

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 juillet 2016

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges  
Greffier : M. Grob

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1980, ressortissante turque au bénéfice d'un permis C, par l'intermédiaire de l'assureur indemnités journalières maladie de son employeur d'alors, a déposé le 9 juillet 2008 un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), selon lequel elle présentait une incapacité de travail totale depuis le 13 mai 2008 en raison de problèmes de dos. En annexe à ce document, figurait notamment un rapport du 23 juin 2008 du Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, posant le diagnostic de lombalgies gauches et indiquant entre parenthèses celui de fibromyalgie.

Le 14 août 2008, après avoir notamment procédé à un entretien au domicile de l'intéressée le 29 juillet 2008, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il ressortait de différents renseignements médicaux que le dépôt d'une demande AI n'était pas indiqué.

**B.** Le 9 octobre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir d'atteintes physique et psychologique existant depuis 2008. Selon les certificats médicaux annexés à ce document, l'intéressée présentait une incapacité de travail totale depuis le 4 mars 2013.

Dans un formulaire « détermination du statut (part active / part ménagère) » complété le 6 novembre 2013, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 40% depuis le 24 octobre 2011 et qu'elle exerçait la profession d'auxiliaire de ménage par nécessité financière.

Un entretien s'est déroulé au domicile de l'assurée le 11 décembre 2013 avec un collaborateur de l'OAI. Il résulte notamment ce qui suit du rapport y relatif daté du lendemain :

## « 2. Préambule, analyse de la demande

### *Anamnèse et informations complémentaires de l'assuré*

Après un passage en détection précoce en 2008, sans que cela n'ait amené un dépôt de demande, notre assurée nous dit que son état de santé n'a fait que s'aggraver avec plusieurs arrêts de travail en 2012 et enfin une incapacité de travail complète depuis cette année (mars). Ses problèmes de douleurs principalement au dos ne se sont jamais améliorés malgré un grand nombre de traitements différents. Elle est suivie depuis plus d'une année par le service de la Dresse R. \_\_\_\_\_ au Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_, elle y a d'ailleurs été hospitalisée du 3 au 29 septembre dernier. Elle est également suivie par un psychiatre depuis le mois de mars cela sur conseil de la Dresse R. \_\_\_\_\_. En effet il semblerait bien que notre assurée ait vraiment besoin d'une thérapie allant dans ce sens, car comme elle nous le dit bien elle-même, les différents traitements et cures entreprises depuis de nombreuses années, ne lui ont pas apporté les effets escomptés.

## 3. Descriptif de la situation

### Situation de santé

**Atteinte à la santé :** fibromyalgie et dépression.

**Détail de l'IT [incapacité de travail] et antécédents :**

100%	du
05.07.2012	au
18.07.2012	
100%	du
03.09.2012	au
23.09.2012	
50%	du 24.09.2012
	au 07.10.2012
100%	du
04.03.2013	à ce
	jour

**Capacité de travail dans l'activité habituelle :** 0%, selon arrêt de travail

**Capacité de travail dans une activité adaptée :** à vérifier.

**Limitations fonctionnelles :** pas de ports et déplacements de charges, pas de mouvements répétitifs, pas de porte-à-faux et alternance des positions selon l'assurée.

**Début de l'atteinte à la santé (LM [longue maladie]) :** 04.03.2013, mais remonte à 2004 selon l'assurée.

**Date prévue de la reprise de l'activité :** aucune à ce jour.

(...)

## 4. Evaluation des capacités

*Identification des ressources versus carences et problèmes*

### **Fonctions physiques :**

Ressent des crampes dans les mains avec une importante perte de force. Elle arrive à marcher jusqu'à 15 minutes mais avec difficultés, elle ressent très vite une pression dans le bas du dos et cela l'a (sic) fait boiter. Elle ne peut pas rester debout statique ni assise longtemps, elle doit sans arrêt alterner les positions. Enfin elle se sent toujours fatiguée, car elle n'arrive pas à se reposer la nuit, elle ne dort presque pas.

### **Fonctions cognitives :**

Semblent bonnes.

### **Aspects émotionnels, comportement :**

Elle nous dit qu'elle ne supporte plus sa situation qui la laisse la plupart du temps bloquée à son domicile. Elle reconnaît par contre que le fait d'avoir un suivi psychiatrique lui fait du bien, car elle peut enfin parler de ses problèmes à quelqu'un qui l'écoute. Elle reste en revanche très pessimiste sur une évolution positive de ses douleurs physiques.

(...)

### **6. Observations (point de vue du conseiller)**

*Etat de santé, comportement, humeur, discernement quant à l'état de santé*

Lors de notre entretien qui a duré près de deux heures, nous avons pu constater que notre assurée n'arrive pas à se tenir dans la même position très longtemps, mais il nous a semblé qu'elle arrivait tout de même à faire des gestes sans difficultés extrêmes. On a pu constater également une légère boiterie lorsqu'elle s'est levée et déplacée dans d'autres pièces. Elle semble aussi très affectée moralement par sa situation (peut-être pas que physique) et le fait de ne plus pratiquer une activité professionnelle et de ne plus avoir de vie sociale, semble très difficile à gérer pour elle. C'est aussi pour cette raison que la Dresse R. \_\_\_\_\_ lui aurait conseillé en octobre 2012 de reprendre son AH [activité habituelle] car cela pourrait lui faire du bien. Elle a réussi à tenir un peu plus de quatre mois, jusqu'à ce que cela soit devenu vraiment au-dessus de ses forces. ».

Le 17 décembre 2013, l'assureur maladie perte de salaire de l'employeur de l'assurée a adressé à l'OAI une copie de son dossier médical. Y figurait notamment un rapport du 30 juillet 2013 de la Dresse J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rédigé comme suit :

« 1) **Début du traitement dans votre établissement ?**

14.02.2013

2) **Récapitulatif des diagnostics?**

Episode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10)  
Fibromyalgie

Goitre avec hypothyroïdie substituée  
Deuil compliqué

- 3) **Anamnèse complète?**  
Mme H. \_\_\_\_\_ est 4<sup>ème</sup> d'une fratrie de 7. Elle est née et a grandi en Turquie. Elle a suivi une scolarité obligatoire pendant 5 ans puis elle a fait une formation de couture.  
Elle a très peu connu son père puisqu'il a travaillé pendant presque toute l'enfance de la patiente à l'étranger. Sa vie a basculé à 15 ans quand son père est décédé. Il a laissé un grand vide affectif dont elle ressent encore terriblement le manque.  
Elle est arrivée en Suisse en 2001 après son mariage. Elle est mère de deux enfants (10 et 4 ans).  
Elle travaille actuellement comme auxiliaire de ménage dans un EMS [établissement médico-social] depuis environ un an et demi. Le travail lui plait mais elle ne supporte plus de voir les gens souffrir et se rend compte que dans son état, elle ne peut plus leur apporter satisfaction.
- 4) **Traitements médicamenteux instaurés ?**  
Médication : Cipralex 10 mg 1 cp [comprimé] par jour arrêté en juin et remplacé par Efexor 75 mg 2 cp par jour, la dose sera augmentée par pallier.  
Imovane cp 7.5 mg 1cp par jour.
- 5) **Evolution depuis l'instauration de l'ensemble de votre prise en charge ?**  
Il n'y a pas de changement de l'état de santé psychique de Mme H. \_\_\_\_\_ pour l'instant.
- 6) **Fréquence des consultations ?**  
Suivi psychothérapeutique bimensuel.
- 7) **Plaintes subjectives ?**  
Enorme tristesse qu'elle ne comprend pas, pleure tout le temps, angoisses, irritabilité, perte d'intérêt et de plaisir, problème de mémoire et de concentration, problèmes de sommeil, isolement, sentiment d'inutilité, sentiment d'être perdue. Présence d'un grand vide affectif. Elle se sent à bout de force. Elle n'arrive pas à faire son ménage et cela l'énerve. Elle ressent beaucoup de colère et de rage envers des membres de sa famille et de son mari.
- 8) **Constatations objectives ?**  
Patiente faisant son âge, de bonne présentation, orientée aux trois modes. Son discours est centré sur son problème de santé. Son humeur est dépressive avec perturbation émotionnelle importante (pleurs) à l'évocation du passé lié à son père. Mme H. \_\_\_\_\_ a eu beaucoup de peine à parler de son père. Anamnestiquement, le sommeil est perturbé suivi de ruminations quant à sa situation. Il n'y a pas de symptômes psychotiques florides.
- 9) **Pronostic de la reprise du travail ?**  
Indéterminé.

10) **Est-ce qu'un conflit professionnel est à l'origine de l'arrêt de travail actuel ? Si oui, est-ce que la capacité de travail de Mme H.\_\_\_\_\_ serait complète chez un autre employeur ?**

Non.

11) **Autres remarques que vous jugez utiles de communiquer ? ».**

Dans un rapport du 2 janvier 2014, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué chez l'assurée, avec effet sur sa capacité de travail, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, une fibromyalgie, un conflit conjugal, un deuil compliqué et un goitre avec hypothyroïdie substituée, émettant un pronostic non favorable à une réadaptation professionnelle. Elle a attesté une incapacité de travail totale de l'intéressée dans sa profession d'aide de ménage depuis le 8 mars 2013, énumérant comme restrictions des douleurs physiques, de la fatigue, un problème de mémoire et de concentration, des symptômes anxio-dépressifs, une perte de confiance en soi et un sentiment d'inutilité et précisant qu'elles ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales. Dans l'annexe à son rapport, cette praticienne a décrit comme limitations fonctionnelles un apragmatisme (« difficulté à faire le ménage et à s'occuper des enfants »), des difficultés avec les charges lourdes, des difficultés dans les déplacements (« problème avec les longs trajets : douleur au dos et aux jambes »), des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne (« elle ne dort plus malgré l'hypnotique »), une hypersensibilité au stress et une apparition périodique de phases de décompensation. Elle a exposé que les capacités de concentration/attention (« décrite comme catastrophique ») et mnésiques de sa patiente étaient limitées et a finalement indiqué qu'une activité professionnelle à plein temps ou à temps partiel n'était plus possible.

Dans un rapport du 7 janvier 2014, la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de syndrome douloureux chronique type fibromyalgie diagnostiqué en 2008 ainsi que d'état anxio-dépressif et, sans effet sur la capacité de travail, de status post réduction mammaire en 2004 ainsi que de goitre hétéro-nodulaire en 2002 dans le

cadre de sa première grossesse, substitué transitoirement par Euthyrox. S'agissant du pronostic, elle a indiqué que la pathologie douloureuse de l'assurée survenait dans un contexte socio-familial difficile, qu'elle n'avait pas encore fait le deuil du décès brutal de son père alors qu'elle avait 15 ans et que la symptomatologie somatique était à son sens liée à ses problèmes psychologiques, relevant qu'elle était inapte à travailler à ce jour. Elle a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide de ménage depuis 2011, précisant qu'il y avait lieu de réévaluer la question dans 2 ans. Cette praticienne a relevé que l'activité d'aide de ménage n'était plus du tout exigible, indiquant que sur le plan physique, les traitements indiqués dans ce genre de pathologie avaient été épuisés. Elle a exposé que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail pour les 2 ans à venir. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée ne pouvait pas exercer d'activités uniquement en position assise ou uniquement en position debout, que des activités dans différentes positions pouvaient être effectuées à raison d'une heure par jour, qu'elle pouvait partiellement et occasionnellement se pencher, qu'elle ne pouvait pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, en rotation en position assise ou en position debout, qu'elle ne pouvait pas soulever ou porter des charges et qu'elle ne pouvait monter des escaliers qu'à raison d'un étage. Elle a également indiqué que les capacités de concentration et de résistance de l'intéressée étaient limitées.

Le 7 avril 2014, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées par l'OAI :

- « **1. Quelle est l'évolution depuis votre dernier rapport?**  
L'évolution psychique s'est encore aggravée depuis [la] dégradation de la relation conjugale en février 2014 avec projet de séparation. Depuis lors, Mme H.\_\_\_\_\_ reste dans l'incertitude face à son avenir.
- 2. Quelle est la situation actuelle (plaintes et constatations objectives) ?**  
Selon les propos de la patiente, la situation est catastrophique. Il n'y a rien qui a évolué favorablement depuis un an. Elle se sent perdue. Elle se sent dépassée et bousculée par la proposition de

l'AI concernant la réadaptation professionnelle et la mise en activité d'abord à 60% puis augmenté[e] à 80 puis à 100%.  
Constatations objectives : aggravation de la symptom[*a*]tologie anxieuse et dépressive depuis ses problèmes conjugaux.

**3. Est-ce que les limitations fonctionnelles ont changé ?**

Oui, il y a une aggravation des limitations signalées : douleurs, crampes et diminution de la force aux mains.

**4. Est-ce que l'ancienne activité d'aide de ménage dans un CMS [centre médico-social] est encore compatible avec l'atteinte à la santé ?**

Non.

**5. Si non : Pour quelles raisons ?**

La persistance de l'humeur dépressive, la grande sensibilité à la souffrance des autres et un fort sentiment d'impuissance face aux patients, les douleurs importantes et la perte de force l'empêchent de travailler.

**6. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?**

Mme H.\_\_\_\_\_ est ouverte à faire un essai de réadaptation professionnelle.

**7. Si elle n'est pas entière : Pour quelles raisons ?**

Pour les mêmes raisons citées ci-dessus.

**8. Autres remarques : ».**

Par communication du 28 avril 2014, l'OAI a signifié à l'assurée qu'une orientation professionnelle lui était accordée à titre de mesure d'intervention précoce, laquelle se déroulerait du 13 mai au 12 septembre 2014.

Dans un certificat du 27 mai 2014, la Dresse S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a attesté une incapacité de travail de l'assurée à compter du 19 mai 2014, à réévaluer d'ici septembre 2014, précisant que l'intéressée n'était pas apte à poursuivre la mesure d'orientation professionnelle précitée.

Le 30 mai 2014, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées par l'OAI :

**« 1. Quelle est l'évolution depuis votre dernier rapport?**

Depuis le rapport daté du 07.01.2014, il n'y a pas d'évolution favorable. Au contraire, la patiente se dit encore plus limitée dans

son quotidien et présente toujours des douleurs très importantes de l'hémicorps G [gauche]. Elle est en suivi psychiatrique (Dresse J. \_\_\_\_\_) et prend actuellement un traitement à base de Venlafaxine 75 mg 3 x /j.

Je viens également d'apprendre que la patiente n'étant pas rassurée par mon diagnostic, a consulté un autre médecin, qui sera à partir de maintenant son médecin traitant. Il s'agit de la Doctoresse S. \_\_\_\_\_ à [...]. Pour le résultat des investigations biologiques et radiologiques effectué[e]s par ce médecin, veuillez, s'il vous plait, vous adresser directement.

## **2. Quelle est la situation actuelle (plaintes, constatations objectives)?**

Lors de la dernière consultation, Madame H. \_\_\_\_\_ se plaignait de douleurs lombaires et de l'hémicorps G. Symptomatologie quasi constante entraînant une importante fatigue, faiblesse, insomnies. Elle n'arrive plus à faire son propre ménage et reçoit une aide du CMS.

Cliniquement, les points de fibromyalgie habituellement recherchés sont douloureux à la palpation. Il n'y a pas de limitation articulaire sinon un discret syndrome lombo-vertébral. Pas d'arthrite aux articulations périphériques.

## **3. Est-ce que les limitations fonctionnelles ont changé?**

Non. On se trouve toujours devant une patiente qui manque de force et d'endurance et qui n'est pas apte à faire son propre ménage.

## **4. Est-ce que l'ancienne activité d'aide de ménage dans un CMS est encore compatible avec l'atteinte de la santé?**

Non.

## **5. Si non: Pour quelles raisons:**

Le diagnostic de fibromyalgie associé à l'état anxieux dépressif entraîne d'importantes difficultés pour assumer le quotidien. Madame H. \_\_\_\_\_ ne peut pas rester debout longtemps, ne peut pas travailler en zone basse, ne peut pas passer l'aspirateur ni panosser. L'aide aux personnes âgées est impossible dans son cas. Je répète que (sic) elle-même fait appel au CMS pour son propre ménage.

## **6. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée?**

Dans l'état actuel de santé de Madame H. \_\_\_\_\_, je ne pense pas qu'actuellement elle pourrait assumer une activité lucrative, même la plus légère possible. Toutefois, étant donné que nous n'avons jamais fait une réelle évaluation des (sic) ses capacités fonctionnelles, je vous suggère d'effectuer un stage d'observation, et/ ou, recourir éventuellement à une expertise multidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

**7. Si elle n'est pas entière: Pour quelles raisons?**

-

**8. Autre remarques:**

- ».

Le rapport de la mesure d'intervention précoce, daté du 6 juin 2014, fait état du commentaire suivant :

« Conformément à la décision AI du 28 avril 2014, Mme H.\_\_\_\_\_ a débuté sa mesure d'intervention précoce le 13 mai 2014 dans notre secteur imprimerie. La mesure a été interrompue au 6 juin 2014.

Les activités proposées ainsi que le poste de travail ont été aménagés et ont parfaitement respecté les limitations fonctionnelles de l'assurée. Malgré cela, Mme H.\_\_\_\_\_ s'est rapidement plainte de douleurs au niveau de la colonne vertébrale ainsi que de crampes au niveau des mains qui devenaient de plus en plus importantes et de plus en plus inconfortables, même en alternant fréquemment les positions. Elle nous a contacté par téléphone le 20 mai pour nous informer qu'elle a pris rendez-vous avec son médecin traitant et que celui-ci l'a mis[e] à l'arrêt à 100%. Elle nous a dit qu'un certificat médical y relatif suivra. Nous ne manquerons pas de nous (sic) en envoyer une copie dès que nous serons en sa possession.

Au vu de nos observations, force est de constater que l'état de santé de Mme H.\_\_\_\_\_ ne permet pas, à l'heure actuelle, d'identifier des pistes professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles et à ses capacités. En effet, son potentiel de réadaptation n'est actuellement pas suffisant pour mettre en place des mesures d'ordre professionnel. A noter que toutes les observations ont été réalisées sur une période de 4 jours et doivent être considérées en regard de cette très brève durée. ».

Dans un avis du 28 juillet 2014, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a indiqué qu'il fallait procéder à un examen psychiatrique et rhumatologique au SMR ou à une expertise correspondante.

Dans un rapport du 9 septembre 2014, la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et cheffe de clinique à la Clinique de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'Hôpital B.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante et a exposé ce qui suit :

« **Discussion**

On peut clairement conclure à une spondylarthrite ankylosante avec atteinte axiale et périphérique. Nous avons visualisé les images IRM [imagerie par résonance magnétique] avec le Dr V. \_\_\_\_\_ et il y a clairement des lésions inflammatoires tant au niveau lombaire que sacro-iliaque qui sont typiques des spondylarthropathies, non compatibles - au moins pour une partie d'entre elles - avec une atteinte dégénérative, et nous adhérons donc entièrement à l'interprétation du Professeur W. \_\_\_\_\_.

Après échec à de multiples AINS [anti-inflammatoires non-stéroïdiens], un essai par un anti-TNF [*Tumour Necrosis Factor*] me paraît raisonnable et indiqué. Le bilan infectieux habituel avant anti-TNF est en cours et Mme H. \_\_\_\_\_ a déjà bénéficié du Pneumovax®. Je la reverrai dans un mois pour initier le traitement avec la garantie de prise en charge de son assureur maladie. ».

Par communication du 18 septembre 2014, l'OAI a signifié à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible.

Dans un rapport du 15 octobre 2014, la Dresse S. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de spondylarthrite (ankylosante), de syndrome douloureux chronique sans précision, d'état dépressif persistant avec composante réactionnelle, d'hypertrophie mammaire avec tensions musculaires cervico-scapulaires douloureuses ainsi que de trouble du sommeil (insomnie) chronique et, sans effet sur la capacité de travail, de goitre et de névrome au pied, indiquant que le pronostic était « indéterminé ». Elle a exposé que la possibilité d'exercer une activité adaptée n'est pas déterminable à ce jour car l'évolution n'était pas stabilisée d'un point de vue médical. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle a relevé que des activités exercées uniquement en position assise, uniquement en position debout ou principalement en marchant n'étaient pas possibles, de même que le fait de travailler avec les bras au-dessus de la tête, d'être à genoux, d'effectuer des rotations en position assise ou en position debout et de soulever ou porter des charges, précisant que l'acte de monter des escaliers était limité. La Dresse S. \_\_\_\_\_ a encore indiqué que les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance de l'assurée étaient limitées. Elle a expliqué ne pas avoir le recul nécessaire pour se prononcer sur la question de savoir depuis quand ces limitations étaient valables.

Dans un rapport du 22 octobre 2014, relatif à une radiographie « colonne cervicale, colonne lombaire, sacro-iliaques » de l'assurée réalisée le même jour, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a relevé ce qui suit :

« Colonne cervicale :

Pas de malformation de la charnière crânio-cervicale. Rapport atlanto-axial préservé. Lordose peu prononcée, régulière. Minime incurvation dextro-scoliotique. Pas de pincement discal. Ébauche dégénérative facettaire sur le segment inférieur. Trame osseuse satisfaisante.

Colonne lombaire :

Discrète bascule gauche du bassin par brièveté relative du MIG [membre inférieur gauche] d'un peu moins de 3 mm. Discrète incurvation dextro-scoliotique sur la charnière dorso-lombaire. Renversement postérieur sur le cliché de profil. Pas de tassement vertébral. Pas de pincement discal. Petite irrégularité du coin antéro-inférieur de L5 probablement d'origine dégénérative. Légère stase fécale. Stérilet.

Sacro-iliaques :

Pas d'érosion des berges articulaires. Ébauche dégénérative du pied des sacro-iliaques. Trame osseuse satisfaisante. ».

Le 30 octobre 2014, les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, tous trois médecins au SMR, ont rédigé un rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique pratiqué sur l'assurée le 12 août 2014. Ils n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie et d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Ces praticiens ont apprécié le cas comme suit :

« Il s'agit d'une assurée de 34 ans, d'origine turque, entrée en Suisse en 2001, sans formation, divorcée, mère de deux enfants, qui travaillait à la Fondation [...] et qui est en arrêt de travail depuis la fin février 2013 dans un contexte de douleurs ubiquitaires et de dépression. Elle dépose une demande de prestation réadaptation-rente le 10.10.2013 en raison d'une atteinte physique et psychologique.

**Sur le plan rhumatologique,** Mme H. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs rachidiennes et périphériques depuis 2007-2008 associées à des céphalées et troubles du sommeil. L'assurée a bénéficié d'un suivi au Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_ par la Dresse R. \_\_\_\_\_ d'août 2011 à décembre 2013. Cette spécialiste a retenu un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie après avoir écarté un rhumatisme inflammatoire moyennant investigations biologiques et radiologiques. En août 2011 déjà, elle avait mentionné l'utilité d'une évaluation psychologique.

En avril 2014, l'assurée est adressée par la Dresse S. \_\_\_\_\_, médecin traitant, chez la Dresse P. \_\_\_\_\_ en raison d'une sensation bizarre sur le dos de la 2<sup>ème</sup> commissure de la main D [droite] et au pied gauche. Le trouble est attribué à l'irritation de rameaux nerveux superficiels. La spécialiste ne retient pas d'indication opératoire.

Le médecin traitant, demande un 2<sup>ème</sup> avis rhumatologique auprès du Dr C. \_\_\_\_\_, médecin chef au service de rhumatologie au Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_. Il a lieu le 12.08.2014, jour de l'examen au SMR (cf. rapport de consilium du 27.08.2014). Après avoir examiné l'assurée, étudié les résultats de laboratoire et visualisé les images avec 2 radiologues, le confrère retiendra un syndrome douloureux somatoforme avec des lombalgies chroniques non spécifiques et une spondylarthropathie très peu probable. Ce dernier diagnostic n'est pas formellement retenu pour les raisons suivantes : l'imagerie standard et par IRM ne sont pas pathognomoniques, le HLA B27 est négatif et l'assurée ne remplit pas les critères ACR/EULAR de spondylarthrite.

A la demande du médecin traitant, un 3<sup>ème</sup> avis rhumatologique est demandé auprès du Dr V. \_\_\_\_\_, rhumatologue à l'Hôpital B. \_\_\_\_\_ (cf. rapport de consilium Dresse X. \_\_\_\_\_ du 09.09.2014). C'est sur la base des conclusions du Prof W. \_\_\_\_\_, radiologue, (lésions séquellaires au niveau cervical, inflammatoires au niveau lombaires et des lésions séquellaires et inflammatoires au sacrum évoquant une possible spondylarthrite axiale sur les IRM du sacrum du 28.04.2014 et du rachis du 21.05.2014) qu'est retenue une spondylarthrite ankylosante avec atteinte axiale et périphérique sans apporter d'autres arguments.

A l'examen général, l'assurée présente une pré-obésité (BMI [*body mass index*] de 26,5 kg/m<sup>2</sup>). Elle est normotendue et normocarde. Pendant l'entretien de 50 minutes, elle reste assise sans manifester la moindre douleur au niveau du rachis ou ailleurs. Elle ne change pas de position et se lève ensuite sans difficulté pour se déshabiller en appui monopodal alterné, avec une gestuelle normale.

A l'examen neurologique, on observe une discrète boiterie d'appui G sans déficit à la marche sur les talons ou la pointe des pieds. Les réflexes sont normovifs et symétriques. La sensibilité est altérée au toucher et au piquer à partir de C4 ddc [des deux côtés] jusqu'en S2 ddc. Au niveau des mains, elle décrit une perte de la sensibilité dans les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> doigts droits. A l'examen répété, les réponses ne sont pas reproductibles tant au toucher qu'au piquer. La percussion du dos des mains et des pieds ne provoque initialement aucun sursaut ou manifestation dysesthésique. C'est lorsque nous lui

rappelons qu'elle avait consulté la Dresse P. \_\_\_\_\_ pour un problème spécifique au niveau de la main D et du pied G qu'elle annonce des douleurs. Les autres modalités de la sensibilité sont normales. La couverture musculaire est homogène. La force est globalement diminuée à l'hémicorps G. Aucun trouble de la coordination. Le Lasègue et Lasègue inversé sont négatifs.

A l'examen du rachis, il n'y a pas de trouble de la statique. La mobilité cervicale est symétrique limitée à 20° d'inclinaison latérale et 50° de rotation axiale avec une distance menton-sternum de 5-19 cm. La mobilité dorsolombaire est précautionneuse, douloureuse en fin de course avec une inclinaison latérale à 20° ddc et une rotation axiale ne dépassant pas 10°. La distance doigts-sol est de 10 cm avec un Schober lombaire à 10-14 cm. La palpation paravertébrale est indolore, les muscles sont bien relâchés, sans contractures. Il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral. Le sautiller sur une jambe s'effectue sans difficulté ou douleur. Le test de cisaillement des sacro-iliaque[s] est indolore. Le Piedallu debout est négatif pour une dysfonction sacro-iliaque unilatérale.

A l'examen des membres supérieurs, la mobilité est physiologique et symétrique. La coiffe des rotateurs tient bien contre résistance. Il n'y a pas de conflit acromio-gléno-huméral.

A l'examen des membres inférieurs, la mobilité est également physiologique et symétrique. Le test de Patrick est indolore au niveau des plis inguinaux ou des sacro-iliaques.

Aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, il n'y a pas de signes d'arthrite, d'arthrose, de tendinopathie ou d'enthésopathie. Les points de Smythe sont tous présents. Les signes de non-organicité de Waddell sont tous présents.

L'assurée n'a aucun des critères cliniques de diagnostic pour la spondylarthrite ankylosante. En effet, contrairement à ce qu'on pourrait s'attendre, les douleurs de l'assurée sont améliorées au repos et pas aux mouvements et il n'y a pas de limitation sagittale ou frontale de la mobilité de la colonne lombaire est dans les normes avec une distance doigts-sol de 10 cm, un Schober lombaire à 10-14 cm et des inclinaisons latérales normales et indolores à 20°. La revue des résultats biologiques, en l'absence d'un traitement spécifique au long cours d'une spondylarthropathie, ne montre pas d'élévation fréquente de la vitesse de sédimentation ou de la CRP comme on pourrait s'y attendre dans le cadre d'un diagnostic tardif après au moins 3 ans d'évolution (période du suivi au Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_ par la Dresse R. \_\_\_\_\_). L'absence du HLA B27 n'exclut pas le diagnostic mais la corrélation avec la spondylarthropathie ankylosante est en principe élevée puisque présent dans 90% des malades.

Le rapport de l'IRM des sacro-iliaques du 28.04.2014 décrit des irrégularités des berges articulaires d'allure séquellaire sur le versant iliaque à droite et des remaniements graisseux sous-chondrales sur le versant sacré des deux côtés. Aucune érosion, sclérose ou ankylose n'est décrite. Le radiologue conclut à une sacro-iliite bilatérale dans le cadre d'une possible spondylarthrite axiale. Mme H. \_\_\_\_\_ ne présente pas non plus de critère radiologique

formel après 7 ans l'évolution, à savoir une sacro-iliite de degré 2-4 bilatérale ou 3-4 unilatérale selon le bilan radiologique que nous avons effectué.

L'IRM du rachis du 21.05 2014 décrit des modifications graisseuses des listels marginaux dans la région cervicale et des enthésopathies inflammatoires des ligaments inter-épineux avec des poussées congestives des articulaires postérieures. Les clichés radiologiques de la colonne d'août 2011, de mars 2013 et octobre 2014 ne montrent pas les signes pathognomoniques qu'on aurait pu s'attendre à voir après plusieurs années d'évolution : ponts osseux intersomatiques, complets ou incomplets, mise au carré des vertèbres, ossification des ligaments inter-épineux.

Les données à disposition, clinique[s], biologiques et radiologiques, ne nous permettent pas de retenir avec un degré de vraisemblance prépondérante le diagnostic avancé par le service de rhumatologie de Hôpital B.\_\_\_\_\_. Les rapports des IRM du sacrum et de la colonne lombaire ne représentent pas un degré de preuve supérieur à 50%. Le diagnostic d'une spondylarthrite ankylosante est avant tout clinique et s'appuie sur les résultats biologiques. La radiologie standard confirme tardivement le diagnostic. Quant à l'IRM, sa sensibilité dans la détection des sacro-iliites est de l'ordre de 75%. Nous attribuons les douleurs rachidiennes diffuses à la fibromyalgie.

Dans notre appréciation globale du cas de cette assurée, nous rejoignons les avis de la Dresse R.\_\_\_\_\_ et du Dr C.\_\_\_\_\_. Il n'y a pas suffisamment de preuves pour retenir le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Nous retenons le diagnostic de fibromyalgie qui en soit (sic) n'est pas incapacitant dans son activité habituelle d'auxiliaire de ménage.

**Sur le plan psychiatrique**, il s'agit d'une assurée de 34 ans, d'origine turque, entrée en Suisse en 2001, sans formation, divorcée, deux enfants, qui travaillait à la Fondation [...], et qui dépose une 1<sup>ère</sup> demande en date du 10 10.2013, dans un contexte de douleurs et de dépression.

L'assurée, sans antécédents psychiatriques, a consulté la Dresse J.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, sur le conseil de la Dresse R.\_\_\_\_\_, rhumatologue, dès le 14.02.2013.

Dans son rapport psychiatrique du 30.07.2013, la Dresse J.\_\_\_\_\_ retenait les diagnostics suivants : épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), fibromyalgie, deuil compliqué.

Dans son rapport psychiatrique du 02.01.2014, la Dresse J.\_\_\_\_\_ retenait les diagnostics suivants : épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), fibromyalgie, conflit conjugal, deuil compliqué. L'incapacité de travail attestée était de 100 % dès le 08.03.2013.

Dans son rapport psychiatrique du 07.04.2014 la Dresse J.\_\_\_\_\_ attestait une « aggravation de l'état psychique dans un contexte de dégradation de la relation conjugale ».

Dans son rapport médical du 30.07.2014, la Dresse S.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, écrivait : « les limitations fonctionnelles de Mme H.\_\_\_\_\_ sont sans doute à ce jour d'ordre somatique (douleurs) prédominant ».

Enfin l'assurée a consulté le Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, pour ses troubles du sommeil. Le Dr G.\_\_\_\_\_, dans son rapport psychiatrique du 27.06.2014, écrivait : « Mme H.\_\_\_\_\_ ne se sent pas particulièrement déprimée actuellement, mais le score de dépression, selon l'inventaire de Beck, atteint néanmoins 14/39. L'index de sévérité de l'insomnie s'élève à 22/28 ».

L'assurée consulte donc toujours actuellement la Dresse J.\_\_\_\_\_, à la fréquence de 2 x/mois. Le traitement psychiatrique actuel est constitué de Trittico® 1 cp/jour, Venlafaxine® ER Sandoz 75 2 cp/jour, Imovane® 1 cp/soir.

L'examen psychiatrique de ce jour objective un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. En effet, 2 critères majeurs sont présents : abaissement de l'humeur d'intensité moyenne et réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et diminution de l'activité ; mais celle-ci est à prédominance vespérale, et seulement en partie d'origine dépressive. Par ailleurs, 2 critères mineurs sont présents, une diminution de la confiance en soi (l'assurée précise : « *c'est mon mari qui m'a fait perdre ma confiance* ») et une idéation suicidaire fluctuante. Par contre, l'examen n'objective pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir (l'assurée déclare qu'elle ne sait pas), pas de perturbation du sommeil d'origine dépressive, ni de diminution de l'appétit. Enfin, seuls deux symptômes du syndrome somatique de la dépression sont présents, une perte de poids au cours du dernier mois et une diminution marquée de la libido. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant et ce d'autant qu'il fait partie intégrante du trouble douloureux (fibromyalgie) présenté par l'assurée.

En présence du diagnostic de fibromyalgie retenu par le médecin somaticien ce jour, les critères de sévérité doivent être discutés : d'une part, il n'existe pas de comorbidité psychiatrique manifeste. D'autre part, si nous sommes bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, si l'on doit considérer que jusqu'à présent le traitement a échoué, on ne peut affirmer l'état psychique de l'assurée cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plan thérapeutique. Enfin, il n'existe pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montre la vie quotidienne. L'affection de l'assurée n'est donc pas incapacitante au sens de l'AI, elle ne relève pas de l'AI.

Au total, nous comprenons mal sur quelle base et quel diagnostic la Dresse J.\_\_\_\_\_ retenait, dans son rapport psychiatrique du 02.01.2014, une incapacité de travail totale dès le 08.03.2013, dans la mesure où aucun diagnostic incapacitant (en particulier l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique retenu, qui ne présente pas de caractère incapacitant) ne figure dans ses rapports psychiatriques. Nous devons dès lors considérer que sur le plan

psychiatrique, l'assurée n'a jamais présenté d'incapacité de travail durable.

**Limitations fonctionnelles**

*Sur le plan rhumatologique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.*

*Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.*

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

*Sur le plan rhumatologique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail.*

*Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail.*

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

Sur le plan rhumatologique, sans objet.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'AUXILIAIRE DE MÉNAGE: 100 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

DEPUIS LE : DÉBUT DE LA VIE ACTIVE DE L'ASSURÉE.

A TRADUIRE EN TERME DE MÉTIERS PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION ».

Dans son rapport du 5 novembre 2014, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR n'a retenu aucune atteinte invalidante, ni sur le plan psychiatrique ni sur le plan rhumatologique, relevant comme facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI une fibromyalgie et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Il a attesté une pleine capacité de travail de l'assurée dans toute activité (habituelle et adaptée) et n'a décrit aucune limitation fonctionnelle. Il a conclu son rapport comme suit :

« Assurée d'origine turque, mariée, mère de deux enfants en âge scolaire, aide de ménage dans un Centre médico-social, en arrêt de travail depuis le 04.03.2013 pour un épisode dépressif moyen et une fibromyalgie.

Lors d'un stage d'observation les plaintes multiples émises par l'assurée n'ont pas rendu possible la poursuite du stage au-delà de 4 jours.

Dans cette situation, chez une assurée chez qui il existait une suspicion de spondylarthrite basée sur une imagerie radiologique, un examen rhumatologique et psychiatrique a été nécessaire.

Cet examen confirme la présence d'une fibromyalgie et d'un épisode dépressif de degré moyen, sans syndrome somatique, et sans incidence négative sur la capacité de travail. Les examinateurs discutent en détail leurs constatations et les raisons pour lesquelles ils s'écartent de certains avis médicaux figurant au dossier, en particulier au sujet de l'existence d'une spondylarthrite et d'une psychopathologie invalidante. Par ailleurs ils mentionnent que les critères de sévérité ne permettent pas de retenir une comorbidité psychiatrique et une fibromyalgie invalidante.

Dès lors aucune atteinte invalidante remplissant les critères AI n'est admissible, par conséquent une pleine capacité de travail doit être admise. ».

Le 6 novembre 2014, le SMR a transmis à l'OAI notamment les documents suivants :

- un rapport du 3 avril 2014 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, qui a posé les diagnostics d'irritation de la branche la plus cubitale du nerf radial à droite ainsi que d'irritation d'une branche terminale du nerf péronier superficiel sur le dos du pied gauche, exposant qu'elle ne retenait pas d'intervention opératoire et qu'elle ne ferait pas d'infiltration non plus vu les effets secondaires tardifs de la cortisone ;
- un rapport du 28 avril 2014 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, relatif à une IRM du sacrum de l'assurée réalisée le même jour, concluant à la présence de multiples petites lésions séquellaires et inflammatoires, c'est-à-dire de chronologie différentes, associées à des signes d'enthésopathie inflammatoire évoquant de manière claire une sacro-iliite bilatérale dans le cadre d'une possible spondylarthrite axiale ;
- un rapport du 22 mai 2014 du Dr W.\_\_\_\_\_, relatif à une IRM du rachis entier de l'assurée réalisée la veille qui n'a pas mis en évidence des signes de spondylarthrite ankylosante au niveau dorsal mais qui a par

contre permis de retrouver des lésions de type séquellaire au niveau cervical et des lésions en phase inflammatoire au niveau lombaire qui, en l'absence de discopathie associées, étaient très évocatrices de lésions entrant dans le cadre de la spondylarthrite ankylosante ;

- un rapport du 27 juin 2014 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre [...] de Médecine du Sommeil, indiquant que l'index de sévérité de l'insomnie de l'assurée s'élevait à 22/28 (37/42 selon l'échelle de Bergen), que le score de somnolence selon l'échelle d'Epworth n'était que de 2/24, que l'intéressée ne se sentait pas particulièrement déprimée actuellement, mais le score de dépression selon l'inventaire de Beck atteignait néanmoins 14/39 ce qui intégrait des items de tristesse et de découragement face à l'avenir, que l'anamnèse orientée ne montrait pas de signes caractéristiques d'un syndrome de jambes sans repos et qu'il n'avait pas retenu d'indication d'une exploration complémentaire, notamment d'une polysomnographie ;

- un rapport du 14 août 2014 du Dr G.\_\_\_\_\_, exposant que le score de dépression selon l'inventaire de Beck atteignait 29/39 (contre 14/39 lors de l'entretien initial en juin 2014), que l'humeur de l'assurée était évidemment liée à l'évolution de sa situation conjugale et familiale, avec notamment la récente prononciation de son divorce, et qu'il n'avait pas prévu de revoir l'intéressée en consultation ;

- un consilium du 27 août 2014 rédigé par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, posant les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux, de lombalgies chroniques non spécifiques ainsi que de spondylarthropathie très peu probable et exposant ce qui suit :

« Appréciation :

Chère Collègue, je comprends votre perplexité, ainsi que celle de la patiente devant les divergences du corps médical quant au diagnostic responsable des rachialgies chroniques présentée[s] par cette patiente depuis plusieurs années. La Dresse R.\_\_\_\_\_ avait conclu à des lombalgies communes, par contre le Dr W.\_\_\_\_\_ radiologue, estimait que les images d'IRM étaient fortement suggestives d'une spondylarthrite. Nous avons revu les images avec

nos collègues radiologues qui ne s'accordent pas avec l'interprétation du Dr W.\_\_\_\_\_ et estiment qu'il s'agit pour eux de lésions entrant dans le cadre d'atteintes dégénératives et tout sauf évocatrices d'une spondylarthrite. Je dois admettre que je les rejoins sans autre dans leur interprétation.

Dans ces conditions, on ne peut formellement retenir le diagnostic de spondylarthrite. En effet, ni l'imagerie qu'elle soit standard ou IRM, ni le HLA-B27 ne sont positifs et dès lors, la patiente ne remplit pas les critères ACR/EULAR de spondylarthrite. Dès lors, il n'y a à mon sens pas d'argument pour débiter un traitement aux anti-TNF alpha. Si vous décidez quand même de le faire sur la base de l'interprétation du Dr W.\_\_\_\_\_, il faudrait alors clairement se résoudre à un traitement d'essai court (de 3 mois) suivi d'une attitude claire. Sauf si la symptomatologie était fortement réduite par les anti-TNF alpha, il faudrait ne pas insister avec ce type de médicament, notamment éviter le recours à plusieurs anti-TNF alpha successifs.

Quant à moi je propose de poursuivre la prise en charge actuelle de physiothérapie et d'antalgie dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire recommandé[e] pour les lombalgies chroniques communes. ».

Selon projet de décision du 5 janvier 2015, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui refuser l'octroi d'un reclassement et d'une rente au motif que, ne présentant pas d'atteinte incapacitante, elle disposait d'une capacité de travail totale dans toute activité.

Par courrier du 19 janvier 2015, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité. Elle a exposé être en traitement depuis décembre 2014 au service de rhumatologie de l'Hôpital B.\_\_\_\_\_ auquel elle allait demander un rapport, précisant qu'elle était en arrêt de travail complet et qu'il ne lui était pas possible d'envisager une reprise du travail dans son état de santé actuel.

Dans un rapport du 17 février 2015, la Dresse Q.\_\_\_\_\_, médecin assistante à la Clinique de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'Hôpital B.\_\_\_\_\_, a diagnostiqué chez l'assurée une spondylarthrite ankylosante et a exposé ce qui suit :

« Mme H.\_\_\_\_\_ a débuté un traitement d'Enbrel® 50 mg/semaine depuis maintenant 2 mois, l'évolution n'est toutefois pas encore favorable, les plaintes axiales et périphériques restent similaires. Je propose d'évaluer l'efficacité définitive du traitement à 3 mois, en cas de réponse insuffisante, un autre anti-TNF-alpha sera débuté.

Mme H.\_\_\_\_\_ poursuit en parallèle une antalgie par Naproxen® 2 x 500 mg/jour sous couverture par pantoprazole 40 mg/jour, et débutera prochainement de la physiothérapie pour des douleurs myofasciales du rachis cervical. Je reverrai Mme H.\_\_\_\_\_ d'ici 1 mois pour contrôle clinique. ».

Le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin praticien au SMR, a exposé ce qui suit dans son avis du 4 mars 2015 :

« Assurée de 34 ans, sans formation professionnelle, aide de ménage, qui dépose une première demande le 10.10.13 consécutive à une incapacité de travail totale depuis mars 2013 en raison d'une fibromyalgie et d'un épisode dépressif moyen. Suite à un examen bidisciplinaire au SMR (12.08.14), ayant permis de mettre en évidence l'absence d'atteinte incapacitante d'un point de vue rhumatologique et psychiatrique, la demande est rejetée par projet de décision du 05.01.15 (cf. rapport SMR du 05.11.14). L'assurée s'y oppose et fournit différents rapports médicaux.

A l'exception du rapport de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ (médecin assistante, rhumatologie de l'Hôpital B.\_\_\_\_\_, 17.02.15), la totalité des rapports médicaux ont été pris en considération par les experts rhumatologues et psychiatres et ont déjà fait l'objet d'une appréciation détaillée et circonstanciée. Les experts ont notamment précisé les raisons permettant d'un part de ne pas retenir le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, et d'autre part de caractériser la fibromyalgie comme ne présentant pas les critères d'une atteinte incapacitante. Concernant le rapport de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, il fait état d'une évolution n'étant pas favorable après deux mois de traitement d'Enbrel. Ces constatations tendent à confirmer la position des experts rhumatologues du SMR (absence de preuves suffisantes pour retenir le diagnostic de spondylarthrite ankylosante).

Conclusion : Nos conclusions sont inchangées. ».

Par décision du 30 mars 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 5 janvier 2015, refusant d'octroyer un reclassement et une rente en faveur de l'assurée.

**C.** Par acte du 4 mai 2015, H.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Elle a exposé que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, pourtant posé par des spécialistes en la matière et pour lequel elle suivait un lourd traitement

depuis plusieurs mois, a été rejeté par l'intimé sans investiguer plus en avant cette affection.

Dans sa réponse du 17 juin 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 30 mars 2015. Il a exposé que le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 30 octobre 2014, auquel on pouvait conférer une pleine valeur probante, concluait à une capacité de travail entière dans toute activité et écartait de manière convaincante le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Il a également relevé que la fibromyalgie présentée par la recourante n'impactait pas sa capacité de travail en l'absence d'une comorbidité psychiatrique importante.

Par réplique du 28 septembre 2015, la recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction, subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit aux prestations de l'AI depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014. Elle a exposé que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante posé dans le rapport du 9 septembre 2014 de la Dresse X.\_\_\_\_\_, auquel on pouvait conférer une pleine valeur probante, avait également été indiqué par le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 mai 2014, ce qui laissait subsister des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du 30 octobre 2014, qui constituait un rapport interne à l'intimé, de sorte qu'un complément d'instruction s'imposait. Elle a également relevé que l'intimé aurait dû attendre les résultats du traitement initié par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et examiner si une évolution différente aurait pu être constatée dans la mesure où le rapport de cette praticienne du 17 février 2015 soulignait expressément la nécessité d'examiner l'évolution de son état de santé sur une période minimale de trois mois suite au nouveau traitement prescrit depuis début 2015 après avoir posé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. A titre subsidiaire, si le diagnostic de spondylarthrite ankylosante ne devait pas être retenu, la recourante a exposé que l'analyse de l'intimé sur la fibromyalgie était basée sur une

jurisprudence dépassée, de sorte que le caractère invalidant de cette affection devait être examiné sur la base des nouveaux critères posés par le Tribunal fédéral dans le cadre d'un complément d'instruction. Elle a ainsi requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire à confier à un médecin rhumatologue ainsi qu'à un médecin psychiatre. La recourante a notamment produit un rapport du 29 avril 2015 rédigé par les Drs Q.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin chef à la Clinique de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'Hôpital B.\_\_\_\_\_, mentionnant ce qui suit :

« Mme H.\_\_\_\_\_ est suivie à notre consultation de rhumatologie pour une spondylarthrite ankylosante.

En septembre 2014, Mme H.\_\_\_\_\_ nous a été adressée pour un deuxième avis quant à des rachalgies, thoracodynies, arthralgies périphériques et douleurs tendineuses évoluant depuis 2008. Les douleurs sont de caractère inflammatoire avec réveils nocturnes et douleurs maximales au réveil, avec une composante d'horaire mécanique, en effet, les douleurs myotendineuses étant exacerbées à l'effort. Le diagnostic a été confirmé par une IRM du rachis et des sacro-iliaques le 21.05.2014 à la Clinique [...]. Cette dernière montre des réengraissements, des enthésopathies inflammatoires, des érosions ainsi qu'une sacro-iliite bilatérale. La réponse à différentes classes d'AINS étant insuffisante, Mme H.\_\_\_\_\_ a débuté récemment un traitement par anti-TNF-alpha et bénéficie de thérapie physique régulière. ».

Dans sa duplique du 16 octobre 2015, l'intimé a produit un avis du 13 octobre 2015 du Dr N.\_\_\_\_\_ du SMR auquel il se ralliait, rédigé ainsi :

« Assurée de 35 ans, sans formation professionnelle, aide de ménage, qui dépose une première demande le 10.10.13 suite à une IT totale depuis mars 2013 en raison d'une fibromyalgie et d'un épisode dépressif moyen. Suite à un examen bidisciplinaire au SMR (12.08.14), la demande est rejetée en l'absence d'atteinte incapacitante d'un point de vue rhumatologique et psychiatrique. Cet examen avait permis notamment d'infirmier l'existence d'une spondylarthrite et d'une psychopathologie sévère et incapacitante. En l'absence de nouveaux éléments, notre position a été maintenue dans le cadre de la procédure d'audition (cf. avis SMR du 04.03.15).

Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée fait recours contre la décision de refus du 30.03.15. Elle conteste (cf. votre mandat) d'une part que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante n'ait pas été retenu, et d'autre part estime que les éléments au dossier sont

insuffisants, au vu de la nouvelle jurisprudence, pour déterminer le caractère invalidant de la fibromyalgie.

Concernant le premier point, nous relevons que le rapport d'IRM réalisé le 28.04.14 (Dr W. \_\_\_\_\_) a été pris en considération et discuté dans l'examen rhumatologique réalisé au SMR. Dans le nouveau rapport du 29.04.15, les Drs V. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ (rhumatologie) décrivent brièvement le caractère des douleurs depuis le début du suivi. Ils mentionnent que le diagnostic a été confirmé par les IRM réalisées en 2014 à la Clinique [...] puis rapportent qu'un traitement par anti-TNF alpha a récemment été débuté. A nouveau, force est de constater que les rhumatologues traitant ne précisent pas les critères diagnostics permettant de retenir un tel diagnostic, contrairement au Dr F. \_\_\_\_\_, rhumatologue au SMR, qui réalise une analyse détaillée et circonstancié des éléments au dossier, avant de discuter de manière convaincante des raisons médicales qui le poussent à ne pas retenir ce diagnostic. Sur ce point, il n'y a donc pas lieu de s'écarter de l'appréciation du SMR, appréciation qui rejoint d'ailleurs l'avis de la Dresse R. \_\_\_\_\_ et du Dr C. \_\_\_\_\_, médecin rhumatologue en milieu universitaire. A noter que le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ (psychiatrie et médecin du sommeil, 27.06.14) a également été pris en considération dans l'examen SMR du 12.08.14 (cf. page 2).

Concernant le caractère invalidant de la fibromyalgie : L'examen SMR ayant été réalisé avant le jugement du 3 juin 2015, les experts n'ont, par la force des choses, pas pu répondre aux nouvelles pratiques dans le domaine. Dès lors, en l'état, l'instruction est insuffisante pour conclure, à la lumière de la nouvelle jurisprudence, au caractère non invalidant (sic) de la fibromyalgie. ».

Dans son écriture du 11 novembre 2015, la recourante a confirmé ses conclusions et a exposé que tant la problématique de la spondylarthrite ankylosante que celle de la fibromyalgie nécessitaient la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Dans ses déterminations du 23 novembre 2015, l'intimé n'a pas formulé de remarque.

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

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, 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 (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 des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**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 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement si l'intéressée souffre d'une spondylarthrite ankylosante invalidante et si la fibromyalgie diagnostiquée impacte sa capacité de travail.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**b)** Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**4.** La fibromyalgie est une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, la fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de détresse et des

céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; ATF 139 V 346 consid. 2 ; TF 9C\_815/2008 du 29 mai 2009).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a 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 (consid. 4.2 de l'arrêt cité et les références citées). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). 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 (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

**a)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; 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

(consid. 2.2 de l'arrêt cité ; 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 psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

**b)** 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 (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

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 (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

**c)** Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante et 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 (consid. 8 de l'arrêt cité ; ATF 137 V 270).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF

9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**b)** De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**c)** Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la

procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

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 p. 170 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).

**6.** En l'espèce, la recourante conteste l'appréciation de l'intimé selon laquelle il n'a pas retenu le diagnostic de spondylarthrite ankylosante et considéré que la fibromyalgie présentée n'avait pas de caractère invalidant.

**a)** Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante a été écarté par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, aux termes de son consilium du 27 août 2014, expliquant que les lésions visibles sur les IRM entraient dans le cadre d'atteintes dégénératives. Dans leur rapport d'examen clinique rhumatologique du 30 octobre 2014, les Drs F.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ du SMR, tous deux spécialistes en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, ont également écarté ce diagnostic, considérant que les données cliniques, biologiques et radiologiques ne leur permettaient pas de le retenir avec un degré de vraisemblance prépondérante. Ils ont attribué les douleurs rachidiennes diffuses de l'intéressée à une fibromyalgie.

Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante a par contre été posé de manière non équivoque par les Drs X.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ de la Clinique de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'Hôpital B.\_\_\_\_\_, en se fondant sur les IRM réalisées par le Dr W.\_\_\_\_\_, qui s'était également prononcé en faveur d'une telle

affection. La Dresse X.\_\_\_\_\_ a expliqué dans son rapport du 9 septembre 2014 qu'il s'agissait « clairement » d'une spondylarthrite ankylosante avec atteinte périphérique et axiale et que les lésions inflammatoires visibles sur les IRM tant au niveau lombaire que sacro-iliaque étaient typiques des spondylarthropathies et non compatibles - au moins pour une partie d'entre elles - avec des atteintes dégénératives. Elle a ajouté que les traitements à base d'AINS entrepris dans ce cadre avaient échoué et qu'un traitement à base d'anti-TNF allait être initié. La persistance des symptômes de cette affection a également été constatée par la Dresse S.\_\_\_\_\_, qui, posant ce diagnostic, indiquait dans son rapport du 15 octobre 2014 que le pronostic était indéterminé et que l'évolution n'était pas stabilisée d'un point de vue médical, décrivant des limitations fonctionnelles ménageant le rachis. Dans son rapport du 17 février 2015, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a précisé que la recourante avait débuté le nouveau traitement à base d'anti-TNF depuis 2 mois et que l'évolution n'était toutefois pas encore favorable dès lors que les plaintes axiales et périphériques restaient similaires, proposant d'évaluer l'efficacité définitive de celui-ci à 3 mois et, « en cas de réponse insuffisante », d'en débiter un autre. A cet égard, le SMR exposait dans son avis du 4 mars 2015 que l'évolution non favorable après 2 mois de traitement tendait à confirmer la position des Drs F.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, soit une absence de preuve suffisante pour retenir le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, sans mentionner qu'il s'agissait d'un nouveau traitement et que la Dresse Q.\_\_\_\_\_ recommandait d'en attendre les résultats après 3 mois. Toutefois, on cerne mal en quoi les traitements prescrits par les Drs X.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ainsi que leurs constatations confirmeraient la position des experts du SMR. En effet, ceux-ci ont attribué les douleurs rachidiennes diffuses de la recourante à une fibromyalgie. De plus, on relèvera que le Dr C.\_\_\_\_\_ réservait également la possibilité d'un traitement d'essai court (3 mois) aux anti-TNF alpha.

Compte tenu des avis exprimés par les Drs X.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, en particulier celui de cette dernière dans son rapport du 17 février 2015, il se justifiait d'attendre les résultats des

nouveaux traitements entrepris par ces spécialistes, sur plusieurs mois, pour pouvoir examiner en toute connaissance de cause l'évolution de l'état de santé de la recourante, confirmer ou infirmer le diagnostic de spondylarthrite ankylosante et ainsi évaluer sa capacité de travail dans ce contexte. En rendant sa décision avant de connaître l'évolution de la situation à la suite de ces nouveaux traitements, l'intimé n'a pas suffisamment élucidé un fait déterminant pour l'examen des prétentions de l'intéressée, de sorte que l'instruction apparaît lacunaire sur ce point.

**b)** S'agissant de la problématique de la fibromyalgie, ce diagnostic a été retenu par les Dresses J.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, qui ont précisé qu'il impactait la capacité de travail de la recourante. Cette analyse rejoint celle de la Dresse S.\_\_\_\_\_ qui a posé le diagnostic incapacitant de « syndrome douloureux chronique sans précision ». Ces praticiennes n'ont toutefois pas explicité en quoi cette affection entravait l'exercice d'une activité lucrative et n'ont pas décrit de manière circonstanciée les limitations fonctionnelles en découlant. Dans leur rapport d'examen clinique du 30 octobre 2014, les experts du SMR ont également retenu l'existence d'une fibromyalgie, considérant toutefois qu'elle était sans effet sur la capacité de travail dès lors qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique manifeste, que l'on ne pouvait pas affirmer que l'état psychique de l'intéressée était sans évolution possible au plan thérapeutique et qu'il n'existait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie quotidienne. Toutefois, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 13 octobre 2015, les éléments contenus dans le rapport d'examen précité ne permettent pas d'apprécier la problématique de la fibromyalgie à la lumière des nouvelles exigences posées par le Tribunal fédéral relatives au diagnostic (*cf. supra* consid. 4a) et aux indicateurs déterminants pour apprécier le caractère invalidant de cette affection (*cf. supra* consid. 4b), de sorte que l'appréciation des Drs F.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, qui ont examiné la question sur la base des anciens critères jurisprudentiels prévalant à l'époque de leur rapport, ne peut être suivie. Il en va de même des rapports des Dresses J.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_.

Dans ces conditions, comme l'intimé en convient d'ailleurs, l'instruction s'avère également lacunaire pour se prononcer en toute connaissance de cause sur la question de la fibromyalgie.

**c)** Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'instruction doit être complétée, d'une part, en vue d'examiner l'évolution de l'état de santé de la recourante à la suite des traitements initiés par les Drs X. \_\_\_\_\_, V. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_, confirmer ou infirmer le diagnostic de spondylarthrite ankylosante et ainsi évaluer sa capacité de travail dans ce contexte et, d'autre part, en vue de se prononcer sur la problématique de la fibromyalgie à l'aune de la jurisprudence fédérale contenue à l'ATF 141 V 281. Dès lors que ces questions n'ont jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre, conformément à l'art. 44 LPGA, une expertise rhumatologique et psychiatrique. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé,

qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**c)** La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 30 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H.\_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour H. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :