterai le porte-à-faux du rachis.

Capacité de travail : nulle en toute activité de septembre 2006 à fin août 2007 et de juin 2009 à fin mai 2010.

En dehors de ces périodes, la CT est de 60 % dans l'activité de secrétariat, de vendeuse et en toute activité adaptée.

**Remarque** : nous nous écartons des conclusions des experts du COMAI 2010 quant à la CT qu'ils considèrent comme entière dans l'activité de secrétariat, vendeuse et adaptée ; après les affections oncologiques qui ont engendré une IT totale, le statu quo ante a été retrouvé, raison pour laquelle, en l'absence d'amélioration documentée des pathologies ayant conduit en 2006 à une CT limitée à 60 %, nous ne pouvons admettre aujourd'hui une pleine CT. D'autant plus qu'en 2006, les experts COMAI avaient retenu une CT résiduelle proche de celle (50 %) donnée par le Dr G. \_\_\_\_\_, orthopédiste traitant."

Par communication du 7 septembre 2011, l'OAI a informé l'assurée que les conditions du droit à une orientation professionnelle étaient remplies.

Il résulte du rapport final de la REA du 18 novembre 2013 ce qui suit :

**"[...] Résumé des mesures professionnelles mises en place et résultats :**

Dans ces contextes, nous avons reçue Mme A. \_\_\_\_\_ pour mettre en place des mesures de réadaptation. Nous avons tenté un stage auprès de la structure Ff. \_\_\_\_\_ (à cette époque dans des locaux à [...]). Le trajet était impossible pour Mme A. \_\_\_\_\_ qui indiquait ne pas pouvoir prendre les transports publics (l'expertise indique qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique aux troubles somatoformes douloureux de notre assurée).

L'époux de notre assurée travaillant sur [...] et s'y rendant en voiture, nous avons donc proposé une mesure sur la structure Bb. \_\_\_\_\_. Un contact avec la Dresse R. \_\_\_\_\_ nous indique alors que l'assurée n'est pas en mesure d'entreprendre une nouvelle mesure en raison d'une nouvelle atteinte à la santé.

Ce médecin est interrogé en novembre 2011, mais ne rendra jamais réponse aux nombreux rappels. Dès lors, nous convoquons à nouveau l'assurée en vue de la mise en place d'une mesure à Ff. \_\_\_\_\_ (désormais plus facile d'accès car à [...]). Lors de cette tentative, nous avons été contactés par une assistante sociale du Centre Hh. \_\_\_\_\_ de [...] qui nous a fait part du fait que l'assurée n'était pas en mesure de suivre ce stage pour des raisons en lien avec sa situation maritale (?).

Dès lors, nous estimons que le fait que l'assurée ne participe pas aux mesures proposées n'est pas en lien avec sa situation de santé. [...]"

Par projet de décision du 25 novembre 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de réduire la rente pour les motifs suivants :

"Vous êtes au bénéfice d'une rente depuis le 1<sup>er</sup> mai 2001.

Les investigations médicales entreprises dans le cadre de la révision de votre rente, et notamment une expertise médicale pluridisciplinaire, ont permis de démontrer que dès fin mai 2010, une capacité de travail de 60 % est exigible dans toute activité respectueuse de vos limitations fonctionnelles d'épargne du rachis (activités lourdes avec port de charges au-delà de 10 kg, positions statiques assis/debout prolongées, porte-à-faux).

Nous avons donc mandaté notre service Réadaptation, afin d'examiner et le cas échéant mettre en place d'éventuelles mesures d'ordre professionnel destinées à vous aider à réintégrer le monde du travail et vous permettre de réduire votre dommage.

Un stage d'observation et d'évaluation était organisé, mais vous n'avez pas entrepris les démarches proposées (soit prendre contact avec le Centre d'évaluation), alléguant de nouveaux problèmes de santé, qui n'ont pas pu être objectivés.

Nous avons donc procédé à un nouveau calcul de votre préjudice économique selon une approche théorique des revenus, en nous basant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour déterminer les salaires de références à prendre en considération (revenu sans et avec invalidité).

Sans atteinte à la santé, vous auriez pu prétendre en 2010 à un revenu (à plein temps) de l'ordre de CHF 52'728.00. A 60 % et en tenant compte d'un abattement de 10 % en raison de vos limitations fonctionnelles, une activité adaptée vous procurerait un salaire de CH[F] 28'473.00. Votre préjudice atteint désormais 46 %.

Cela étant, la rente entière versée jusqu'alors est remplacée par un quart de rente.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

La rente entière qui était versée jusqu'ici est remplacée par un quart de rente.

La réduction de la prestation sera effective dès le premier jour du 2<sup>e</sup> mois qui suit la notification de la présente décision (art. 88bis al. 2, let. a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI)).

### **Remarques importantes**

#### **Nouvelle réadaptation**

La situation médicale, personnelle et professionnelle est examinée régulièrement. Après l'octroi de la rente, des mesures de nouvelle réadaptation, si elles sont indiquées, sont mises en oeuvre dans le but d'améliorer la capacité de gain.

## **Communication**

Si dans les trois ans qui suivent la réduction ou la suppression d'une rente vous deveniez incapable de travailler à 50 % au moins, vous auriez alors droit à une prestation transitoire sous forme de rente pour autant que l'incapacité de travail ait duré 30 jours au moins et perdure. L'incapacité de travail de 50 % se réfère à une capacité de gain concrète liée à l'exercice d'une activité lucrative contractuelle. Si aucune activité n'est exercée, l'incapacité de travail se réfère à la capacité de gain résiduelle."

Par courriel du 29 novembre 2013, la fille de l'assurée a contesté le fait que sa mère n'aurait pas pris contact avec l'OAI concernant la mise en place d'un stage d'observation. Elle a en outre demandé des éclaircissements concernant le projet de décision.

Le 14 janvier 2014, l'assurée a contesté le projet de décision précité en faisant notamment valoir que son état de santé s'était aggravé depuis 2006, que ce soit à cause de trois cancers ou de fatigue chronique, migraines et vertiges ou encore de problèmes à la nuque et au dos.

Par courrier du 21 janvier 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'elle n'avait pas apporté d'éléments nouveaux susceptibles de modifier son degré d'invalidité.

Par décision du 24 janvier 2014, l'OAI a confirmé son projet et réduit la rente entière à un quart de rente depuis le 1<sup>er</sup> mars 2014.

Le 27 janvier 2014, la Dresse R. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI le rapport médical suivant :

"J'aimerais toutefois vous faire part d'éléments médicaux nouveaux dans la situation de ma patiente, éléments que j'ai malheureusement omis de vous communiquer jusqu'ici.

En août 2010, l'apparition chez cette patiente, ayant dans ses antécédents présenté une recto-colite ulcéro-hémorragique, de lombopalgies de type inflammatoire m'a fait demander une IRM des articulations sacro-iliaques, examen compatible, selon le Professeur Kk. \_\_\_\_\_ avec une sacro-iliite bilatérale, prédominant au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Vu les nombreuses douleurs des enthèses, ayant jusqu'alors conduit au diagnostic de fibromyalgie, j'ai retenu le diagnostic d'une spondylarthropathie active avec douleurs polyenthésitiques et sacro-iliite bilatérale

documentée, sur terrain HLA-B27 négatif.

Compte tenu du terrain oncologique, c'est après avoir obtenu l'accord du service d'oncologie du Centre hospitalier U. \_\_\_\_\_ que j'ai initié un traitement par anti-TNF alpha sous forme d'injections d'Etanercept (Enbrel), traitement arrêté au bout de 2 mois en raison de l'apparition d'effets secondaires à type d'intenses céphalées. Dès lors, un traitement par Golimumab (Simponi), en injections mensuelles a été conduit jusqu'en juin 2011, date à laquelle l'apparition d'une thyroïdite d'origine médicamenteuse a motivé son arrêt.

Dès lors, l'essai d'une fenêtre thérapeutique de quelques mois a eu lieu au cours de laquelle les douleurs des enthèses se sont acutisées aux MI. Un traitement par Adalimumab a été mis en place mais également arrêté en raison d'effets secondaires à type de tachycardie, céphalées et nausées. Il faut dire que la patiente tolère difficilement les médications. Des effets secondaires divers et variés se sont manifestés avec le Méthotrexate, l'Arcoxia, le Lyrica, l'Oxycontin, le Tramal, le Targin. Des infiltrations des sacro-iliaques n'ont pas amené de bénéfice.

Au printemps 2012, le tableau douloureux est devenu sévère, quantifié à 9/10 sur l'échelle visuelle analogique de la douleur, en présence de rachialgies inflammatoires et de douleurs touchant les genoux, les hanches, les talons, les chevilles, en l'absence cette fois d'une imagerie active (scintigraphie osseuse du 08.06.2012, IRM des articulations sacro-iliaques du 21.06.2012 : cf. rapports annexés). La discordance radio-clinique m'a fait adresser la patiente pour second avis à Monsieur le Professeur Zz \_\_\_\_\_ qui retenait, dans les diagnostics, une suspicion de spondylarthrite et une fibromyalgie et proposait une approche de type hypnose ou thérapie cognitive.

Depuis lors, je n'ai pas réinitié de traitement biologique, mettant la patiente au bénéfice d'un traitement par AINS sous forme de Nisulid 100 mg 2x/jour, d'antalgiques par Zaldiar 4 à 6x/jour. Il persiste une symptomatologie lombopyalgique nocturne, des cervicalgies avec douleurs des trapèzes et céphalées, des douleurs des mains dans le contexte d'une rhizarthrose bilatérale, des douleurs des épaules, des coudes, des genoux.

Concomitamment, la patiente a présenté des troubles du sommeil, un état anxieux et une baisse de la thymie qui m'ont conduit à augmenter le Sarotène de 50 mg à 100 mg par jour. A mon dernier contrôle le 7 janvier 2014, Mme A. \_\_\_\_\_ se plaignait d'intenses migraines accompagnées de vomissements, pouvant parfois durer une semaine, me faisant évoquer un état de mal migraineux. J'ai demandé le 20 janvier dernier une IRM cérébrale qui ne met en évidence aucune anomalie. Dans le contexte polytopique douloureux et inflammatoire, j'ai réitéré une IRM des sacro-iliaques qui ne met actuellement pas en évidence d'élément pour une sacro-iliite. Je vous mentionnerais encore qu'en février 2013 un bilan d'évolution, compte tenu de l'apparition nouvelle de lombosciatalgies L5-S1 G, une IRM lombaire a été réalisée retrouvant des atteintes dégénératives pluri-étagées de L1-L2 à L4-L5 sans aucune lésion suspecte de métastases chez cette

patiente ayant présenté 3 néoplasies.

Dans le contexte actuel, les investigations suivantes vont être conduites :

- Évaluation neurologique pour l'état de mal migraineux auprès d'un confrère neurologue
- Évaluation pour approche infiltrative antalgique sur le plan lombaire

Je me tiens à votre disposition pour vous fournir les éléments d'évolution de la situation de Madame A. \_\_\_\_\_ ainsi que si des questions complémentaires se posaient.

Je pense qu'il est nécessaire sur la base de ces éléments de réévaluer la décision de réduction de la rente d'invalidité."

La Dresse R. \_\_\_\_\_ a joint à ce rapport plusieurs rapports médicaux dont les suivants :

- un rapport médical du 22 juin 2012 du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) des articulations sacro-iliaques qui concluait à de discrètes modifications arthrosiques au niveau des articulations sacro-iliaques, mais sans signe en faveur d'une atteinte inflammatoire, et à une discarthrose sévère étagée au niveau de la colonne lombaire, un complément d'investigation par IRM lombaire lui paraissant indiqué.
- un rapport du 14 février 2013 suite à une IRM lombaire établi par les Drs Cc. \_\_\_\_\_ et Gg. \_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et médecin assistante au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier U. \_\_\_\_\_, concluant à des atteintes dégénératives pluriétagées avec protrusion à base étroite foraminale et extraforaminale L2-L3 droit.
- un rapport radiologique du 20 janvier 2014 établi suite à une IRM cérébrale et des articulations sacro-iliaques par le Dr Dd. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui a conclu à une IRM cérébrale dans les limites de la norme et à une IRM sacro-iliaque également dans les limites de la norme. Il ne constatait pas de signe de sacro-iliite, ni de processus tumoral primaire ou secondaire mis en évidence à l'étage cérébral et sur le sacrum et les articulations sacro-iliaques.

**D.** Par acte du 21 février 2014, A. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée, en concluant au maintien de la rente d'invalidité entière. Se référant au rapport médical de la Dresse R. \_\_\_\_\_ du 27 janvier 2014, elle a expliqué que depuis l'expertise du Centre d'expertise O. \_\_\_\_\_ du 16 mars 2010, elle présentait de nouveaux troubles de santé qui faisaient qu'elle était incapable de travailler dans toute activité.

Dans sa réponse du 7 mai 2014, l'intimé s'est référé à une analyse de la situation médicale effectuée par le SMR suite aux derniers rapports de la Dresse R. \_\_\_\_\_. Il proposait d'attendre que les examens spécialisés préconisés par cette praticienne aient été effectués et de demander à la partie recourante de les produire. À cette écriture était joint un avis du 28 avril 2014 des Drs Jj. \_\_\_\_\_ et Pp. \_\_\_\_\_, médecins au SMR, dont il résultait notamment ce qui suit :

"Le courrier médical du Dr R. \_\_\_\_\_ du 27 janvier 2014 annonce que l'assurée a souffert d'une thyroïdite médicamenteuse suite à une prescription de ce médecin ce qui a motivé l'arrêt dudit traitement, que l'IRM du 20 janvier a pour conclusions : « IRM cérébrale dans la norme. IRM sacro-iliaque également dans les limites de la norme. Pas de signe de sacro-iléite. Pas de processus tumoral primaire ou secondaire mis en évidence à l'étage cérébral et sur le sacrum et les articulations sacro-iliaques ». En conclusion de ce courrier, une évaluation neurologique pour un *état de mal migraineux*, dont le début remonterait au 7 janvier 2014 (« Mme A. \_\_\_\_\_ se plaignait d'intenses migraines accompagnées de vomissement pouvant parfois durer une semaine ») était prévue auprès d'un neurologue. Il semble don[c] s'agir d'un fait nouveau. Dans son courrier du 24 mars 2014, le Dr R. \_\_\_\_\_ écrit toujours que des investigations vont être conduites pour un état de mal migraineux auprès d'un confrère neurologue, alors que 10 semaines sont passées depuis le 7 janvier 2014, date de l'apparition du trouble, et que nous ignorons ce qui a été entrepris entre le 24 janvier et le 21 mars 2014 et les résultats de ces investigations.

L'aggravation de l'état de santé du fait d'un état de mal migraineux remonterait d'après le Dr R. \_\_\_\_\_ au 7 janvier 2014. Sa patiente souffrirait donc depuis cette date « d'intenses migraines accompagnées de vomissement pouvant parfois durer une semaine » et, d'après le courrier de ce même médecin du 21 mars 2014, Madame A. \_\_\_\_\_ serait toujours en attente d'un avis neurologique sans que nous sachions si les vomissements et les maux de tête ayant débutés début janvier 2014 persistent ou non 10 semaines plus tard."

Ces praticiens estimaient un complément d'expertise ou une expertise rhumatologique, neurologique et psychiatrique judiciaire nécessaire afin d'établir l'évolution des problèmes de santé de l'assurée et de sa capacité de travail dans une activité adaptée entre mars 2010, date du dernier COMAI, et le 14 janvier 2014, date de la décision contestée.

Par réplique du 18 août 2014, la recourante, alors représentée par Me Colette Lasserre Rouiller, avocate à Lausanne, a conclu sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée, la recourante étant invalide à 100 % depuis le 24 janvier 2014. Elle estimait également que les résultats des examens envisagés par son médecin traitant étaient indispensables pour évaluer sa capacité de travail. Elle a en outre également conclu à la mise en œuvre d'une expertise.

Le 23 janvier 2015, la recourante a produit un rapport médical intermédiaire du 4 novembre 2014 de la Dresse R. \_\_\_\_\_ qui indiquait que sur la base d'une IRM d'une sacro-iliite bilatérale en 2010, examinée par le Prof. Kk. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, elle avait retenu le diagnostic de spondylarthropathie active sur terrain HLA[Human Leucocyte Antigens]-B27 négatifs. Elle a exposé que la patiente avait bénéficié d'un traitement antalgique et d'un traitement de fond par anti-TNF[Facteur de Nécrose Tumorale] alpha. Elle suspectait une éventuelle maladie de Fabry. Elle a joint à ce rapport celui du 10 août 2010 du Prof. Kk. \_\_\_\_\_ et du Dr Rr. \_\_\_\_\_, médecin assistant au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier U. \_\_\_\_\_, qui a conclu à un examen compatible avec une sacroïlite bilatérale prédominant au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite, au niveau de son pied.

Le 1<sup>er</sup> mai 2015, la recourante a produit une lettre de la Dresse R. \_\_\_\_\_ adressée le 11 mars 2015 à son conseil, selon laquelle les analyses génétiques n'avaient pas révélé de maladie de Fabry. L'intéressée a encore précisé que la praticienne suspectait qu'elle aurait pu souffrir d'une spondylarthropathie, diagnostic qui n'était pas nouveau mais était compliqué et nécessitait du matériel de très haute qualité. Des

examens devaient prochainement avoir lieu.

Le 17 décembre 2015, la recourante a produit un rapport médical du 14 décembre 2015, dans lequel la Dresse R. \_\_\_\_\_ relevait ce qui suit :

"Je rappelle que les investigations antérieures que j'avais effectuées à la recherche d'une maladie de Fabry se sont avérées négatives.

Une phase de « fenêtre thérapeutique », en l'absence de tout médicament autre que les médicaments symptomatiques (anti-inflammatoires non stéroïdiens), a été réalisée et force est de constater que le tableau douloureux de l'appareil locomoteur de Madame A. \_\_\_\_\_ reflambe, en présence d'une symptomatologie rhumatologique axiale touchant les régions cervicale, dorsale, costale, lombaire, sacro-iliaque et du bassin, se surimposant à une symptomatologie rhumatologique polyarthritique touchant les membres supérieurs (épaules, coudes, poignets, doigts) et les membres inférieurs (chevilles, tendons d'Achille, talons). La rythmicité inflammatoire de la symptomatologie algique génère un sommeil de qualité médiocre et s'associe le matin à une raideur matinale d'environ 2 à 3 heures.

L'évaluation algique sur l'échelle visuelle analogique de la douleur varie de 6 à parfois 10/10. Aux derniers examens de laboratoire, la présence d'une légère élévation de la CRP à 5.9 et d'une vitesse de sédimentation à 30mm/h m'a conduite à redemander une imagerie par IRM du rachis complet et des sacro-iliaques sur appareil 3 Tesla auprès du Professeur Kk. \_\_\_\_\_.

Cet examen, dont je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint copie du rapport d'interprétation, met en évidence, outre des lésions lombaires dégénératives sur discopathies pluriétiquées et un status post spondylodèse cervicale, un aspect érosif du versant iliaque de l'articulation sacro-iliaque droite dans sa portion haute ainsi qu'au niveau du pied de cette articulation, en présence également d'une prise de contraste synoviale prédominant du côté droit par rapport au côté gauche. Un aspect séquellaire de sacro-iliite prédominant du côté droit est présent, possiblement tari par les traitements biologiques immunosuppresseurs que j'avais antérieurement instaurés pour le traitement de cette atteinte rhumatismale.

Actuellement sur le plan clinique, la patiente présente des douleurs à la palpation de la région sterno-claviculaire, de la face antérieure des épaules, de la face antérieure et postérieure des deux coudes, des poignets, des IPP des doigts 3 et 4 à gauche, des pouces des 2 côtés, de l'IPP du 4<sup>ème</sup> doigt droit. Les chevilles sont douloureuses et tuméfiées. La palpation des enthèses achilléennes et des tendons d'Achille est également douloureuse.

Sur le plan rachidien, la palpation des épineuses est douloureuse au toucher en région cervicale et dorsale haute, la charnière dorso-lombaire est très douloureuse et la région lombaire et sacro-iliaque est quasi intouchable.

Je n'ai pas relevé de signe de non organicité chez Madame

A. \_\_\_\_\_ qui depuis plusieurs années affronte sa symptomatologie douloureuse avec courage.

Dans le cadre du suivi biologique des traitements immunosuppresseurs par antiTNF alpha j'avais, en mai de cette année, demandé un TB spot s'étant révélé positif (test évaluant la présence sous-jacente d'une éventuelle tuberculose, susceptible de se réactiver sous traitement immunosuppresseur). J'ai demandé un avis pneumologique au Docteur Tt. \_\_\_\_\_, que je ne manquerai pas de vous faire parvenir dès réception.

La culture des expectorations est toutefois revenue négative. Il est clair que si un traitement anti tuberculeux devait être instauré cela retarderait la mise en place d'un traitement par antiTNF alpha comme je le préconise actuellement pour ma patiente sous forme d'injections sous-cutanées de Certolizumab pégol (Cimzia), concomitamment à une approche physiothérapeutique et une antalgie ciblée.

Dans ces conditions, compte tenu de la sévérité des douleurs axiales et périphériques de rythmicité inflammatoire, compte tenu de la fatigabilité liée à l'atteinte immunitaire rhumatologique, il m'apparaît inconcevable que la patiente puisse prétendre à une quelconque capacité de travail et ceci dans n'importe quelle activité."

Etait joint à ce rapport celui du Prof. Kk. \_\_\_\_\_ du 7 mai 2015 conclu comme il suit :

"Aspect de séquelles de sacro-iliite prédominant du côté droit.  
Discrète enthésopathie antérieure au niveau du rachis dorsal de nature subchronique.  
Importante lésion de discopathies dégénératives lombaires.  
Status après spondylodèse cervicale sans signe de lésion Inflammatoire.  
En définitive, il y a probablement des lésions séquellaires plus anciennes de spondylarthropathie inflammatoire avec actuellement une poussée dégénérative plus importante bien visible au niveau du rachis lombaire."

Au vu de ce qui précède, la recourante a confirmé ses précédentes conclusions, son droit à une rente entière perdurant selon elle depuis le 24 janvier 2014.

Le 21 janvier 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit un avis médical du 11 janvier 2016 des Drs Pp. \_\_\_\_\_ et Ll. \_\_\_\_\_, du SMR, dont la teneur était la suivante :

"Rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2014 : la fibromyalgie TSD est connue depuis le RM du 24 mars 2004 et a été prise en compte

par les instructions antérieures à janvier 2014. Les plaintes douloureuses chroniques de l'appareil locomoteur sont attribuées maintenant à une spondylarthropathie active qui est prise en compte dans l'expertise du 16 mars 2010. Il n'y a aucun élément objectif d'aggravation sur ce plan, bien au contraire l'imagerie médicale mise en place décrit un statu quo. L'IRM du 27 septembre 2007 in expertise du 16 mars 2010 page 16/23 présente des images similaires à celles relevées en février 2013 par le Dr R.\_\_\_\_\_. Les acouphènes et les migraines ne sont plus retrouvés qu'à l'anamnèse, l'IRM cérébrale réalisée en 2014 était normale et les vomissements ne sont plus rapportés. Les migraines avaient été prises en compte dans l'expertise du 16 mars 2010 en page 19/23 par le Dr S.\_\_\_\_\_, neurologue. La maladie de Fabry comme explication des plaintes/symptômes de l'assurée n'a pas été démontrée non plus.

RM du 4 mai 2015. Il s'agit essentiellement de la découverte au printemps 2015 d'un TB spot test positif, pour lequel un avis pneumologique est requis par le Dr R.\_\_\_\_\_. Il s'agit d'un élément postérieur de plus d'un an à la décision contestée. Le diagnostic de maladie de Fabry est écarté en date du 19 février 2015.

RM du 24 décembre 2015 : L'avis pneumologique jugé nécessaire par le Dr R.\_\_\_\_\_ en mai 2015, avis relatif à une tuberculose, était le 14 décembre 2015 toujours sans réponse. Il s'agit de l'interprétation d'un test de laboratoire réalisé au printemps 2015 et dont le résultat n'est pas susceptible de modifier notre position antérieurement à la décision contestée de janvier 2014. Une IRM a été réalisée 7 mai 2015. Cet examen retient des images évoquant une aggravation radiologique sous forme de sacro-iléite prédominant à droite et une poussée dégénérative au niveau du rachis lombaire. Il convient de retenir une modification des images radiologiques depuis mai 2015 /début 2015 ?).

Antérieurement à la décision contestée du 21 janvier 2014, il n'y a donc pas de raison médicale de revenir sur notre position. Un complément d'expertise n'est plus nécessaire."

Par courrier du 21 janvier 2016, la recourante a notamment produit un rapport du 21 juillet 2015 établi par le Dr Tt.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, qui a posé les diagnostics suivants :

- "Tuberculose latente chez une patiente avec :
- Tspots TB positifs (notion anamnestique)
- Spondylarthrite ankylosante
- Status après tumorectomie gauche suivie d'une radiothérapie en 2008 pour carcinome mammaire
- Status après hystérectomie et annexectomie suivie d'une chimiothérapie en 2006 pour carcinome de l'utérus
- Status après correction chirurgicale d'une hernie cervicale en 2005
- Status après fracture de la clavicule gauche en 2004
- Status après tonsillectomie et adénectomie
- Polyarthrose"

Ce praticien relevait qu'au vu des éléments à disposition, il retenait que l'assurée souffrait d'une tuberculose latente. Vu le risque accru de réactivation en cas d'administration d'immunosuppresseurs, il proposait de prescrire un traitement préventif.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives dans leurs écritures des 4 février (intimé) et 24 mars 2016 (recourante).

Le 24 mars 2016, la recourante a également produit :

- une lettre du 14 mars 2016, adressée à son conseil par la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique, qui a écrit ce qui suit :

"Je connais Madame A.\_\_\_\_\_ depuis le mois de mai 2006. Je la vois en contrôle tous les 6 mois en raison de son anamnèse gynécologique et mammaire particulièrement sévère.

En effet, en 2006, la patiente présente un carcinome peu différencié de l'ovaire grade 3 et un carcinome de l'endomètre (utérus) grade 1 pour lesquels elle subira une chirurgie lourde et une chimiothérapie intense sur une période de 6 mois, puis des suivis aux 3 et 6 mois.

En 2009, on diagnostique un carcinome in situ du sein gauche qui sera traité par chirurgie et radiothérapie.

Ces trois cancers, dont celui de l'ovaire au pronostic particulièrement délicat, affectent la santé de Madame A.\_\_\_\_\_, tant au plan physique par les lourds traitements et leurs effets secondaires, que psychique par la charge du suivi et du risque connu de récurrence.

Parallèlement à cette « sensibilité » oncologique, Madame A.\_\_\_\_\_ est très diminuée physiquement par une atteinte de l'appareil locomoteur se péjorant au fil des années.

Elle souffre de spondylarthrite ankylosante, fibromyalgie chronique, sacro-iliite bilatérale, arthrose cervicale avec une hernie cervicale C5-C6 opérée en 2005.

Ces pathologies occasionnent des douleurs chroniques au niveau du rachis et des membres inférieurs.

En tant que médecin je considère le patient dans sa santé globale et dans l'évolution de son état général. En particulier, en raison des faits exposés ci-dessus, je constate qu'entre 2010 et janvier 2014, date de la décision apparemment rendue par l'OAI, il n'y a eu aucune amélioration de l'état de santé de ma patiente permettant

une reprise, même partielle, d'une quelconque activité professionnelle. Il en est de même pour la période postérieure à janvier 2014 jusqu'à ce jour. J'observe plutôt chez Madame A. \_\_\_\_\_ une nette péjoration de son état général au fil des ans.

Ceci inclut une difficulté croissante à la marche (marche avec une canne), un syndrome douloureux musculo-squelettique évident, rendant la mobilité globale très diminuée.

Je constate que la mobilisation corporelle globale devient fastidieuse, à l'examen gynécologique et mammaire que j'effectue régulièrement.

Par ce rapport, je précise ainsi que Madame A. \_\_\_\_\_ n'est physiquement et psychiquement pas en mesure d'exercer une activité professionnelle, même à un taux réduit, et ce depuis qu'elle me consulte, soit depuis mai 2006, à raison de deux visites annuelles.

En effet, je n'ai pu observer qu'une péjoration de la situation au fil du temps ; son état physique algique ainsi que les lourds traitements ne lui octroient pas la mobilité et la santé nécessaires pour effectuer un travail professionnel, sans compter l'impact psychique et de stress des maladies chroniques de l'appareil locomoteur et des cancers à haute récurrence potentielle."

- un rapport médical du 16 mars 2016 de la Dresse R. \_\_\_\_\_, dont il résultait notamment ce qui suit :

"Je retiens chez Mme A. \_\_\_\_\_ le diagnostic d'une spondylarthropathie inflammatoire indifférenciée, HLB-27 négative, pour laquelle un traitement immunosuppresseur est à nouveau à considérer.

Cette atteinte à la santé, suspectée cliniquement depuis 2006 a été initialement traitée par anti-inflammatoires non-stéroïdiens et physiothérapie puis a fait l'objet de traitements immunosuppresseurs successifs mal tolérés ou inefficaces.

L'atteinte à la santé de la patiente s'est vue, qui plus est, compliquée par une problématique oncologique sous forme, en 2006 d'un carcinome de l'ovaire grade III et d'un carcinome de l'utérus grade I nécessitant une chirurgie et une chimiothérapie intense. Par la suite, un cancer du sein G est diagnostiqué, traité par chirurgie et radiothérapie en 2009.

Faut-il le dire, la survenue consécutive de trois cancers a lourdement affecté la patiente sur le plan psychologique s'associant à l'époque à un tableau douloureux axial et périphérique lié à son rhumatisme qui ne s'améliorait pas, rendant impossible toute reprise professionnelle.

Ayant personnellement un suivi longitudinal de la situation clinique de ma patiente, je n'ai au fil du temps pu qu'objectiver une dégradation de l'état de santé de Mme A. \_\_\_\_\_ imposant à la

patiente, malgré son bon vouloir, le fait de ne pouvoir depuis lors jamais être en mesure de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit au fil du temps.

Il convient, dans la prise en charge d'un patient douloureux chronique, présentant un rhumatisme inflammatoire sévère et trois cancers, de considérer globalement et holistiquement la situation médicale.

J'estime que l'on ne peut se baser cliniquement que sur une imagerie pour poser et retenir un diagnostic. Il existe par ailleurs une problématique diagnostique délicate quant à la faible concordance radio-clinique dans les tableaux des spondylarthropathies.

Par ailleurs, la composante psychologique, pour laquelle j'ai réalisé au fil du temps un soutien médical serré, doit être prise en compte comme élément pertinent dans l'analyse de l'incapacité de travail, ce qui ne semble pas avoir été le cas.

Je constate donc que déjà à une époque antérieure à 2010, Mme A. \_\_\_\_\_ présentait des éléments médicaux suffisants faisant considérer qu'elle était en incapacité de recouvrer une quelconque activité professionnelle.

Si l'on se base sur les critères d'Amor, le score que j'ai obtenu en 2006 s'élevait à 12.

Selon les critères de l'ESSG, ma patiente présentait deux des critères majeurs et quatre des critères mineurs probants pour une spécificité et une sélectivité allant à 87 %.

Actuellement, j'ai réentrepris de nouvelles investigations sous forme d'une IRM du rachis complet et des sacro-iliaques 3Tesla auprès du Professeur Kk. \_\_\_\_\_. Cet examen, dont copie se trouve annexée au présent rapport objective la présence de lésions nouvelles, ne figurant pas sur l'IRM antérieure avec des enthésopathies inflammatoires de D4 à D12, des enthèses des ligaments ilio-sacrés sur la partie postérieure des articulations sacro-iliaques des deux côtés ainsi qu'au niveau des pieds des articulations sacro-iliaques. Ceci conforte mon diagnostic vu la bonne concordance radio-clinique.

J'aimerais donc initier dès que possible la reprise d'un traitement immunosuppresseur mais un fait nouveau empêche cette prescription immédiate, le TBspot de la patiente étant revenu positif, imposant un traitement anti-tuberculeux d'une durée de 9 mois avant que d'entreprendre un traitement par anti-TNF alpha.

Quoiqu'il en soit, en tout état de fait, pendant les dix ans au cours desquels je l'ai suivie et continue de la suivre, Mme A. \_\_\_\_\_ n'a jamais été en mesure de reprendre un quelconque travail que ce soit et ne peut toujours actuellement y prétendre.

Compte tenu également du fait que dans l'évaluation ass[é]curologique, il n'a été tenu compte que de la composante somatique de sa situation, il m'apparaît important qu'une expertise

pluridisciplinaire puisse être mise en place dès que possible."

- un rapport médical du 15 mars 2016 du Prof. Kk.\_\_\_\_\_.

Le 28 avril 2016, l'OAI a maintenu ses conclusions et a produit un avis médical du 14 avril 2016 du Dr Pp.\_\_\_\_\_ dont il résultait ce qui suit :

*" Voilà ce que dit la Ligue Pulmonaire Suisse en ce qui concerne l'infection tuberculeuse latente : « C'est l'état d'un sujet infecté mais non malade, sans aucun signe clinique, sans aucun signe radiologique, sans aucun risque actuel de transmission de mycobactéries. Il existe une trace/signature immunologique de la réaction entre les mycobactéries et le système immunitaire (lymphocytes T) par le passé et le risque de réactivation est variable d'un individu à l'autre. Détection de l'infection latente n'existe pas de preuve formelle de l'infection latente, sauf le développement ultérieur d'une tuberculose chez une personne infectée (qui concerne une minorité de sujets). Les tests de dépistage de l'infection latente sont des tests indirects, qui ne permettent pas d'affirmer que les mycobactéries sont encore vivantes. Conclusions : en cas d'infection tuberculeuse latente la progression vers la maladie ne touche qu'une minorité des sujets positifs ».*

Par définition, le sujet infecté ne présente aucun symptôme et n'est pas malade. C'est exactement le tableau clinique que nous décrit le pneumologue de l'assurée dans ses rapports et courriers depuis juillet 2015.

L'IRM du 7 mai 2015 a été prise en compte dans notre avis du 11 janvier 2016 et nous ne nous répéterons pas. L'IRM du 15 mars 2016 étant postérieure, nous ne la commenterons pas non plus.

Le courrier du Dr T.\_\_\_\_\_ à Me Marmillod est daté du 14 mars 2016. Les conséquences du cancer de l'ovaire traité et qui ont été prises en compte lors de l'instruction SMR (expertise Centre d'expertise O.\_\_\_\_\_ de mars 20120). Le carcinome in situ du sein gauche traité en 2009, n'est pas une atteinte à la santé susceptible d'influencer la capacité de travail dans l'économie. Quant aux, problèmes/plaintes ostéoarticulaires enfoncées dans ce courrier, elles ont été prises en compte en étant même au centre de l'instruction SMR.

Aucun fait nouveau ou passé inaperçu et antérieur à la décision querellée n'est donc démontré ni même avancé."

Le 11 juillet 2016, la recourante a produit un rapport médical du 15 juin 2016 de la Dresse R.\_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit :

"- Il existe un continuum évolutif dans l'intensité des douleurs de l'appareil locomoteur et dans l'anxiété générée par celles-ci, par l'intégration psychique des 3 cancers antérieurs et le stress généré par la problématique assicurologique. L'état anxieux de

- Mme A. \_\_\_\_\_ s'est considérablement aggravé nécessitant un cadre de suivi avec de longues consultations d'écoute.
- Ma conviction diagnostique, malgré des évaluations d'imagerie difficile m'a fait, en accord avec la patiente, et ses oncologues, gravir l'escalade thérapeutique jusqu'à des traitements biologiques par des antiTNF-Alpha pour traiter le tableau douloureux de sa spondylarthrite. Des effets secondaires médicamenteux dont une thyroïdite auto-immune sur Golimumab n'ont pas été pris en considération. J'adresse, en copie annexée, la consultation ambulatoire d'endocrinologie du 02.08.2012. J'annexe aussi le rapport du Dr Mm. \_\_\_\_\_ médecin associé du service d'oncologie du Centre hospitalier U. \_\_\_\_\_ objectivant qu'en février 2011 le contexte de pathologie inflammatoire articulaire intense qu'il objectivait était présent chez une patiente jugée comme très inconfortable sur le plan algique. J'annexe encore comme document un rapport médical du Dr Xx. \_\_\_\_\_ spécialiste en neurologie du 17.03.2014 à qui j'ai adressé la patiente dans le cadre des migraines qu'elle présentait, générant des crises pouvant durer 36 heures et survenant parfois 12x/par mois. Il retient mon diagnostic de migraines chroniques. On voit mal, dans des conditions obligeant la patiente à devoir s'aliter dans l'obscurité la plus totale et le silence, ne pouvant ni coudre ni écrire comment elle serait à même d'effectuer une activité, même de quelques heures, dans un secrétariat!

Ces facteurs de migraines chroniques et de souffrance psychique m'apparaissent comme autant de facteurs incapacitants à ajouter au tableau douloureux rhumatologique de ma patiente pour lequel je rappelle qu'en 2010 une IRM des sacro-iliaques, effectuée au Centre hospitalier U. \_\_\_\_\_ par les soins du Prof. Kk. \_\_\_\_\_, avait objectivé une sacro-iliite bilatérale prédominant au niveau de l'articulation sacro-iliaque D, imagerie concordant bien avec ma clinique de l'époque."

A ce rapport étaient joints les rapports suivants :

- un rapport médical du 9 février 2011 des Drs Mm. \_\_\_\_\_ et Vv. \_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et médecin assistante à la Fondation du [...] du Centre hospitalier U. \_\_\_\_\_ selon lequel, dans le contexte du moment et la notion de pathologie inflammatoire articulaire intense ne répondant pas au traitement actuel chez l'assurée qui restait très inconfortable sur le plan algique, ces médecins ne trouvaient pas de contre-indication formelle à une éventuelle utilisation d'un traitement anti-TNF.
- un rapport médical du 2 août 2012 des Dresses Nn. \_\_\_\_\_ et Ww. \_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre

hospitalier U.\_\_\_\_\_, mentionnant une évolution spontanément favorable avec une récupération de la fonction thyroïdienne, le diagnostic de thyroïdite secondaire au traitement d'anti-TNF-alpha (Symponi) étant retenu.

- un rapport médical du 17 mars 2014 du Dr Xx.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, posant le diagnostic de migraine chronique. Il indiquait que l'examen neurologique était normal et que les mouvements cervicaux étaient douloureux. Ce praticien indiquait que l'assurée présentait bien une migraine chronique. Il estimait que le traitement des crises les plus sévères par le Zomig Oro semblait satisfaisant. Il proposait d'introduire un nouveau traitement de fond par le Topiramate à doses progressives mais la patiente redoutait les effets secondaires de ce médicament et allait y réfléchir et en discuter avec son médecin traitant.

Le 25 août 2016, l'OAI a maintenu ses conclusions en se référant à un avis médical du 12 août 2016 du Dr Pp.\_\_\_\_\_, rédigé en particulier en ces termes (sic) :

**"Rapport Dr R.\_\_\_\_\_ FMH médecine interne et rhumatologie, daté du 15 juin 2016 :**

Dans un premier temps, ce spécialiste qu'elle n'est pas médicalement d'accord « sur les résultats de l'expertise pluridisciplinaire de 2010 ». Son premier argument est qu'elle avait constaté de 2006 à 2010 une symptomatologie psychique de tonalité dépressive. Cette hypothèse a été relevée et discutée par l'expert psychiatre en page 8/13 du rapport d'expertise. Notons qu'antérieurement au 24 janvier 2014, l'assurée n'était pas suivie par un psychiatre et n'avait jamais été hospitalisée pour une maladie psychiatrique. Les atteintes cancéreuses de l'assurée (endomètre et ovaire 2006 et sein gauche en 2009) sont tous les trois en rémission complète 10 ans après le traitement pour les deux premiers et 7 ans après le traitement pour le troisième. Ces diagnostics/problèmes ont été discutés et pris en compte par les experts (page 21/23 et précédentes) et les répercussions/souffrances psychiques ont été prise en compte dans le volet psychiatrique de l'expertise. Concernant les migraines, il n'est pas exact d'écrire qu'elles n'ont pas été prises en compte, le rapport d'expertise relevant en page 8/23 : «A ses dires, la fréquence des maux de tête est actuellement presque quotidienne», analysées dans le volet neurologique de l'expertise au bas de la page 19/23 et reprises dans les diagnostics en page 21/23. Dans son courrier du 17 mars 2014, le Dr Xx.\_\_\_\_\_, neurologue, confirme que l'assurée est affectée de migraines chroniques depuis l'enfance (in RM du 12 juillet 2014) et que le Zomig est efficace ce qui ne contredit par la position de

l'expert S.\_\_\_\_\_, neurologue in Centre d'expertise O.\_\_\_\_\_ 16 mars 2010.

Quant à la thyroïdite d'origine médicamenteuse (Simponi ® prescrit par le médecin de l'assurée), elle s'est amendée d'elle même après arrêt du traitement. Il s'agit uniquement d'un problème iatrogène et de courte durée."

Dans son écriture du 7 octobre 2016, la recourante a maintenu ses conclusions.

**E.** Par décision du 28 mars 2014, la juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 6 mars 2014.

### **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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'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 let. a LPA-VD).

**2.**           **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C\_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1 et 8C\_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Est litigieuse, en l'occurrence, la question de la réduction de la rente d'invalidité complète de la recourante à un quart de rente.

**3.**           L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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 et 113 V 275 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, en

l'espèce la décision du 24 janvier 2008 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

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).

**4. 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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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.

Selon l'art. 28 al. 2 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.

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a un recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

**c)** 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, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en

considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec les références citées).

**5. a)** Au cours des dernières années, la jurisprudence a plus particulièrement dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 49).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la référence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4 ss). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que

le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2).

Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 avec les références citées).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles

doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

**d)** Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8, renvoyant à l'ATF 137 V 210 consid. 6 *in initio*).

**6. a)** En l'espèce, lors de la décision de 2008, les experts du COMAI, dans leur rapport du 29 mars 2006, ont posé sur le plan somatique les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de lombalgies

chroniques d'origine multifactorielle (troubles statiques, troubles dégénératifs modérés, déconditionnement musculaire), de cervicalgies chroniques d'origine multifactorielle (troubles statiques, troubles dégénératifs discrets, status après spondylodèse C5-C6 le 12 janvier 2005 pour hernie discale C5-C6) et de céphalées de tension probable. Les experts ont estimé que la recourante ne pouvait maintenir une position statique prolongée, debout ou assise, et aurait dû pouvoir changer de position régulièrement, les mouvements en porte-à-faux du tronc devant être évités, ainsi que la marche sur de longues distances et le port répété de charges supérieures à 5-10 kg. Il existait en plus une intolérance envers les sollicitations physiques répétitives et monotones. Selon les experts, la reprise d'une activité en tant que vendeuse n'était pas adaptée mais l'ancienne activité de secrétaire de la recourante l'était, sous réserve de la possibilité de régulièrement changer de position (afin de soulager son dos), une telle activité étant exigible à raison de 4 à 5 heures par jour avec une légère diminution de rendement de 10 à 15 %. Se référant à l'évaluation du Dr G. \_\_\_\_\_ qui retenait une incapacité de travail de 50 % dans une activité sédentaire, ils ont estimé qu'elle correspondait à leur évaluation à ce moment-là.

Sur le plan psychique, les experts ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. Ils ont exposé que l'importance de celui-ci - qui s'était installé dès l'âge de dix-sept ans et s'était progressivement aggravé épuisant les ressources de la recourante - , son installation dans une identité d'invalides, ainsi que le retrait social secondaire, étaient des facteurs de mauvais pronostic quant à la capacité de cette dernière de surmonter ses douleurs. Ils ont toutefois estimé qu'il n'y avait pas de trouble psychique, si ce n'est une identité d'invalides fortement incrustée.

En 2006, deux cancers ont été diagnostiqués soit un adénocarcinome séreux peu différencié de grade III de l'ovaire gauche et un adénocarcinome de l'endomètre de type endométrioïde bien différencié de grade I. Dans son rapport du 28 mars 2007, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué que la recourante présentait une fatigue extrêmement

importante chimio-induite ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle à ce moment-là. Le 1<sup>er</sup> mai 2007, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu, vu cette nouvelle pathologie, une incapacité de travail totale dans toute activité depuis septembre 2006.

**b) aa)** Lors de la décision attaquée, sur le plan somatique, les experts du Centre d'expertise O. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de rachialgies cervico-lombaires sur troubles statiques et dégénératifs.

Ils ont exposé que l'examen clinique révélait des troubles statiques vertébraux modérés, une contracture des muscles paracervicaux et du chef supérieur des deux côtés, ainsi que des insertions tendineuses toutes sensibles au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Ils n'ont en revanche pas constaté d'éléments clairement indicateurs d'une atteinte radiculaire tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs, ni d'atteinte polyneuropathique majeure hormis une hypopallesthésie des membres inférieurs. Ils ont estimé que leur bilan n'apportait pas la preuve d'une atteinte significative, mais qu'il existait une discordance évidente entre l'importance des troubles ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail, d'une part, et la discrétion des anomalies objectives significatives, d'autre part.

La Dresse R. \_\_\_\_\_ a fait état en janvier 2014 d'une IRM des articulations sacro-iliaques, compatible avec une sacro-iliite bilatérale prédominant au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite, qui l'avait conduite à poser le diagnostic de spondylarthropathie active avec douleurs polyenthésitiques et sacro-iliite bilatérale documentée, sur terrain HLA-B27 négatif. Elle a alors initié un traitement par anti-TNF alpha qui a dû être arrêté au bout de deux mois en raison de l'apparition d'effets secondaires à type d'intenses céphalées. Une thyroïdite d'origine médicamenteuse était en outre apparue, la fonction thyroïdienne ayant été récupérée avec l'arrêt du traitement d'anti-TNF alpha. La Dresse R. \_\_\_\_\_ a aussi mentionné qu'au printemps 2012, le tableau douloureux était devenu sévère, en présence de rachialgies inflammatoires et de

douleurs touchant les genoux, les hanches, les talons, les chevilles, mais en l'absence cette fois d'une imagerie active, une IRM des sacro-iliaques du 21 juin 2012 ne mettant pas en évidence d'élément pour une sacro-iliite. Le Prof. Zz\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a quant à lui retenu une suspicion de spondylarthrite et une fibromyalgie et proposait une approche de type hypnose ou thérapie cognitive. Le 16 mars 2016, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a posé à nouveau le diagnostic de spondylarthropathie inflammatoire indifférenciée, HLB-27 négative, pour laquelle un traitement immunosuppresseur était à nouveau à considérer. L'IRM effectuée par le Prof. Kk.\_\_\_\_\_ a confirmé ce diagnostic. Cet examen a objectivé la présence de lésions nouvelles, ne figurant pas sur l'IRM antérieure avec des enthésopathies inflammatoires de D4 à D12, des enthèses des ligaments ilio-sacrés sur la partie postérieure des articulations sacro-iliaques des deux côtés ainsi qu'au niveau des pieds des articulations sacro-iliaques.

Les experts n'ont pas mentionné un tel diagnostic. Les examens radiologiques les plus récents figurant dans l'expertise dataient de 2008. Ils n'ont ainsi pas eu connaissance du diagnostic de spondylarthropathie et n'ont donc pas pu le discuter.

Concernant les problèmes oncologiques survenus en septembre 2006 et en juin 2009, ils ont, selon les experts, entraîné une altération de la capacité de travail qui était temporairement nulle. Cela dit, six mois après la fin de la radiothérapie qui s'est terminée en novembre 2009, la recourante a retrouvé la situation antérieure avec une diminution de la capacité de travail due essentiellement aux troubles dégénératifs du rachis.

Les experts semblent toutefois avoir mésestimé les conséquences des trois cancers dont la recourante a été atteinte. En effet, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a expliqué dans sa lettre 14 mars 2016, que ces trois cancers, dont celui de l'ovaire au pronostic particulièrement délicat, affectaient la santé de la recourante, tant au plan physique par les lourds traitements et leurs effets secondaires, que psychique par la charge du

suivi et du risque connu de récurrence. Elle a de plus observé une péjoration de la situation au fil du temps, estimant que l'état de santé de la requérante ne permettait pas une activité professionnelle. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs admis que la fatigue liée au cancer est un syndrome multidimensionnel, qui peut durer plusieurs années après la fin du traitement (ATF 139 V 346 consid. 3).

Quant aux céphalées, les experts ont estimé que, bien qu'ayant apparemment un caractère migraineux, les maux de tête rentraient vraisemblablement dans le cadre de la fibromyalgie/syndrome somatoforme douloureux et devaient être appréciés dans ce contexte.

Cette affirmation, au demeurant non étayée, est en contradiction avec l'avis du Dr Xx.\_\_\_\_\_, qui a posé le diagnostic de migraine chronique, diagnostic certes pas étayé non plus.

Compte tenu des lacunes de l'expertise et de l'absence de renseignements sur l'évolution de l'état de santé de la requérante entre l'expertise et la décision attaquée, il n'est pas possible de statuer en l'état sur le plan somatique.

**bb)** Sur le plan psychique, les experts ont retenu que le syndrome douloureux somatoforme persistant n'atteignait pas le degré de gravité d'une maladie psychiatrique incapacitante et qu'en l'absence d'autres comorbidités psychiatriques, la capacité de travail était entière. La requérante se plaignait en outre d'une grande fatigue que les experts n'ont cependant pas constatée.

L'examen des critères des troubles somatoformes selon l'ancienne jurisprudence par les experts est également très sommaire. De plus, leurs constatations sont contredites tant par la Dresse R.\_\_\_\_\_, qui mentionnait un état anxieux et une baisse de thymie (rapport médical du 27 janvier 2014), que par la Dresse T.\_\_\_\_\_, qui relevait que les problèmes oncologiques de la requérante avaient aussi affecté son psychisme (rapport médical du 14 mars 2016). On ignore en outre

l'évolution de l'état de santé psychique de l'intéressée entre l'expertise et la décision attaquée.

Ainsi, force est de constater que sur le plan psychique également, il n'est pas possible de statuer en l'état.

**7. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, il apparaît que l'OAI a statué sur la base d'un dossier lacunaire sur le plan médical. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à cet office – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il y a donc

lieu de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA, comportant à tout le moins un volet rhumatologique, un volet neurologique et un volet psychiatrique. Il appartiendra ensuite à l'office de procéder aux mesures d'investigation adéquates sur le plan économique aux fins d'établir la perte de gain de la recourante puis, sur la base des données ainsi recueillies, de rendre une nouvelle décision.

**8. a)** En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI.

**c)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'espèce, par courriers des 9 novembre 2016 et 30 mars 2017, le conseil de la recourante a déposé la liste de ses opérations qui totalisent 49 heures et 54 minutes, dont 10 heures 26 minutes ont été effectuées par un avocat-stagiaire, 39 heures et 24 minutes par des avocats et 6 minutes par le secrétariat. Le total des opérations s'élevait à

8'245 fr. 30. Elle a par ailleurs mentionné 659 fr. 60 de TVA. On peut admettre à la rigueur les 10 heures facturées relatives à l'étude du dossier, au dépôt de la réplique bien que brève, à la production d'un bordereau de quelques pièces et à la prise de contact avec la recourante. Comme autres opérations utiles à la cause, on relève la production de quatre rapports médicaux de la Dresse R.\_\_\_\_\_ auxquels étaient annexés plusieurs rapports de spécialistes, en particulier ceux établis par le Prof. Kk.\_\_\_\_\_. Deux autres rapports émanant de spécialistes ont été produits séparément. Il a fallu certes que le conseil de la recourante interpelle ces médecins puis examine leurs rapports et les produise en se déterminant sur ceux-ci. Le conseil de la recourante a aussi été appelé à examiner les déterminations de l'OAI ainsi que trois avis des médecins du SMR et à se déterminer à son tour. On peut admettre que ces diverses opérations ont nécessité en outre une rencontre avec la recourante et quelques entretiens téléphoniques avec celle-ci. Il apparaît toutefois excessif de retenir que le conseil de la recourante a consacré plus de 39 heures aux opérations rappelées ci-dessus. Admettre 26 heures apparaît amplement suffisant.

L'indemnité du conseil d'office s'élève ainsi à 6'243 fr. en chiffres ronds ( $\{[10 \text{ h. (avocat-stagiaire)} \times 110] + [26 \text{ h. (avocat)} \times 180]\} \times 8 \%$  de TVA). L'avocat d'office a également droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a), étant précisé qu'en l'absence de liste des débours, le conseil juridique commis d'office reçoit une indemnité forfaitaire de 50 fr. pour une affaire transigée avant l'ouverture d'action et de 100 fr. dans les autres cas (art. 3 al. 3 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'occurrence, c'est donc un montant de 108 fr., TVA comprise, qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 6'351 fr. (6'243 fr. + 108 fr.).

Cette indemnité étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 2'500 fr., le solde de 3'851 fr. est provisoirement supporté par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de

rembourser ce dernier montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC et art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte du montant payé à titre de dépens.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 24 janvier 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Les frais de justice, 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 A.\_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Colette Lasserre Rouiller, conseil d'A.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 3'851 fr. (trois mille huit cent cinquante et un francs), débours et TVA compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Colette Lasserre Rouiller (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :