

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mars 2017

Composition : Mme Brélaz Braillard, présidente
MM. Neu, juge, et Bonard, assesseur,
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Didier Elsig, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 44 LPG.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1958, gestionnaire de dossiers et de paiements auprès de la société U._____, a déposé une demande de prestations AI [assurance-invalidité] le 19 mars 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

A l'appui de cette demande, l'assurée invoquait une maladie existant depuis le 11 septembre 2013, précisant ceci : « quasiment impossible d'utiliser la main droite normalement car trop douloureux et partiellement insensible (droitière) ».

B. Dans un rapport du 24 novembre 2011, le Dr O._____, spécialiste en rhumatologie, a exclu la présence d'une spondylarthropathie et posé le diagnostic de maladie hyperostosante type DISH ou maladie de Forestier.

Le 3 juillet 2013, l'assurée a subi une arthroscopie diagnostique de l'épaule gauche, une ténotomie arthroscopique du biceps et une reconstruction de la coiffe des rotateurs.

Dans un rapport du 14 janvier 2014 adressé à la Z._____, assureur perte de gain maladie de l'employeur, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de spondarthrite séro-négative avec atteinte poly-articulaire. Ce médecin expliquait que l'assurée avait été opérée le 11 septembre 2013 d'une plastie du pouce droit pour rhizarthrose, qui avait dû être reprise pour une neurolyse le 11 janvier 2014. Il indiquait que l'état de l'appareil locomoteur se détériorait petit à petit à petit du fait de la maladie de base. Selon lui, la capacité de travail de l'assurée était de 0 % en raison de l'opération du 11 janvier 2014. A partir du 1^{er} avril 2014, la capacité de travail de l'assurée était de 100 %.

Dans un rapport du 7 février 2014, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, a constaté ce qui suit : « il s'agit d'une axonotmèse sévère, mais il n'y a pas de neurotmèse. Afin d'apprécier si une reconstruction nerveuse mérite d'être tentée, je proposerais d'adresser la patiente auprès de la Doctoresse M._____ à la [...]».

Dans un rapport du 2 avril 2014, la Dresse M._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, a constaté la présence de troubles sensitifs douloureux. Malgré les douleurs dans le territoire du nerf radial, l'assurée utilisait sa main dans sa gestuelle et il n'y avait pas d'épargne.

Une scintigraphie osseuse a été réalisée le 7 mai 2014. Dans son rapport du même jour, la Dresse N._____, spécialiste en médecine nucléaire et en radiologie, a notamment indiqué que cet examen permettait de mettre en évidence une hyperfixation en phase précoce sur tous les os du carpe à droite confirmée en phase tardive et donc compatible avec des signes inflammatoires (arthrite). Elle constatait aussi une hyperfixation sur toutes les petites articulations des deux mains et des troubles dégénératifs marqués sur les deux épaules. Elle ne pouvait exclure définitivement une maladie de Sudeck.

Par projet du 11 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande, au motif que depuis le 1^{er} avril 2014, une pleine capacité de travail était exigible dans son activité habituelle.

Par courrier du 20 juin 2014 à l'OAI, l'assurée a maintenu sa demande de prestations. Elle indiquait que si la partie chirurgicale du Dr R._____ était bien terminée, l'intervention avait contribué à l'évolution d'un Sudeck dans la main droite et un début de cette affection dans la main gauche. Les symptômes d'arthrose et de « morbus Bechterew » s'étaient aggravés dans la nuque, le dos, le bassin et les genoux.

Par courrier du 25 juin 2014, le Dr O._____ a rappelé qu'il avait finalement posé, entre autres, le diagnostic de spondylarthropathie

axiale et périphérique inflammatoire sur la base de multiples examens, dont deux scintigraphies en 2012 et 2014. Ce médecin mentionnait une aggravation progressive de l'état de santé de l'assurée, précisant qu'elle était « invalidée par une limitation fonctionnelle aux ports de charges, à la préhension, à l'écriture et [qu'elle ne pouvait] pas travailler plus de 3 ou 4 heures en position assise en raison de [son] atteinte plurifactorielle du dos ». Pour le Dr O._____, il existait une incapacité de travail strictement rhumatologique de 50 % dans une activité parfaitement adaptée à son handicap.

Dans un rapport du 13 novembre 2014 adressé à l'OAI, le Dr O._____ a indiqué que l'intervention de 2013 du Dr R._____ s'était soldée par une algodystrophie du membre supérieur droit, actuellement encore symptomatique. Il expliquait que sa patiente était hautement invalidée par ses douleurs du poignet. Les douleurs touchaient les deux mains et poignets et allaient en s'aggravant malgré le traitement. Le Dr O._____ précisait que la date de l'aggravation coïncidait avec la date de l'opération du mois de septembre 2013 effectuée par le Dr R._____, bien que ce dernier ait attesté d'une reprise du travail à 100 %. Pour le Dr O._____, la situation était loin d'être favorable et il estimait que son confrère n'avait peut-être pas évalué à sa pleine valeur les capacités fonctionnelles de la patiente. Selon le Dr O._____, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 60 % environ, moyennant des efforts et une certaine quantité de douleur.

Interpellé par l'OAI, le Dr R._____ a estimé le 13 mars 2015 que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était de 100 % depuis le 30 octobre 2014, tout en précisant que l'évolution de l'état de santé était défavorable. Il attestait d'un arrêt de travail de trois semaines depuis le 31 janvier 2014 et du 8 au 29 octobre 2014.

Dans un rapport du 27 mars 2015, le Dr O._____ a fait état d'une situation globalement péjorée, avec l'apparition de douleurs neuropathiques gênantes et invalidantes, précisant que l'assurée ne pouvait plus travailler à son ordinateur plus d'une à deux heures par jour

au grand maximum. Ses déplacements étaient rendus difficiles en raison de douleurs des pieds et tous les mouvements de préhension étaient limités. Pour lui, la capacité dans l'activité habituelle était nulle depuis septembre-octobre 2013 et la capacité de travail dans une activité adaptée était de 20 à 30 % depuis janvier-février 2014.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé le 20 juillet 2015 auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 14 août 2015, le Dr Y._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, a considéré qu'il n'y avait aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient un status post opération d'une rhizarthrose droite, un status post réparation de la coiffe des rotateurs gauche, une rachialgie chronique dans le contexte de troubles dégénératifs du rachis et de la maladie de Forestier et une gonarthrose des compartiments internes. Dans la partie « appréciation du cas », le Dr Y._____ écrivait notamment ce qui suit :

« Lors de l'entretien, l'assurée décrit l'activité réalisée chez U._____. Il s'agit d'une activité d'employée de bureau, physiquement légère, l'assurée devait s'occuper des locations d' [...] pour toute la Suisse.

Nous reprenons avec l'assurée l'évolution dans les suites des opérations réalisées au niveau de l'épaule gauche (3 7.2013), au niveau du pouce droit (11.9.2013 ; 9.1.2014). L'assurée se décrit satisfaite au niveau de l'épaule, elle n'a plus de douleur, elle a récupéré la mobilité. L'assurée se décrit particulièrement gênée au niveau des mains. Par rapport à son pouce droit, l'assurée dit qu'elle ne peut rien faire, que son pouce est mort, qu'elle ne peut travailler que 10 minutes sur l'ordinateur. Il existe des incohérences à l'anamnèse, plus tard l'assurée annonce qu'elle a récupéré une pince pouce-index à droite, qu'elle n'a plus de douleur à la base du pouce, que la désensibilisation réalisée en ergothérapie a un effet favorable au niveau du pouce droit. Elle garde des douleurs du poignet droit si elle fait une activité légèrement contraignante comme couper du pain.

L'assurée a une raideur au niveau des doigts le matin, elle doit faire des postures. Le dérouillage prend généralement le temps de faire le petit déjeuner ; il n'y a pas de réveil nocturne. Les douleurs sont d'allure mécanique.

Au niveau du rachis, l'assurée décrit des dorsolombalgies présentes depuis 2011, d'allure mécanique.

L'anamnèse n'est pas spécifique d'une spondylarthrite ankylosante.

Au niveau neurologique, l'assurée a une hypersensibilité de la face dorsale du pouce droit, une diminution de la sensibilité de la pulpe du pouce droit ; à gauche, l'assurée ne peut pas toucher les choses, elle n'a pas de déficit sensitif ou moteur aux membres inférieurs.

L'assurée se décrit très limitée dans son ménage, elle peut passer la poussière une fois par mois, passer l'aspirateur dans le salon, elle fait le repassage très lentement ; elle fait les repas tranquillement.

L'assurée prend un traitement rhumatologique de fond sous forme d'Enbrel® 50mg/sem. L'assurée prend du Tramal® 1 à 2 fois par mois sauf lorsqu'elle a des poussées douloureuses ; lors de poussée douloureuse l'assurée présente des douleurs au repos, pour une durée de 7 à 10 jour, elle prend alors un comprimé d'anti-inflammatoire/ jour.

L'examen clinique montre une femme de 57 ans, avec un état général que nous qualifions de moyen, ceci au vu d'un déconditionnement physique, d'une obésité de classe I. Le déconditionnement physique est présent de longue date, il est décrit dans la consultation du Dr O. _____ du 24.11.2011. L'examen de médecine interne est sp.

Au niveau thymique, l'assurée est anxieuse, avec une diminution de son élan, peu de modulation de sa thymie, le tout parlant pour des troubles thymiques d'ordre anxiodépressif. L'assurée annonce peu sortir de son domicile, se culpabilise de pas travailler. Elle parle de ses problèmes avec son médecin traitant.

L'examen neurologique montre une augmentation de la sensibilité sur le dos du pouce droit, dans le territoire sensitif du nerf radial. Elle n'a pas de déficit de type radiculaire, l'assurée n'a pas de polyneuropathie.

L'examen des épaules montre une trophicité conservée, l'assurée récupère une mobilité complète, indolore à gauche (côté opéré) en flexion et abduction ; la mobilisation est douloureuse en fin de course à droite, avec des signes pour une tendinopathie du supra-épineux. Il n'y a pas de conflit sous-acromial. La rotation externe est complète excluant une capsulite.

Au niveau des mains, il existe une légère tuméfaction de l'interphalangienne proximale de D3 à droite, pas de tuméfaction sur les autres articulations, il n'y a pas de synovite ; l'enroulement de D3 droit est légèrement diminué à 1 cm. L'assurée est capable d'amener son pouce droit en regard du 4^{ème} doigt (Kapandji 5/10), elle ressent une douleur de l'avant-bras. Il existe des auto-limitations au test de la force de préhension, l'assuré exerçant une force nulle à droite et de 1 kg à gauche (dynamomètre Jamar). Fonctionnellement l'assurée utilise normalement ses mains lorsqu'elle se déshabille, elle écrit la procuration sans difficulté de la main droite ; lorsqu'elle prend son classeur de la main gauche, l'assurée le met sur la table puis elle secoue rapidement sa main gauche, dit ressentir des douleurs.

L'examen ci-dessus des membres supérieurs nous fait exclure une algoneurodystrophie. Les chirurgiens traitants n'ont par ailleurs par retenu le diagnostic annoncé par le Dr O._____.

La mobilité des genoux est limitée par le volume des tissus mou, l'assurée ressent en flexion une douleur antérieure à droite. Nous n'avons pas d'épanchement. L'assurée a des douleurs à la palpation sur le compartiment interne ddc. Madame B._____ marche normalement avec une légère boiterie gauche. L'assurée s'estime incapable de faire un accroupissement, même partiel.

L'assurée a été opérée d'un halux valgus à gauche, avec un axe qui est à présent normal, une arthrodèse de la métatarso-phalangienne, indolore à la palpation.

Au niveau du rachis, nous avons un léger trouble statique du rachis, avec une hypercyphose à la jonction cervico-dorsale et une antépulsion de la tête, un relâchement de la sangle abdominale, légère scoliose dorsale à convexité gauche. L'assurée n'a pas d'attitude antalgique.

Nous excluons un syndrome rachidien cervical, la mobilité est dans la limite des normes, la palpation est indolore, sans contracture.

L'assurée a une douleur élective en D1, où se situe une ancienne fracture de l'épineuse qui date selon l'assurée de 2000, apparue après un accident de ski. L'assurée a également une douleur élective en D3, sans contracture. Le reste du rachis dorsolombaire est indolore, sans contracture. La mise sous tension des articulations sacro-iliaques est indolore, excluant une sacro-iliite. La manœuvre de Lasègue est négative à la recherche d'une sciatalgie irritative. L'indice de Schober dorsal et lombaire est légèrement restreint (30-32 cm ; 10-13,5 cm), parlant contre une maladie de Bechterev évoluée, l'extension est complète.

Il n'y a pas de polyinsertionite associée.

L'examen clinique n'est pas évocateur d'une spondylarthrite ankylosante.

De façon inattendue, la lecture du dossier radiologique montre d'importants ponts ostéophytaires au niveau cervical et dorsal, visible en 2011. Les ponts ostéophytaires ont été retenus le 24.11.2011 comme témoins d'une maladie de Forestier ou maladie hyperostotante, par le Dr O._____ ; le Dr O._____ argumente en détail dans sa consultation pourquoi il exclut une spondylarthropathie. Les éléments à disposition (dossier, examens complémentaires, anamnèse, examen clinique) nous font également conclure au même diagnostic initial pour lequel avait conclu le Dr O._____ en novembre 2011. Bien que le Dr O._____ annonce ultérieurement, à partir du 17.10.2013, que l'assurée a une spondylarthropathie séronégative, nous n'avons pas d'éléments dans le dossier à disposition pour retenir de façon vraisemblable ce diagnostic : dans les examens complémentaires l'assurée n'a pas de syndrome inflammatoire, le dosage de l'anti-HLA B27 est négatif ; il n' a jamais été mis en évidence de sacro-iliite que ce soit clinique ou sur une IRM ; l'assurée n'a pas eu

d'arthrite des grosses articulations périphériques ; plus récemment, une scintigraphie a été réalisée le 07.05.2014, ne montrant pas d'hyperactivité au niveau du squelette axial ni au niveau des sacro-iliaques. Les investigations radiologiques montrent une discopathie modérée en C5-C6, sans signe de compression radiculaire, une composante de canal lombaire étroit en L4-L5 sur troubles dégénératifs postérieurs modérés.

Les dernières investigations à disposition au niveau des genoux datant de juillet 2011 montrent une gonarthrose bilatérale modérée, c'est ce qu'évoque toujours l'examen clinique.

L'examen radiologique pré-opératoire au niveau du pouce droit montre une rhizarthrose modérée. Nous n'avons pas de cliché post-opératoire. On rappellera que le Dr R._____ a retenu une incapacité de travail limitée dans le temps en relation avec l'opération de rhizarthrose.

L'IRM de l'épaule gauche effectuée en pré-opératoire montre une atteinte importante du supra-épineux avec une déchirure subtotale, une déchirure partielle du sub-scapulaire. L'évolution est favorable après l'intervention réalisée par le Dr R._____. Il n'y a plus de limitations fonctionnelles à ce niveau.

En conclusion, l'état de santé de l'assurée justifie des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis cervical, du rachis dorsolombaire, du pouce droit, des genoux, en adéquation avec la dernière activité réalisée d'employée de bureau. »

Le Dr Y._____ constatait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 16 mars 2013. A partir du 1^{er} avril 2014, il considérait que la capacité de travail exigible, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, était de 100 %. Une incapacité de travail totale limitée dans le temps était reconnue du 8 au 29 octobre 2014 en relation avec l'intervention orthopédique sur les poulies des fléchisseurs. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit :

« Rachis : pas de mouvements répétés en flexion/extension du tronc, pas de rotations rapides de la nuque, pas de travail prolongé les bras au-dessus de la tête, pas de travail la tête en extension prolongée, pas de port de charge répété au-delà de 5 kilos (charges très légères). Pas de position assise prolongée au-delà d'une heure, debout au-delà de 20 minutes.

Genoux : pas de travail accroupi, à genou, pas de montée ni de descente répétées d'escaliers, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre. Position statiques, cf ci-dessus. »

Le Dr Y._____ précisait en outre que son expertise rhumatologique ne se prononçait pas sur les douleurs neurogènes de la main droite présentées par l'assurée, lesquelles sortaient du complexe

ostéo-articulaire. Il proposait que le Dr X._____, neurologue traitant, donne son avis à l'OAI, plus précisément pour déterminer s'il existait une atteinte neurologique incapacitante ou des limitations fonctionnelles durables.

Par avis médical du 28 août 2015, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 3 septembre 2015, annulant et remplaçant celui du 11 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande. Il retenait que depuis le 16 mars 2013, la capacité de travail de l'intéressée était considérablement restreinte et que son incapacité de travail était toujours entière dans toute activité à la fin du délai d'attente d'une année, soit le 15 mars 2014. La capacité de travail était à nouveau entière dans toute activité adaptée à son état de santé depuis le 1^{er} avril 2014. L'OAI reconnaissait donc un degré d'invalidité de 100 % du 1^{er} mars 2014 au 30 juin 2014. Toutefois, en raison du dépôt tardif de la demande, le droit à la rente n'était pas ouvert.

Par courrier du 21 septembre 2015, l'assurée a fait part de son désaccord à l'OAI.

Par courrier du 2 octobre 2015, Me Elsig, conseil de l'assurée, a contesté le projet de décision du 3 septembre 2015, invoquant que celui-ci ne se fondait que sur le rapport du Dr Y._____ du 14 août 2015 et reprochant à l'OAI de ne pas avoir requis le rapport du Dr X._____, neurologue traitant, s'agissant des atteintes neurologiques incapacitantes de la main droite, comme le Dr Y._____ l'invitait d'ailleurs à le faire. En outre, il mentionnait que l'avis du Dr P._____, médecin traitant de l'assurée, n'avait pas non plus été requis.

Le 26 octobre 2015, Me Elsig a précisé ses objections à l'encontre du projet de décision du 3 septembre 2015. Il reprochait notamment à l'OAI d'avoir mené une instruction insuffisante et considérait que le rapport du Dr Y._____ était incomplet. Il ajoutait que dans la

mesure où ce dernier n'avait traité que l'aspect rhumatologique de la situation médicale, l'instruction devait être complétée par l'avis de spécialistes concernant la problématique neurologique et orthopédique de l'assurée. Me Elsig produisait en outre un courrier du 22 octobre 2015 du Dr O._____, qui concluait ce qui suit :

« En conclusion je maintiens mon diagnostic de spondylarthropathie séronégative axiale et périphérique, associée certes à une hyperostose vertébrale et un status poly-arthrosique au vu des éléments précités. Pour plus de clarté, je les répète : scintigraphie positive à 2 reprises, antécédents d'uvéites à répétition, psoriasis cutané, dactylites et poussées d'arthrite périphérique occasionnelle, status après état inflammatoire biologique.

Si l'on s'en réfère aux critères ASAS pour les spondylarthropathies axiales et/ou périphériques, les critères sont remplis. Je maintiens donc mon diagnostic de pathologie rhumatismale inflammatoire (associée à un status dégénératif important). Cette présente évaluation est uniquement basée sur le volet rhumatologique (inflammatoire et dégénératif), il est bien sûr de première importance de prendre également en considération les limitations liées au problème neurologique et orthopédique, la sommation de toutes ces affections réalisant bien évidemment un tableau invalidant.

[...] »

Dans un avis du 24 novembre 2015, le SMR, sous la plume des Drs E._____, médecin praticien, et V._____, spécialiste en anesthésiologie, ont maintenu leur position. S'agissant du volet neurologique, ils considéraient que le Dr O._____ avait adressé sa patiente à un neurologue, lequel avait effectué un ENMG [électroneuromyogramme] qui s'était révélé normal et avait ainsi éliminé une neuropathie ou une myélopathie. Ils rappelaient que selon la Dresse M._____ de la [...], l'assurée utilisait sa main malgré les douleurs et qu'il n'y avait pas d'épargne, et que le Dr Y._____ attestait d'un status tout à fait satisfaisant de la fonction de la main et du pouce droit, hormis l'hypoesthésie côté radial.

Par décision du 27 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, pour les motifs évoqués dans son projet de décision du 3 septembre 2015. Dans la motivation envoyée le même jour au conseil de l'assurée, l'OAI a réitéré les arguments du SMR figurant dans l'avis du 24

novembre 2015. Il ajoutait que l'examen clinique du SMR du 20 juillet 2015 se basait sur des examens complets, qu'il prenait en compte les plaintes exprimées et décrivait clairement le contexte médical. Pour l'OAI, les conclusions du SMR étaient claires, exemptes de contradictions et dument motivées, de sorte qu'une pleine valeur probante devait lui être reconnue.

C. Par acte du 11 janvier 2016, B._____ a interjeté recours à l'encontre de cette décision, concluant à l'annulation de celle-ci et à ce qu'elle bénéficie d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2014. Subsidiairement, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en vue de déterminer son incapacité de travail et son taux d'invalidité. En substance, la recourante réitère les arguments développés à l'appui de ses objections contre le projet de décision de l'OAI. Elle ajoute que la dernière arthrographie du 11 décembre 2015 fait état d'une déchirure des tendons des sus-épineux et sous-scapulaire, de même qu'une capsulite et une synovite associées. Se fondant sur les rapports médicaux du Dr O._____ des 27 mars et 13 novembre 2015, la recourante est d'avis qu'elle présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle et que l'incapacité dans une activité adaptée est de 70 à 80 %, raison pour laquelle elle est en droit de prétendre à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2014. La recourante produit également un lot de pièces réunies sous bordereau, dont les documents suivants :

- un rapport de scintigraphie osseuse du 27 avril 2012 du DrN._____, dont la conclusion est la suivante :

« Pas d'image évocatrice de métastase osseuse. Cet examen démontre une hyperfixation sur les grosses articulations, notamment sur le genou gauche, déjà présente en phase précoce traduisant une pathologie inflammatoire actuelle. Il démontre également une hétérogénéité de captation de l'ensemble du rachis prédominant sur le dorsal et une hyperfixation sur les articulations sacro-iliaques : l'aspect est donc compatible avec une spondylarthrite versus une sacro-iliite bilatérale. Il existe également des hyperfixations sur les petites articulations des deux mains, complétant le tableau d'une pathologie rhumatologique inflammatoire avec suspicion de PR. »

- un rapport du 7 juin 2012 du Dr O. _____ dans lequel il explique qu'au vu de la scintigraphie réalisée par la Dresse N. _____, il y a beaucoup d'arguments pour une spondylarthropathie inflammatoire. Dans la partie « Discussion » de son rapport, le Dr O. _____ écrivait ce qui suit :

« Présentation on ne peut plus atypique d'une spondylarthropathie. Effectivement, dans mon rapport je décrivais des lésions radiologiques non évocatrices d'une spondylarthropathie, une clinique non plus, (dorsalgies sans anamnèse récente de lombosacrales ou sciatalgies à bascule) avec mérite un CT-scan des sacra-iliaques n'évoquant pas d'atteinte inflammatoire...

Actuellement, en raison d'une association des uvéites bilatérales, une anamnèse de probable psoriasis il y a quelques années, le tout associé à une scintigraphie hyperfixante et un syndrome inflammatoire biologique, le diagnostic d'une spondylarthropathie séronégative est posé.

[...] »

- un rapport d'arthrographie de l'épaule droite du 11 décembre 2015 faisant état d'une déchirure des tendons des sus-épineux et sous-scapulaires à prédominance interstitielle, ainsi que d'une capsulite et d'une synovite associée.

Dans sa réponse du 23 février 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'intimé réitère en substance les arguments développés dans la motivation de sa décision. Il considère que la mise en œuvre d'une expertise n'est pas justifiée, précisant que si le spécialiste rhumatologue avait décelé une anomalie susceptible d'avoir une influence sur les capacités de l'assurée, qui ne soit pas de sa compétence, il l'aurait relevé et l'OAI se serait chargé d'instruire les points lacunaires. S'agissant du rapport du 11 décembre 2015, l'OAI se rallie à l'opinion du SMR du 16 février 2016 qu'il produit au dossier et selon laquelle le résultat de l'arthrographie de cette épaule réalisée après la décision montre une atteinte dégénérative de la coiffe pouvant déjà exister à la date de

l'examen, mais sans conséquence fonctionnelle importante. Pour le SMR, ce rapport ne remet pas en cause les résultats de l'examen du 20 juillet 2015 « puisque le status des épaules était dans la norme à ce moment-là et l'arthrographie a été réalisée après [la] décision ».

Dans sa réplique du 11 avril 2016, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle explique notamment que malgré un traitement de fond, elle souffre de douleurs ischiatiques, de douleurs des genoux, des épaules, de la nuque, de maux de tête ainsi que de séquelles douloureuses d'un pied récemment opéré. Elle considère que la situation se détériore sur le plan rhumatologique et ne voit pas comment elle serait en mesure d'exercer à nouveau une activité de gestionnaire de dossier. La recourante reproche aussi à l'OAI de ne pas avoir instruit le volet psychique et d'avoir omis de requérir l'avis du Dr P._____. Elle estime que son état de santé continue de se dégrader, de sorte qu'il ne peut être considéré comme stabilisé et que l'exercice de n'importe quelle activité est illusoire.

L'OAI a confirmé sa position dans sa réplique du 17 mai 2016.

Le 2 juin 2016, la recourante a produit une IRM des mains du 12 mai 2016 indiquant notamment une très importante rhizarthrose, un trouble dégénératif et une ténosynovite des fléchisseurs du troisième rayon à gauche. Du côté droit, il existait des troubles dégénératifs plus marqués qu'à gauche, une arthrose sévère, et une ébauche de ténosynovite du fléchisseur du troisième rayon, nettement moins marquée.

Le 30 juin 2016, la recourante a produit deux nouvelles pièces au dossier. Il s'agit du protocole opératoire établi par le Dr R._____ concernant une « cure de doigts à ressort 2 et 3 de la main gauche, arthrodèse IPP du 2^{ème} orteil droit avec transfert tendineux et capsulotomie dorsale métarso-phalangienne » réalisée le 1^{er} juin 2016, et un rapport d'IRM du 15 juin 2016 de la Dresse K._____, spécialiste en radiologie. Dans ce second document, la Dresse K._____ a constaté,

depuis le précédent examen IRM du 27 octobre 2009, une progression de la gonarthrose tri-compartmentale, l'apparition d'une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne s'étendant antérieurement dans le corps, d'un épanchement intra-articulaire et d'un kyste synovial de Baker.

Le 26 juillet 2016, l'OAI s'est déterminé sur les pièces produites par la recourante, se fondant sur les avis du SMR du 28 juin 2016 et du 17 juillet 2016 signés par le Dr E._____. Dans le premier avis, portant sur l'IRM des mains du 12 mai 2016, le SMR considère que celle-ci montre des signes de lésions dégénératives sans préjuger de la fonction des articulations. Il estime que cette IRM ne remet pas en question la position de l'OAI. Dans le second avis, le SMR soutient que l'IRM du genou droit du 15 juin 2016 et le protocole opératoire du 1^{er} juin 2016 ne permettent pas de modifier sa position. L'OAI confirme ainsi ses conclusions.

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 (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA -VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

b) En l'espèce, le recours du 11 janvier 2016 a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le présent litige porte sur le refus de l'OAI d'accorder une rente d'invalidité à la recourante.

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

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- 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 (let. a) ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – 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 réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante

pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit.; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

b) 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). 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). 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 I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

6. En l'espèce, l'OAI fonde sa décision sur l'avis du rhumatologue du SMR, le Dr Y._____, selon lequel la recourante ne présente aucun diagnostic incapacitant et que sa capacité de travail est entière dans toute activité adaptée à son état de santé depuis le 1^{er} avril 2014. B._____ lui oppose l'appréciation de son rhumatologue traitant, le Dr O._____, qui retient un diagnostic de spondylarthropathie séro-négative axiale et périphérique inflammatoire, et qui soutient que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et qu'elle est de 20 à 30 % dans une activité adaptée.

a) A titre liminaire, il convient de rappeler que selon la jurisprudence, il découle du principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), que l'assuré a le droit de mettre en doute avec ses propres moyens de preuve la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par un médecin interne à l'assurance. Le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure. Le juge doit alors examiner si ceux-ci mettent en doute, même de façon minime, la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance. Poser des exigences trop élevées à la possibilité pour l'assuré de soulever de tels doutes au moyen des rapports de ses médecins traitants porterait atteinte à l'égalité des armes et donc à l'art. 6 § 1 CEDH. Dès lors, lorsque la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance est mise en doute par le biais d'un rapport concluant du médecin traitant, il ne suffit pas de se référer en bloc au mandat thérapeutique qui lie celui-ci à son patient pour écarter les doutes en question. De même, le juge ne peut se contenter de retenir de manière globale que le rapport du médecin traitant ne remplit pas, ou seulement partiellement, les exigences d'une expertise au sens de

l'ATF 125 V 351 consid. 3a, sans examiner concrètement sa valeur probante. Pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur, le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 et réf. cit. ; TF 9C_142/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.1 et réf. cit.).

b) En l'occurrence, le Dr O. _____ conteste la position du Dr Y. _____, en expliquant de manière circonstanciée pour quelles raisons il retient un diagnostic de spondylarthropathie séro-négative axiale et périphérique inflammatoire. Il mentionne en particulier la présence de scintigraphies positives à deux reprises, des antécédents d'uvéite à répétition, du psoriasis cutané, des dactylites et des poussées d'arthrite périphérique occasionnelle et un status après état inflammatoire biologique (cf. rapports du 7 juin 2012 et du 22 octobre 2015). Cette appréciation est corroborée par le Dr R. _____, qui pose le diagnostic de spondarthrite séro-négative avec atteinte polyarticulaire (cf. rapport du 14 janvier 2014). Elle va également dans le sens des constatations de la Dresse N. _____, qui, en 2012, observe la présence d'une pathologie inflammatoire et indique que « l'aspect est donc compatible avec une spondylarthrite versus une sacro-iliite bilatérale » (cf. rapport du 27 avril 2012). L'absence de sacro-iliite évoquée par le Dr Y. _____ est donc contredite par les constatations de la Dresse N. _____. Certes, le Dr O. _____ relève qu'il n'y a effectivement presque plus de syndrome inflammatoire ces dernières années, mais il rappelle que la requérante est sous traitement biologique puissant depuis juin 2012 et qu'il y avait précédemment une augmentation des paramètres inflammatoires. Il apporte ainsi une explication plausible à la diminution du syndrome

inflammatoire, étant précisé que celui-ci n'a pas totalement disparu, conformément à ce qui ressort de la scintigraphie osseuse réalisée le 7 mai 2014 par la Dresse N._____. Enfin, le Dr O._____ indique que la rhumatologie inflammatoire est un domaine complexe et que ce ne serait pas la première fois qu'un diagnostic d'hyperostose vertébrale (maladie de Forestier) serait confondu ou associé à une spondylarthropathie inflammatoire (cf. rapport du 22 octobre 2015).

c) Le rhumatologue du SMR et celui de la recourante ne partagent pas non plus la même opinion s'agissant de la capacité de travail de B._____. Pour le Dr Y._____, qui se fonde sur l'appréciation du Dr R._____, elle est de 100 % dans toute activité adaptée depuis le 1^{er} avril 2014 (cf. rapport du 14 août 2015 p. 10). Or d'une part, il est vraisemblable que le Dr R._____ a attesté d'une capacité de travail totale uniquement sous l'angle orthopédique. D'autre part, les rapports de ce médecin sont tellement succincts qu'on ignore pour quelles raisons il a établi une telle capacité de travail. Quant au Dr O._____, il soutient dans un premier temps que la capacité de sa patiente est de 50 % dans une activité adaptée à son handicap, puis de 60 % dans l'activité habituelle, moyennant des efforts et une certaine quantité de douleur. Suite à une péjoration de la situation globale de l'intéressée, le Dr O._____ estime que dite capacité est nulle dans l'activité habituelle et qu'elle est de 20 à 30 % dans une activité adaptée. Il explique à cet égard que des douleurs neuropathiques gênantes et invalidantes sont apparues, que sa patiente ne peut plus travailler à l'ordinateur plus d'une à deux heures par jour, que ses déplacements sont rendus difficiles en raison de douleurs des pieds et que tous les mouvements de préhension sont limités (cf. rapport du 27 mars 2015).

d) Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que les constatations pertinentes et bien étayées du Dr O._____ mettent en doute la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par le rhumatologue du SMR. En l'état, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher la présente cause définitivement sur la base de l'un ou l'autre de ces rapports médicaux. Il existe en effet des doutes quant à

l'affection dont souffre la recourante ainsi que sur la capacité de travail de l'intéressée. Pour les lever, il appartiendra donc à l'OAI de mettre en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA (cf. supra consid. 6a).

7. a) De surcroît, on relèvera que l'expertise du Dr Y. _____ porte uniquement sur le volet rhumatologique du cas. Ce médecin précise en effet dans son rapport du 14 août 2015 qu'il ne se prononce pas sur les douleurs neurogènes de la main droite présentées par l'assurée, lesquelles sortent du complexe ostéo-articulaire. Il propose dès lors d'interpeller le Dr X. _____, neurologue traitant, afin que ce dernier détermine s'il existe une atteinte neurologique incapacitante ou des limitations fonctionnelles durables. Dans son rapport du 22 octobre 2015, le Dr O. _____ estime quant à lui qu'il est de première importance de prendre également en considération les limitations liées aux problèmes neurologiques et orthopédiques.

b) Or l'intimé n'a pas procédé à de telles investigations, considérant que la recourante présentait un ENMG normal et que selon la Dresse M. _____, elle utilisait sa main et qu'il n'y avait pas d'épargne. Cependant, le rapport du Dr X. _____ auquel semble faire référence l'OAI est succinct et il ne se prononce ni sur les éventuelles limitations fonctionnelles de la recourante, ni sur sa capacité de travail (cf. rapport du 7 février 2014). De même, dans son rapport du 27 mars 2015, le Dr O. _____ se contente uniquement d'indiquer qu'il a adressé B. _____ à son neurologue et que ce dernier ne retient pas de polyneuropathie à l'électroneuromyogramme. Ces considérations ne sauraient dès lors être suffisantes au regard du devoir d'instruction de l'OAI, étant précisé par ailleurs s'agissant de la Dresse M. _____ que celle-ci n'est ni neurologue ni orthopédiste. De même, on ne peut suivre l'intimé lorsqu'il affirme que si le Dr Y. _____ avait décelé une anomalie susceptible d'avoir une influence sur les capacités de l'assurée, qui ne soit pas dans sa compétence, il l'aurait relevé et l'OAI se serait chargé de l'instruire. En effet, d'une part, l'examen du Dr Y. _____ porte exclusivement sur le volet rhumatologique. Il n'avait donc pas à se prononcer sur les autres aspects médicaux, en particulier sur les douleurs neurogènes de la main

droite présentées par l'assurée. D'autre part, c'est justement pour cette raison que le Dr Y._____ a suggéré d'interpeller le neurologue de la recourante, le Dr X._____, afin que ce dernier détermine s'il existe une atteinte neurologique incapacitante ou des limitations fonctionnelles durables.

c) Au vu de ce qui précède, il s'avère que la cause n'a pas été suffisamment instruite sur le plan neurologique et orthopédique. Il appartiendra dès lors à l'OAI de compléter l'instruction sur ces points, en requérant les informations nécessaires, notamment auprès du Dr X._____, neurologue de la recourante, et en mettant en œuvre, si nécessaire, une expertise.

Le recours est par conséquent bien fondé.

8. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce, dans la mesure où les volets neurologique et orthopédique du cas n'ont pas fait l'objet d'une instruction suffisante.

Au vu des considérations qui précèdent, le recours sera donc admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants.

9. a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} 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.

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 27 novembre 2015 est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Les frais d'arrêt, par 400 fr. (quatre cent 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 B._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Didier Elsig (pour B. _____),
- 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 :