

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> décembre 2016

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
M. Neu et Mme Berberat, juges  
Greffier : M. Grob

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 44 LPGA ; 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1983, ressortissante kosovare au bénéfice d'un permis C, a déposé une demande de prestations le 25 juillet 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant comme atteinte à la santé d'importantes douleurs abdominales et dorsales présentes depuis juin 2013.

Dans un rapport du 12 août 2014 à l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique qui traitait l'assurée de manière ambulatoire depuis juillet 2013, a diagnostiqué chez sa patiente, avec effet sur sa capacité de travail, des douleurs abdominales surtout pariétales récidivantes post césarienne existant depuis octobre 2013. Il a exposé que les douleurs étaient exacerbées lors des mouvements, que l'activité habituelle d'assistante en pharmacie n'était plus exigible et que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Il a émis un pronostic incertain.

Selon un questionnaire « détermination du statut (part active/part ménagère) » complété le 27 août 2014, l'assurée a indiqué que sans atteinte à sa santé, son taux d'activité serait de 100% depuis le 1<sup>er</sup> juin 2013 et qu'elle exerçait la profession d'assistante en pharmacie par nécessité financière.

Dans un document daté du 23 octobre 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a exposé qu'une mesure de suivi avait été proposée à l'assurée, qui avait répondu que son état de santé ne lui permettait pas d'entreprendre une telle mesure. Par communication du même jour, l'OAI a dès lors signifié à l'intéressée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible.

Le 23 octobre 2014 également, l'assurée a complété un formulaire « Auto-assessment », indiquant notamment que ses douleurs abdominales s'aggravaient avec le temps depuis mai 2013, qu'elle ne faisait pas grand-chose durant la journée, étant limitée même pour les tâches ménagères, qu'elle recevait l'aide d'un centre médico-social depuis mai 2013 et que ses sœurs l'aidaient en outre pour le ménage, la garde des enfants et les courses depuis mai 2013. S'agissant de ses limitations, elle a relevé qu'elle ne pouvait être active qu'à raison de 2 heures par jour, qu'elle ne pouvait marcher ou rester assise que pendant 10 minutes, qu'elle ne pouvait pas soulever des charges supérieures à 5 kg, qu'elle ne pouvait rester concentrée qu'une heure, qu'elle pouvait faire du travail précis avec ses doigts mais avec des pauses et qu'elle ne pouvait pas faire le ménage chez elle.

Le 4 novembre 2014, le Dr K. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées par l'OAI :

« 1. [Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?]

Douleurs abdominales chroniques.

2. [Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?]

Nihil

3. [Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?]

A 100% du 20.10.2009 au 27.10.09  
A 100% du 28.10.09 au 5.11.09  
A 50% du 01.12.09 au 18.12.09  
A 100% du 22.12.09 au 22.01.10  
A 100% du 23.01.10 au 05.02.10  
A 50% du 06.02.10 à durée indéterminée  
A 20% du 6.03.10 au 1.04.10  
A 20% du 02.04.10 au 03.05.10  
À 50 % 21.4.10 au 3.05.10  
À 50% du 04.05.10 au 16.05.10  
À 100% du 17.05.10 au 18.05.10

4. [Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?]

Pas d'autres activités qui puissent soulager les douleurs.

5. [Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?]

Pas de limitation précise et douleurs constantes.

6. [Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?]

C.f. 3

7. [Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?]

Traitements actuel[s] :

- A. Daflon
- B. Magnesium
- C. Dafalgan
- D. Irfen
- E. Spasmo-Canulase
- F. Physiothérapie ».

Interpellé par l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, a écrit le 2 février 2015 avoir vu l'assurée en consultation les 10 et 30 septembre 2014 en raison de douleurs abdominales d'origine mixte, en relation avec un syndrome de l'intestin irritable et un status adhérentiel, précisant que la symptomatologie digestive n'entraînait aucune incapacité de travailler. Il a par ailleurs transmis les documents suivants :

- un rapport qu'il a rédigé à l'attention du Dr K.\_\_\_\_\_ le 11 septembre 2014, aux termes duquel il a posé les diagnostics de syndrome de l'intestin irritable et de status adhérentiel et a exposé que son impression était que les douleurs abdominales de l'intéressée avaient une origine mixte, en relation avec le status adhérentiel et avec un intestin irritable, précisant que le bilan serait complété avec une échographie abdominale et des examens sanguins ;

- un rapport d'échographie abdominale pratiquée sur l'assurée le 15 septembre 2014 par le Dr [...], spécialiste en radiologie, qui a conclu à une ultrasonographie abdominale complète dans la norme.

L'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional (SMR). Dans un rapport du 20 avril 2015, le Dresse V.\_\_\_\_\_,

spécialiste en chirurgie au SMR, n'a retenu aucune atteinte principale à la santé et a indiqué comme facteurs/diagnostics non du ressort de l'AI un syndrome de l'intestin irritable et un status adhérentiel. Elle a conclu à une pleine capacité de travail de l'intéressée tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée et a motivé son avis en ces termes :

« Assurée de 31 ans, originaire du Kosovo, mariée, 2 enfants, CFC [certificat fédéral de capacité] d'assistante en pharmacie, ayant travaillé jusqu'au 31.08.2010, femme au foyer depuis le 01.09.2010. Dans son rapport médical du 12.08.2014, le Dr K.\_\_\_\_\_, gynécologue, retient le diagnostic incapacitant de douleurs abdominales surtout pariétales récidivantes post-césarienne depuis octobre 2013.

Deux interventions chirurgicales d'adhésiolyse ont été réalisées avec bénéfice temporaire.

Le spécialiste atteste des périodes d'IT [incapacité de travail] à taux variable[s] entre le 20.10.2009 et le 15.08.2010 (GED 04.11.2014). Pas d'IT depuis lors.

Il déclare que l'activité habituelle n'est plus exigible sans en donner une justification. Les limitations fonctionnelles ne sont pas décrites.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, gastroentérologue, dans son rapport médical du 11.09.2014 (GED 02.02.2015) retient un syndrome de l'intestin irritable et un status adhérentiel.

Le bilan sanguin et radiologique est dans la norme.

Aucune intervention n'est prévue.

Le spécialiste n'atteste aucune incapacité de travail liée à la symptomatologie digestive.

### **Discussion**

Les investigations réalisées par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste gastroentérologue, n'ont pas mis en évidence aucune (sic) atteinte à la santé à caractère durablement incapacitant au sens de l'AI.

### **Conclusion**

Par conséquent, nous retenons une capacité de travail entière dans toute activité depuis toujours. ».

Selon un projet de décision du 27 avril 2015, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de refuser de lui octroyer un reclassement professionnel et une rente d'invalidité, considérant sa capacité de travail comme totale conformément au rapport précité du SMR.

Le 21 mai 2015, l'assurée a formulé des objections à l'encontre du projet précité, soutenant que l'« invalidité » dont elle était victime l'empêchait de travailler et que ses douleurs étaient objectivables.

Par courrier du 26 mai 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit à l'OAI :

« J'ai été sollicité à plusieurs reprises par votre office au sujet de l'état de santé et de l'incapacité de travail de Madame N. \_\_\_\_\_, 1983.

Or je constate qu'il n'a été en aucune façon tenue (sic) compte de mes déclarations en ce qui concerne les douleurs récurrentes causées en bonne partie par un status adhérentiel récidivant (prouvé par trois interventions chirurgicales: trois laparoscopies avec adhésiolyse); la patiente a d'ailleurs été adressé[e] actuellement au Professeur Z. \_\_\_\_\_ au Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_.

Ce qui m'indigne, c'est le mépris que vous avez à la fois pour une patiente qui présente des douleurs extrêmement invalidantes et pour les médecins auprès du quelles (sic) vous sollicitez des rapports certifiant que les douleurs invalidantes sont incapacitantes pour un quelconque travail et ceci sans que le service médical aie vu la patiente ou qu'un second avis aie été sollicité.

Au mépris des certificats qui vous ont été adressé[s] vous décrêtez de façon unilatérale que la patiente ne présente pas d'atteinte incapacitante et que sa capacité de travail est donc totale dans toute activité ; sur quelle base un service médical peut-il bien contredire les certificats médicaux qu'il a sollicités? ».

Le 16 juin 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI les documents suivants :

- le protocole opératoire d'une laparoscopie exploratrice et d'une adhésiolyse pratiquées sur l'assurée le 26 novembre 2013 par ce praticien en raison de douleurs pelviennes post-césariennes ;
- le protocole opératoire d'une laparoscopie exploratrice et d'une adhésiolyse pratiquées sur l'assurée le 15 avril 2014 sous la supervision de ce praticien en raison de douleurs abdomino-pelviennes à divers endroits précis ;
- le protocole opératoire d'une laparoscopie exploratrice, d'un lavage péritonéal et d'une adhésiolyse pratiqués sur l'assurée le 6 janvier 2015 sous la supervision de ce praticien en raison de douleurs abdomino-pelviennes invalidantes chroniques, mentionnant comme diagnostics

secondaires des adhérences fines au niveau de la face antérieure de l'utérus en regard de la cicatrice de césarienne et une adhérence à mi-hauteur du colon ascendant.

Dans un rapport du 20 juillet 2015 à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique qui a examiné l'assurée le 2 juin 2015, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail de sa patiente, de douleurs abdomino-pelviennes en relation avec de possibles adhérences existant depuis fin 2013. Il a émis un pronostic incertain et a expliqué que du fait de sa connaissance très récente de l'intéressée, il n'était pas en mesure de se prononcer sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Il a en revanche indiqué que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, à un taux de 80% au moins.

Le 4 novembre 2015, ont été transmis à l'OAI un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) pelvienne de l'assurée du 9 juin 2015, concluant à un examen normal, sans argument pour une adénomyse ou pour un syndrome congestif veineux pelvien, ainsi qu'un rapport d'IRM hépatique du 7 juillet 2015, concluant à un examen de l'abdomen supérieur normal.

Dans un avis du 13 novembre 2015, la Dresse V.\_\_\_\_\_ du SMR a confirmé les conclusions de son rapport du 10 avril 2015 dès lors que les examens précités étaient normaux.

Par décision du 11 décembre 2015, confirmant intégralement son projet du 27 avril 2015, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assurée un reclassement et une rente.

Le 28 décembre 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_ a écrit en substance à l'OAI que chaque mouvement déclenchait chez l'assurée de vives douleurs abdomino-pelviennes et a suggéré la mise en œuvre d'une expertise médicale.

**B.** Par acte du 27 janvier 2016, N.\_\_\_\_\_, représentée par Procap Suisse, Service juridique, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a exposé que le Dr K.\_\_\_\_\_ considérait que les douleurs dont elle souffrait étaient dues aux adhésions qui se reformaient régulièrement et étaient invalidantes au point de l'empêcher de vivre et de travailler normalement, relevant que les Drs Z.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ n'avaient pas été très clairs dans leur prise de position au sujet de la capacité de travail et ne s'étaient pas prononcés sur la problématique douloureuse et de son influence sur sa capacité de travail. Elle a relevé que le SMR ne s'était également pas prononcé sur cette problématique, considérant que l'avis de ce service ne suffisait pas à écarter celui du Dr K.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il se justifiait de compléter l'instruction sur le plan médical.

Dans sa réponse du 15 avril 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 11 décembre 2015. Il a produit un rapport du 14 avril 2016 de la Dresse V.\_\_\_\_\_ du SMR, auquel il se ralliait, rédigé en ces termes :

« Par décision du 11.12.2015, l'octroi d'une rente et la mise en place d'un reclassement professionnel ont été refusés sur la base du Rapport d'examen SMR du 20.04.2015, confirmé par l'avis du 13.11.2015.

L'assurée fait recours contre cette décision en l'appui de son gynécologue, Dr K.\_\_\_\_\_, et de son représentant légal. Ils contestent la capacité de travail retenue et estiment qu'une expertise médicale devrait être mise en œuvre.

Le courrier du Dr K.\_\_\_\_\_ du 28.12.2015 a retenu toute notre attention ; nous aimerions préciser ce qui suit.

Contrairement à ce que le Dr K.\_\_\_\_\_ dit, le Dr G.\_\_\_\_\_ s'est positionné de façon très claire concernant la capacité de travail de l'assurée dans sa lettre du 02.02.2015 : il affirme que « *la symptomatologie digestive n'entraîne aucune incapacité de travailler* ».

La même remarque pour l'appréciation du Prof. Z.\_\_\_\_\_, médecin chef, Service de gynécologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_, qui, dans son rapport médical du 20.07.2015, atteste une capacité de travail d'au moins 80%.

Concernant l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_, dans le courrier du 23.10.2014, nous lui avons demandée de se prononcer sur les limitations fonctionnelles, élément clé pour déterminer la capacité de travail et

l'éventualité d'un reclassement. Dans son courrier du 04.11.2014, il nous répond (sic) qu'il n'y a « *pas de limitation précise* ». En plus, le traitement médicamenteux en cours n'est pas détaillé (pas de dosage ni de fréquence journalière). Nous pouvons déduire qu'il s'agit d'un traitement de stade I (daflagan et irfen) selon l'OMS [Organisation mondiale de la santé] : ceci peut nous donner un indice sur la faible entité des douleurs.

Nous aimerions aussi faire une brève réflexion concernant le problème des adhérences qui est au centre de notre contexte litigieux.

Dans le protocole d'opération du 26.11.2013 8GED 16.06.2015), nous avons retrouvé la description d'une seule adhérence (du grand épiploon à la paroi abdominale antérieure). Les organes pelviens (utérus, annexes) ne présentaient pas d'anomalies. Il n'y avait « pas d'adhérences dans les fossettes ovariennes ddc [des deux côtés] ».

Nous pouvons donc conclure qu'il n'y avait pas d'adhérences qui reliaient les organes du petit bassin et l'ensemble de l'intestin et qui auraient pu représenter le substrat organique des douleurs abdominales alléguées.

Lors de la 2<sup>ème</sup> opération d'adhésiolyse du 15.04.2014, l'opérateur mentionnait un « manchon adhérentiel en-dessous de l'uretère gauche et une adhérence caeco-parietale » qui ont été lysées. En occasion de la 3<sup>ème</sup> intervention du 06.01.2015, il était mis en évidence « quelques adhérences fines au niveau de la face antérieure de l'utérus et une adhérence à mi-hauteur du colon ascendant » A noter que les trompes et les ovaires étaient exempts d'adhérences. Ces adhérences ont été sectionnées sans complication opératoire.

La littérature médicale nous apprend que, selon les techniques utilisées, un nombre important de femmes développent des adhérences post-opératoires à la suite d'une ou plusieurs césariennes ou de quelque intervention sur l'abdomen. Le nombre d'adhérence augmente après plusieurs interventions chirurgicales et avec la manipulation des organes abdominaux : ceci est retenu une réaction naturelle, difficilement prévisible et contrôlable du péritoine, la fine membrane qui recouvre tous les organes abdominaux.

Nous pouvons expliquer de telle façon la raison pour laquelle -dans le cas d'espèce- Mme N. \_\_\_\_\_ a présenté une quantité croissante d'adhérences entre la 1<sup>ère</sup> et la 3<sup>ème</sup> intervention.

Nous aimerions aussi signaler que, en raison de cette augmentation du nombre d'adhérence après manipulation de l'intestin, il est indiqué d'intervenir chirurgicalement seulement dans des cas limités, par exemple, comme dans le cas d'une occlusion intestinal[e] par bride, c'est-à-dire quand une adhérence présente (sic) des caractéristiques de ténacité et épaisseur qui empêcheraient la normale fonctionnalité du tube intestinal et pourraient être responsables de complications vasculaires (infarctus intestinal, perforation).

De plus, à la fin de ces trois documents, il n'était pas retenu nécessaire de livrer des arrêts de travail. Le traitement post-opérateur, lors de la 3<sup>ème</sup> opération, était du daflagan et irfen en réserve ; en tout cas, le traitement antidouleur éta[i]t défini « peu important » (rapport médical du 12.08.2014) et « pris en fonction de la douleur » (Rapport médical du 20.07.2015) : nous pouvons

difficilement admettre qu'un traitement selon les règles de l'art ait été mis en place.

Concernant l'acte de recours du Me Lüthy du 12.02.2016, nous relevons une inexactitude manifeste quand elle dit (page3) que « *les autres spécialistes consultés n'ont pas donné de précisions au sujet de la capacité de travail de la recourante* ». Le courrier cité plus haut démontre le contraire.

Le Rapport d'examen SMR du 20.04.2015 contesté se fondait sur l'avis d'un spécialiste dont le rapport médical remplissait tous les critères nécessaires pour lui attribuer une valeur probante (celui du Dr G.\_\_\_\_\_). Les douleurs abdominales (*d'origine mixte, en relation avec un syndrome de l'intestin irritable et un status adhérentiel*) ont été prises en considération.

Le rapport médical du Dr K.\_\_\_\_\_ du 12.08.2014 et le courrier du 23.10.2014 n'étaient pas convaincantes (sic) en l'absence de la description détaillée du status clinique et des limitations fonctionnelles.

Le rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ daté 02.02.2015, dans lequel il affirmait que la symptomatologie digestive n'entraînait aucune IT, a été rédigé après les trois interventions chirurgicales dont Mme N.\_\_\_\_\_ a bénéficié : ceci démontre que le spécialiste a tiré ses conclusions après une analyse complète de l'anamnèse, des plaintes et du status clinique de notre assurée.

Sur la base de ces réflexions, nous pouvons retenir que les conclusions du rapport d'examen SMR du 20.04.2015 sont toujours valables. ».

Par réplique du 8 juin 2016, la recourante a confirmé ses conclusions et a notamment produit :

- un rapport d'iléocoloscopie du 30 décembre 2015 de la Dresse [...], spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, concluant à un examen dans la norme qui avait permis d'exclure la présence d'une origine tumorale aux douleurs de l'intéressée ;
- un rapport d'œsogastroduodénoscopie du même jour de cette praticienne, concluant à une gastrite aspécifique ;
- un rapport anatomo-pathologique du 31 décembre 2015 du Dr [...], spécialiste en pathologie, faisant état de la présence de nombreux *Helicobacter pylori* dans le film muqueux superficiel et dans le fond des cryptes ;

- un rapport du 6 juin 2016 du Dr K.\_\_\_\_\_, rédigé en ces termes :

« Par la présente, j'aimerais[s] répondre à la lettre de la doctoresse V.\_\_\_\_\_ du 14 avril 2016 (qui n'a jamais vu la patiente, ni même ne s'est entretenue avec elle) et d'autre part confirmer les nombreux problèmes algiques qui ont été constatés par de nombreux soignants.

D'abord sur le plan médical il s'agit d'un rapport essentiellement livresque et peu circonstancié ; en outre il n'est pas du tout fait mention si la genèse des adhérences est le fait de laparotomie (ouverture de l'abdomen) ou de laparoscopie (petite incision dans l'abdomen).

Lors d'une laparoscopie, comme ça a été le cas chez Madame N.\_\_\_\_\_, les mains ne touchent pas les organes et il est reconnu que ces interventions sont très peu adhésiogènes. Ce qui n'est, évidemment, pas le cas lors de laparotomie.

Cependant, dans ce dossier le point crucial, n'est pas de savoir si c'est une pathologie digestive ou adhérentielle qui est à l'origine des douleurs invalidantes mais bien les limitations fonctionnelles qu'entraîne[nt] ces considérables douleurs dont nous avons plusieurs témoignages de soignants dans le dossier. Dans le but d'éclaircir les limitations fonctionnelles de la patiente, j'ai adressé cette dernière au Docteur R.\_\_\_\_\_ rhumatologue, à [...], puisque l'Al n'a jamais daigné soumettre madame N.\_\_\_\_\_ a (sic) une expertise fonctionnelle. Les différents médecins, ainsi que moi-même, n'étant pas qualifiés dans ce domaine.

Par respect pour la patiente, encore une fois, il me paraît invraisemblable que Madame N.\_\_\_\_\_ n'ait jamais été entendue par le service médicale (sic) de l'Al, ce qui aurait évité quelques contre-vérités qui se trouve[nt] dans la lettre de la doctoresse V.\_\_\_\_\_ ; en effet l'antalgie dont parle cette dernière est uniquement une antalgie post-opératoire et pas du tout une antalgie de tous les jours.

Madame N.\_\_\_\_\_ consomme tous les jours 3 à 4 fois 1 gramme de Dafalgan® 1000 avec 3 Tramal® 50 qui lui permettent tout juste de « surnager ». ».

Dans sa réplique du 21 juin 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions et a produit un avis du 16 juin 2016 de la Dresse V.\_\_\_\_\_ du SMR, exposant ce qui suit :

« L'ensemble des documents remis par le conseil de l'assurée ne contient pas d'éléments nouveaux au plan médical suffisamment convaincants pour permettre de modifier notre position. Dans le pli en question, ils figurent (sic) notamment des rapports rédigés par des non-médecins (des physiothérapeutes, une

ostéopathe, une pharmacienne, la sœur de l'assurée, le CMS) ; les rapports médicaux font état d'une iléoscopie dans la norme et d'une oesophage-gastro-duodénoscopie normale sauf pour la présence d'une gastrite à H. Pylori, atteinte bénigne, qui demande un traitement limité dans le temps par antibiotiques.

Le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ ne nous est pas encore parvenu.

Nous avouons qu'il est délicat de juger de la douleur d'une personne : le seul élément que nous pouvons souligner est que le traitement dont Mme N. \_\_\_\_\_ bénéficie (Dafalgan et Tramal) correspond (sic) au palier II selon l'OMS, ce qui est mis en place pour le soin d'une douleur modéré[e].

Par conséquent, notre appréciation détaillée et justifiée dans le rapport d'examen du 20.04.2015 et dans les avis du 13.11.2015 et 14.04.2016 reste toujours valable. ».

Le 11 août 2016, la recourante a produit :

- un rapport du 7 juillet 2016 du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, au Dr K. \_\_\_\_\_, rédigé en ces termes :

« Je vous remercie de m'avoir adressé votre patiente susnommée que j'ai vu à ma consultation le 08.06.2016 pour les affections suivantes :

- **rachialgies diffuses, dorsale[s] et lombaires sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire**
- **douleurs poly et péri articulaire[s] fluctuante[s] et migrante[s] sans signe d'atteinte inflammatoire ou systémique.**
- **diminution du seuil de déclenchement à la douleur.**

Mme N. \_\_\_\_\_ n'est pas connue pour des antécédents personnels antérieurs à 2013, date à laquelle elle subit une césarienne suivie d'une apparition subite de douleurs abdominales et pelviennes associées à des lombalgies et cervicobrachialgies pour lesquelles elle a subi 3 cures d'adhésiolyse avec évolution transitoirement favorable.

Depuis 2014 elle signale également l'apparition de douleurs poly articulaires fluctuantes et migrante[s] touchant les épaules, les coudes, les genoux, les périhanches ainsi que les chevilles. Ces douleurs sont d'allure plutôt mécaniques, insomniantes surtout lors des retournements en position de décubitus latérale et dorsale et sont exacerbées lors des positions assises, debout ou couché[e]s, immobile[s] de plus de 30 minutes et la montée ou descente des plans inclinés. Elles sont partiellement soulagées à l'exposition au chaud.

**Au status**, la marche est ralentie, les mouvements d'antéversion sont limités à mi-course en raison d'apparition de douleurs abdominales antérieures basses, les mouvements de genuflexions entraînent des douleurs au niveau du genou D [droit]. L'examen des

épaules est rassurant, il n'y a pas de signe de conflit, de tendinopathie ou de rupture. Les tests de Near, Hawkins et Job sont négatifs.

L'examen segmentaire met en évidence une hypomobilité diffuse de toute la région dorsale et lombaire, une hypoextensibilité de la musculature para-vertébrale et de tout l'éventail fessier, de même que la ceinture cervicobrachiale. Il n'y a pas de déficit sensitif ou moteur, la manœuvre des jambes tendue[s] peut être portée à 90°, la mobilité des hanches est conservé[e], le signe de Piston est négatif.

**Du point de vue paraclinique**, le bilan déjà effectué en mai 2016 met en évidence des anticorps anti-DNA à 640, cependant les sous-typages sont négatifs, les facteurs antérieurs, postérieurs et de sécurités sont bien alignés, les trous de conjugaisons sont bien visualisés, il n'y a pas de trouble[s] dégénératifs significatifs. Au niveau lombaire il n'y a pas de discopathie significative.

**Dès lors**, Mme N. \_\_\_\_\_ présente des douleurs abdomino-pelviennes chronique[s] sur possible status post d'adhésiolyse et des rachialgies diffuses touchant tant la région cervicale, dorsales (sic) que lombaires (sic) sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ainsi que des douleurs poly et péri articulaire[s] fluctuante[s] et migrante[s] sans signe d'atteinte inflammatoire ou systémique. L'ensemble de la symptomatologie douloureuse s'inscrit en avant plan de douleurs intertionnelles [recte : insertionnelles] marquées faisant évoquer la présence d'une diminution du seuil de déclenchement (sic) à la douleur, et probablement déclenché[e] par la césarienne d'urgence en 2013.

**Du point de vue thérapeutique**, je préconiserai[s] une approche en balnéothérapie avec mobilisation douce, progressive, active et passive et application de jet[s] massages. Une médication de type décontracturante le soir a été prescrite ce jour à visé (sic) de test thérapeutique. Je l'ai encouragée à effectuer des bains de Souffrol® à domicile de manière régulière. Il n'y a, à mon avis, pas d'indication à procéder à tout geste infiltratoire tant au niveau des genoux que du rachis.

Lors d'un prochain contrôle sanguin, il serait opportun de compléter par le dosage de la vitamine D, le Fer et les fonctions thyroïdiennes. » ;

- un rapport du 21 juillet 2016 du Dr K. \_\_\_\_\_, indiquant que la recourante était en investigation immunologique, dont les conclusions n'étaient pas encore arrivées.

Par écriture du 5 septembre 2016, l'intimé a produit un avis du 1<sup>er</sup> septembre 2016 de la Dresse V. \_\_\_\_\_ du SMR, rédigé ainsi :

« Nous avons pris connaissance de ces documents médicaux, notamment du rapport de consultation du Dr R. \_\_\_\_\_, rhumatologue, du 07.07.2016 (GED 15.08.2016), qui retient des

*rachialgies diffuses, dorsales et lombaires sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, des douleurs poly et péri articulaires fluctuantes et migrantes sans signe d'atteinte inflammatoire ou systémique et une diminution du seuil de déclenchement à la douleur.*

A l'état actuel, nous pouvons admettre que le document médical rédigé par le Dr R. \_\_\_\_\_ nous amène des éléments nouveaux justifiant un complément d'instruction médicale.

Sur la base de ses constatations, nous nous trouvons notamment dans le cadre de plaintes somatiques sans substrat organique.

Par conséquent, nous proposons la mise en place d'une *expertise pluridisciplinaire* comprenant, au moins un volet *rhumatologique, obstétrical-gynécologique et psychiatrique*, permettant d'évaluer le dossier sous l'angle de la nouvelle jurisprudence en vigueur depuis l'arrêt du 3 juin 2015 en présence du diagnostic de trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées. ».

## **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 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) 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 compte tenu des fêtes hivernales (*cf.* art. 38 al. 4 let. c LPGA ; 96 al. 1 let. c LPA-VD), 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.

**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.

**b)** 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).

**c)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable ; lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1<sup>bis</sup> LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

**4. 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)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicales soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1).

**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).

**5.** En l'espèce, l'intimé a nié à la recourante le droit à des prestations, considérant que ses douleurs abdominales chroniques n'entraînaient aucune incapacité de travail conformément à l'avis du 2 février 2015 du Dr G.\_\_\_\_\_.

**a)** Dans son rapport du 12 août 2014, le Dr K.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué chez l'intéressée, avec effet sur sa capacité de travail, des douleurs abdominales surtout pariétales récidivantes post césarienne existant depuis octobre 2013. S'il a indiqué que l'activité habituelle n'était plus exigible mais que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, il n'a pas décrit les limitations fonctionnelles de sa patiente, indiquant que les douleurs étaient exacerbées lors des mouvements. Le 4 novembre 2014, il a exposé de manière succincte qu'aucune activité ne pouvait soulager les douleurs, relevant qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle précise et que les douleurs étaient constantes.

Le 11 septembre 2014, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, a posé les diagnostics de syndrome de l'intestin irritable et de status adhérentiel, les douleurs de la recourante ayant selon lui une origine mixte. Il a indiqué le 2 février 2015 que la symptomatologie digestive d'entraînait aucune incapacité de travailler, sans autre explication.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 20 juillet 2015, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de douleurs abdomino-pelviennes en relation avec de possibles adhérences existant depuis fin 2013. Il ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail de l'intéressée ni sur les limitations fonctionnelles et l'activité adaptée dès lors qu'il ne l'avait vue qu'une seule fois. Il a en revanche indiqué que l'on

pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, à un taux de 80%, sans expliciter sa position.

La recourante a par la suite été adressée au Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, qui, dans son rapport du 7 juillet 2016, a fait état de rachialgies diffuses dorsales et lombaires sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, de douleurs poly et péri articulaires fluctuantes et migrantes sans signe d'atteinte inflammatoire ou systémique, ainsi que d'une diminution du seuil de déclenchement de la douleur. Il a expliqué que l'intéressée présentait des douleurs abdomino-pelviennes chroniques sur possible status post adhésiolyse et des rachialgies diffuses touchant tant la région cervicale, dorsale que lombaire sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ainsi que des douleurs poly et péri articulaires fluctuantes et migrantes sans signe d'atteinte inflammatoire ou systémique. Il a également relevé que l'ensemble de la symptomatologie douloureuse s'inscrivait en avant plan de douleurs insertionnelles marquées faisant évoquer la présence d'une diminution du seuil de déclenchement de la douleur et avait probablement été déclenché par la césarienne d'urgence de 2013.

**b)** En se fondant sur l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ pour rendre sa décision, l'intimé n'a pris en compte que l'aspect gastroentérologique. Or, l'examen rhumatologique pratiqué par le Dr R.\_\_\_\_\_ a mis en évidence des pathologies sortant de ce cadre, probablement déclenchées par la césarienne de 2013, dont les médecins précédemment consultés n'avaient pas fait état, soit des problèmes de rachialgies cervicales, dorsales et lombaires et de douleurs poly et péri articulaires, pour lesquels il n'y a pas de substrat organique, ainsi qu'un phénomène de diminution du seuil de déclenchement de la douleur. Ces éléments n'ont jamais été investigués par l'intimé et apparaissent déterminants pour trancher la question litigieuse. Dans ces conditions et ainsi que le SMR en convient lui-même dans son avis du 1<sup>er</sup> septembre 2016, il y a lieu de compléter l'instruction sur le plan médical pour évaluer l'impact de l'ensemble de ces pathologies sur la capacité de travail de la recourante. 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 une expertise pluridisciplinaire, puis de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de l'intéressée.

**6. 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 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 11 décembre 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 N. \_\_\_\_\_ 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 :

- Procap Suisse, Service juridique (pour N. \_\_\_\_\_)
- 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 :