

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 novembre 2017

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Dessaux, juge, et M. Reinberg, juge assesseur  
Greffier : M. Cloux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à Saint-Cierges, recourant, représenté par Me Christophe Misteli, avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 14 novembre 2002, G.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), ressortissante italienne née en Suisse le 10 juillet 1970, mariée, a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations pour adultes, alléguant être atteinte de la maladie de Behçet.

Par décision du 8 juin 2004, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière découlant d'un degré d'invalidité de 75% pour la période du 17 mai 2002 au 31 mars 2003, puis dès le 1<sup>er</sup> avril 2003 une demi-rente d'invalidité.

L'OAI a révisé d'office la situation de l'assurée et a maintenu la demi-rente de celle-ci selon communication du 15 août 2006.

Le 15 septembre 2010, l'OAI a une nouvelle fois remis à l'assurée un questionnaire pour la révision de la rente, que celle-ci a rempli, signé et retourné le 22 septembre 2010. L'assurée a joint à ce document un relevé des absences de son poste de travail (à 50%) au cours des années 2005 à 2010, selon le détail suivant :

- incapacité de travail à 100% du 3 au 16 janvier, du 21 au 22 février, du 25 au 30 avril, du 2 au 17 mai et du 7 au 15 octobre 2005 (soit 47 jours),
- incapacité de travail à 100% le 30 janvier, du 20 au 21 mars, du 20 au 30 avril, du 1<sup>er</sup> au 5 mai, du 21 au 26 juin, le 24 juillet, et du 25 au 27 octobre 2006 (soit 28 jours),
- incapacité de travail à 100% le 9 mars, du 19 au 30 mars, le 9 juillet, le 27 septembre, du 24 octobre au 11 novembre et le 6 décembre 2007 (soit 35 jours),

- incapacité de travail à 100% du 3 au 13 janvier, le 24 janvier, du 3 au 11 mars, et du 29 octobre au 16 novembre 2008 (soit 40 jours),
- incapacité de travail à 100% du 9 au 14 janvier, le 3 mars, du 6 au 22 mars, à 50% du 23 au 27 mars, et à 100% du 30 octobre au 3 novembre 2009 (soit 30 jours [25 + 5] à 100% et 5 jours à 50%), et
- incapacité de travail à 100% du 7 au 18 janvier, du 1<sup>er</sup> au 10 mars et le 2 juin 2010 (soit 23 jours).

Dans un rapport à l'OAI du 12 novembre 2010, la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics de malade de Behçet avec aphtose buccale et arthralgies, de migraines sans aura et d'un état dépressif traité. Elle a relevé que la situation neurologique était stable, avec des migraines sans aura améliorées par un traitement médicamenteux de fond réduisant leur fréquence et par un autre médicament coupant leur survenance de façon efficace. Retenant une capacité de travail de 50% tant dans l'activité habituelle de secrétaire que dans l'activité exigible, elle a renvoyé vers d'autres praticiens pour ce qui concernait la maladie de Behçet, les polyarthralgies et les "dorsolombalgies récentes invalidantes".

Le Service du personnel de l'Etat de Vaud a produit le 3 décembre 2010 un rapport de l'employeur, avec en annexe un relevé des absences de l'assurée pour cause de maladie ou d'accident pour la période du 24 octobre 2007 au 26 septembre 2010. Ce document corrobore, à quelques jours près (dont plusieurs samedis et dimanches), les périodes d'absence à 100% ou 50% listées par l'intéressée, et relève qu'elle a encore été absente du 21 au 26 septembre 2010.

Le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, en infectiologie et en allergologie et immunologie clinique, a rendu un rapport le 23 décembre 2010, retenant une aggravation de l'état de santé et les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de maladie de Behçet

depuis 2001 - celle-ci ayant entraîné des problèmes d'aphtes qui avaient pu être contrôlés, quand bien même il subsistait une fatigue très importante -, de migraines existant depuis plus de dix ans ainsi que de lombalgies depuis l'année 2009 pour lesquelles un nouveau traitement était en discussion. Il a conclu à une incapacité de travail de 50% dans l'activité de secrétaire.

Le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a lui aussi établi un rapport à l'intention de l'OAI le 24 décembre 2010, attestant d'un état de santé légèrement aggravé pour une activité habituelle encore exigible à un pourcentage compris entre 0 et 50%. Retenant une maladie de Behçet avec aphtose buccale récidivante, céphalées chroniques, douleurs abdominales, HLA-B5 positif, polyarthralgies, spondylarthropathie, état migraineux, vertiges paroxystiques bénins, troubles anxieux et dépressifs mixtes et personnalité du registre des états limites inférieurs, il a annexé à ses écrits les documents suivants:

- un rapport établi le 27 avril 2009 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) chez une personnalité du registre des états limites inférieurs, proche de la borderline (CIM-10 F60.3), peu structurée, organisée pour parer à l'angoisse anaclinique sur le mode abandonnique et dépendant (CIM-10 F60.7);
- un rapport adressé au Dr T.\_\_\_\_\_, le 19 octobre 2009 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, qui a retenu les diagnostics de polyarthralgies probablement dans le cadre d'une maladie de Behçet, de lombalgies chroniques, d'hypovitaminose D, de maladie de Behçet avec aphtose buccale, arthralgies et érythrocyturie sporadique mais sans atteinte oculaire, de migraines, de vertiges paroxystiques bénins et d'ostéopénie, relevant que les lombalgies s'étaient améliorées mais que des

épisodes d'arthralgies persistaient, et qu'une recherche de signes objectifs de spondylarthropathie s'était avérée négative;

- un rapport au Dr T. \_\_\_\_\_ le 12 janvier 2010 par le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, qui a diagnostiqué une maladie de Behçet sans manifestation oculaire.

Par communication du 20 janvier 2011, l'OAI a maintenu le droit à la demi-rente de l'assurée.

**B.** Le 18 novembre 2013, l'assurée a requis la révision de son droit à la demi-rente, et transmis à l'OAI un rapport établi le 15 novembre 2013 par le Dr W. \_\_\_\_\_, attestant d'une péjoration de son état de santé avec une incapacité de travail totale se dirigeant vers une invalidité totale certaine.

L'assurée a réitéré sa requête le 3 décembre 2013 en remplissant le questionnaire pour la révision de la rente que l'OAI lui avait adressé, précisant que l'aggravation de son état de santé prenait la forme d'une augmentation des douleurs, de troubles de la concentration et d'une fatigue accrue. Elle a joint à sa requête une nouvelle liste de ses absences entre l'année 2010 (pour laquelle elle a en substance repris les dates mentionnées par son employeur le 3 décembre 2010) et l'année 2013, avec les dates supplémentaires suivantes :

- du 1<sup>er</sup> au 2 janvier, du 1<sup>er</sup> au 9 mars et le 26 septembre 2011 (12 jours),
- le 18 janvier, le 10 février, du 7 mars au 15 avril, le 27 avril, le 19 juillet et du 29 au 31 octobre 2012 (16 jours),
- le 25 février, du 28 février au 2 avril, le 21 mai et dès le 8 juillet 2013 (155 jours au 3 décembre 2013, jour du dépôt de la requête).

Le 11 mars 2014, le Dr W. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un rapport dans lequel il a précisé qu'après de nombreuses années de travail à 50% et en raison d'une évolution défavorable, l'assurée avait dû cesser son activité le 8 juillet 2013 pour raison médicale. Il a retenu les diagnostics objectifs de maladie de Behçet en aggravation et d'état anxio-dépressif modéré à sévère réactionnel, pour une capacité de travail exigible nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Le Service du personnel de l'Etat de Vaud a produit un nouveau rapport de l'employeur le 23 juillet 2014, indiquant que l'assurée avait été absente de son poste de travail durant 3 jours entre le 26 septembre et le 8 décembre 2011, 15 jours durant l'année 2012, 209 jours durant l'année 2013 et les 150 jours séparant le 1<sup>er</sup> janvier du 31 mai 2014.

Le 3 octobre 2014, le désormais Prof. T. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un questionnaire dans lequel on peut lire ce qui suit:

"(...)

**1. La personne assurée exerce-t-elle une activité lucrative (à temps partiel)?**

Non, pas actuellement.

**2. Une augmentation est-elle possible et exigible par le biais des mesures professionnelles progressives?**

Oui, en précisant que la réponse à cette question est relativement difficile sous l'angle unique de ma prise en charge, à savoir immunologique. En effet, connue de très longue date pour une maladie de Behçet, la patiente a présenté nombre de complications liées à cette maladie inflammatoire et continue d'avoir chroniquement certaines manifestations, notamment sur le plan de la fatigue, très handicapante pour la patiente, mais également des plaintes articulaires pour lesquelles la réintroduction d'un traitement de Remicade, traitement anti-TNF, a permis une stabilisation des douleurs, sans les supprimer complètement. Dès lors, une reprise de l'activité professionnelle (interrompue une première fois le 08.07.2013 et de manière prolongée à partir du 14.02.2014), relève non seulement de mon avis, mais également de celui du médecin traitant, le Dr W. \_\_\_\_\_, ainsi que de la psychiatre en charge du suivi de la patiente, la Dresse P. \_\_\_\_\_.

**3. La capacité de la personne assurée est-elle restreinte?**

Oui. Il est clair que la diminution des performances et la qualité de vie liée aux éléments mentionnés sous point 3 ont évidemment un impact dans la vie quotidienne de la patiente et donc également lors des voyages.

(...)

**5. Une augmentation du temps de présence et une préparation à des mesures professionnelles sont-elles possibles et exigibles par le biais de mesures?**

Oui. Une nouvelle fois, l'amélioration du contexte bio-psycho-social de la patiente pourrait permettre d'envisager dans le futur la reprise d'une activité professionnelle, mais qui n'est actuellement pas envisageable en l'état.

**6. A quelles conditions la tentative d'augmenter le temps de présence a-t-elle des chances de succès ou autrement dit, quels sont les éléments particuliers à prendre en compte dans ce contexte?**

Il faut tout d'abord considérer que la maladie chronique de la patiente a un impact sur ses performances et sur ses possibilités professionnelles. En effet, l'état de fatigue chronique qu'elle présente maintenant depuis quelques années ne pourra vraisemblablement trouver une amélioration, compte tenu de tous les essais thérapeutiques effectués jusqu'ici. Actuellement le traitement de Remicade a permis d'avoir un impact majeur, mais non complet, sur les manifestations ostéoarticulaires et en particulier rachidiennes de la patiente. A cela s'ajoute, comme conséquences directes, des manifestations psychologiques qui ont imposé une cessation complète de l'activité professionnelle, et une prise en charge spécialisée. Ainsi, l'aménagement de toutes ces conditions permettra peut-être à terme une reprise progressive d'une activité professionnelle, mais dans un contexte à déterminer entre les différents partenaires médicaux.

(...)

**Questions relatives à l'état de santé:**

**10. Evolution et modifications de l'état de santé/des incapacités de travail depuis l'octroi de la rente?**

Comme mentionné plus haut, à ma connaissance, la patiente a été mise à l'arrêt de travail à 100% dès le 08.07.2013, de manière temporaire, puis de manière prolongée jusqu'à présent, à partir du 14.02.2014. A ce propos, le médecin traitant, le Dr W. \_\_\_\_\_, pourra mieux vous renseigner.

**11. Symptômes actuels et état de santé**

Sur le plan immunologique, la patiente souffre malgré les traitements des conséquences de la maladie de Behçet, avec notamment des épisodes d'aphtose buccale récidivants, malgré un traitement chronique de Colchicine 1 mg par jour, qui permet néanmoins une diminution des épisodes d'aphtes. D'autre part, la patiente, largement évaluée en rhumatologie au printemps 2013, continue de présenter de manière fluctuante des rachialgies qui ont été clairement atténuées par le traitement de Remicade encore en cours. Finalement, sujette à des migraines pour lesquelles des investigations et un suivi ont été réalisés par la Dresse D. \_\_\_\_\_, neurologue à [...], la patiente a assez régulièrement des épisodes migraineux, traités par triptans. Il faut encore mentionner que la patiente a souffert de problèmes thyroïdiens dès le mois de novembre 2012, nécessitant une hémithyroïdectomie gauche, pour prolifération folliculaire et oncocytaire, ce pourquoi, elle continue

d'avoir un suivi ambulatoire dans le service d'endocrinologie [...], mais la thérapie substitutive a pu être stoppée.  
(...)

**14. Quelle est la capacité de travail exigible?**

La réponse à cette question dépend d'une évaluation globale, également sur le plan psychiatrique.

**15. Quelles sont les limitations fonctionnelles?**

Elles sont dépendantes d'une part de la fatigue, mais également des troubles musculo-squelettiques qui ont tendance à s'acutiser lors de périodes d'activité intense et continue.  
(...)

**18. La thérapie devrait-elle être adaptée en cas de mesure de réadaptation?**

Pas forcément.

**19. Pronostic**

Le pronostic est à placer sur 2 différents niveaux: premièrement, en ce qui concerne la vasculite de Behçet, on peut dire qu'outre les problèmes d'aphtose et les douleurs rachidiennes, la patiente n'a pas présenté de graves complications de cette maladie, notamment pas d'atteinte ophtalmologique, ni maladie thrombo-embolique, systémique ou cérébrale. De ce fait, le traitement qu'elle reçoit actuellement, notamment sous la forme d'anti-RNF (Remicade) semble pouvoir assez bien maîtriser la situation clinique, même si on ne peut pas considérer actuellement qu'elle soit en rémission. Par ailleurs, cela se voit régulièrement dans ces maladies systémiques, la patiente est handicapée par un sentiment de fatigue, chronique, qui ne pourra que peu être influencé, par les thérapies et dont le pronostic reste réservé, ce d'autant plus que ces manifestations glissent volontiers sur des manifestations psychologiques, tel qu'un état dépressif.  
(...)"

Le Prof. T. \_\_\_\_\_ a annexé à ses écrits:

- un rapport de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 26 février 2013 à son intention, relevant les diagnostics de maladie de Behçet avec polyarthralgies, rachialgies et douleurs des membres inférieurs à prédominance gauche, aphtose buccale, érythrocyturie sporadique et HLA-B51 positif, de migraine sans aura et de nodule thyroïdien du lobe gauche pour lequel une résection chirurgicale était prévue,
- un rapport que lui a adressé le 19 avril 2013 la Dresse [...] (spécialiste en médecine interne générale, rhumatologie, et ultrasonographie), qui a relevé, chez l'assurée atteinte une

maladie de Behçet HLA-B51 positive avec aphtose buccale et polyarthralgies, des cervico-dorsalgies presque quotidiennes depuis l'année 2009 qui avaient toutefois bien répondu à l'administration de Remicade - dont elle préconisait la reprise après stabilisation de la situation thyroïdienne consécutive à l'intervention chirurgicale subie -, et divers résultats d'examens révélant des douleurs à la mobilisation du rachis cervico-dorsal et à la palpation des sacro-iliaques, une augmentation isolée des anticorps anti-nucléaires, ainsi que des érosions des articulations sacro-iliaques certes compatibles avec des lésions séquellaires de spondylarthrite ankylosante, mais également explicables par des lésions dégénératives,

- un rapport de consultation ambulatoire d'endocrinologie que les Drs [...] et [...] (tous les deux spécialistes en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie) lui ont envoyé le 14 juin 2013, et dans lequel ils ont retenu les diagnostics de status post hémithyroïdectomie gauche pratiquée le 1<sup>er</sup> mars 2013, de maladie de Behçet et d'insuffisance en vitamine D substituée, relevant que l'assurée décrivait depuis l'intervention une nette péjoration de sa fatigue.

Le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'OAI (ci-après: le SMR) s'est prononcé sur les nouveaux éléments portés au dossier de l'assurée dans un avis du 10 décembre 2014, préconisant la poursuite de l'instruction en particulier sous l'angle psychiatrique.

Le 2 février 2015, la Dresse P. \_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI, concluant à une capacité de travail de 100% sous l'angle psychiatrique, relevant que l'assurée n'avait pas eu de période d'incapacité de travail pour raisons psychiatriques depuis le début de sa consultation au mois de juillet 2014, mais qu'elle avait connu un épisode

dépressif majeur durant l'année 2013 et présentait actuellement un épisode dépressif léger.

Par courrier du 2 mars 2015, le Dr W. \_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire du SMR, en particulier dans les termes suivants :

"(...)

(Réd.: Quels sont les symptômes présentés par notre assurée?)

1- G. \_\_\_\_\_ présente une fatigue extrême associée à d'importantes douleurs diffuses (colonne cervico-lombaire, ceinture scapulaire et ceinture pelvienne) importantes céphalées complexes avec crise de migraine suivie pour cela par la Dresse D. \_\_\_\_\_ neurologue FMH qui a prescrit du Topamax en prophylaxie des migraines et du Relpax pour les crises. Importante et fréquente crise d'aphtose buccale. Troubles complexes de la digestion comme il se voit souvent dans la maladie de Behcet, alternance de diarrhée et constipation associée à des fortes coliques presque journalières.

(Réd.: Quelles sont les mesures thérapeutiques actuellement mises en place pour cette pathologie psychiatrique? Quels sont les résultats éventuels de ces différentes mesures thérapeutiques médicamenteuses ou psychothérapeutiques?)

2- pour la problématique de l'état dépressif moyen à sévère réactionnel à la situation somatique la patiente est suivie à intervalle de 1 mois par la Dresse P. \_\_\_\_\_ psychiatre FMH. Elle est au bénéfice d'un traitement d'Efexor à raison 150 mg le matin et 75 mg le soir.

(...)

(Réd.: Quel est votre pronostic sur le plan psychiatrique?)

4- défavorable en raison du caractère incurable et chronique de la maladie de Behcet.

(Réd.: Quelles sont les limitations fonctionnelles en lien avec cette pathologie?)

5- fatigue extrême impossibilité à se concentrer sur toutes activités en raison de l'importance des douleurs permanentes.

(Réd.: Quelle est la capacité de travail, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée en lien avec cette pathologie psychiatrique? Depuis quelle date retenez-vous une capacité de travail en activité habituelle ou adaptée?)

6- il est difficile de se prononcer sur le taux d'incapacité pour la pathologie psychiatrique étant donné que pour les raisons somatiques uniquement cette incapacité de travail est déjà totale dans toutes les activités.

(Réd.: Un processus de réadaptation professionnelle vous paraît-il envisageable? Dans l'affirmative à partir de quelle date?)

7.- NON, un processus de réadaptation professionnelle n'est pas envisageable.  
(...)"

Dans un avis du 9 avril 2015, les Drs [...] et [...] du SMR ont indiqué avoir la confirmation que la pathologie psychiatrique de l'assurée, représentée par un état dépressif léger, n'était pas incapacitante sur une longue durée, mais ont requis un examen rhumatologique et psychiatrique, respectivement une expertise mixte comportant une expertise bidisciplinaire avec des versants rhumatologique et psychiatrique.

Le 27 mai 2015, la Dresse [...], spécialiste en radiologie, a adressé au Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un rapport de radiographie relatif à l'assurée avec images du bassin de face, faux-profil de Lequesne des hanches et pieds en charge face-profil. Elle y décrit d'une part, s'agissant des pieds, un aspect de pieds plats avec effondrement de la voûte plantaire et un aspect d'hallux rigidus, et d'autre part, pour les bassin et hanches, un remaniement dégénératif avec néoformation ostéophytaires développées sur le versant latéral des deux côtés mais de manière prédominante à gauche, des interlignes articulaires conservés ainsi que des articulations sacro-iliaques et symphyse pubienne sans particularité.

Le 2 juin 2015, le Dr W. \_\_\_\_\_ a établi un plan de traitement pour l'assurée détaillant dix-sept médicaments et la posologie à suivre pour ceux-ci.

L'assurée a été examinée le 29 juin 2015 par les Drs J. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine physique et réadaptation) et N. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), qui ont rendu un rapport d'expertise le même jour. Ils y ont détaillé le contexte de leur intervention, l'anamnèse familiale, professionnelle, ostéoarticulaire - recensant les plaintes actuelles de l'intéressée -, psychosociale et psychiatrique ainsi que par système de l'intéressée, en rappelant en outre ses antécédents

personnels, ses habitudes et l'organisation de sa vie quotidienne. Ils ont exposé le résultat de leurs investigations comme il suit:

" (...)

### **Status général**

L'assurée est en bon état général.

Poids 54 kg, taille 156 cm, BMI 22,2 kg/m<sup>2</sup> correspondant à un poids normal.

*Cardiorespiratoire*: tension artérielle 121/84 mmHg, pouls régulier à 86/min, B1, B2 frappés. Pas de souffle. Artères périphériques palpables. Pas d'œdèmes des membres inférieurs. Murmure respiratoire physiologique.

*Digestif*: piliers du pharynx érythémateux, pas d'aphte. Abdomen diffusément douloureux à la palpation. Il n'y a pas de défense ni de détente. Les bruits sont de fréquence et de tonalité normales.

### **Status neurologique**

Les réflexes ostéotendineux sont symétriques. Réflexes cutanés plantaires en flexion.

La trophicité musculaire est bonne. Le tonus est sp. La force est conservée aux 4 membres.

Sensibilité tacto-algique et posturale conservée. Sensibilité vibratoire 8/8 aux poignets et aux chevilles.

### **Status ostéoarticulaire**

L'assurée marche d'un pas normal, sans boiterie. La marche sur les talons, la pointe des pieds, 1 pied devant l'autre en funambule sont réussies. L'accroupissement est profond (douleur partie antérieure des genoux). L'appui monopodal est tenu ddc. Les changements de position assis/debout/couché s'effectuent rapidement. Ces différentes positions sont bien tolérées, la position assise pendant l'entretien psychiatrique (1 heure 15), suivi de l'entretien rhumatologique (45 minutes).

La gestuelle spontanée est libre. L'habillage et le déshabillage s'effectuent rapidement. Il n'y a pas de comportement algique.

*Rachis debout*: palpation douloureuse du faisceau supérieur du muscle trapèze du côté G. La palpation de la colonne vertébrale et de la musculature pararachidienne est indolore. Les flèches de Forestier sont C7 4 cm, sommet de la cyphose dorsale 0 cm, lombaire maxime 4 cm. Le fil à plomb passe au-dessus du pli interfessier. Le Schober lombaire est de 10 à 14,5 cm, la distance doigts-sol de 13 cm. L'amplitude de l'extension est bonne. L'inclinaison latérale par la progression de la main sur la cuisse D 14, G 17,5 cm. Ces différents mouvements de la colonne lombaire sont indolores.

*Rachis assis*: mobilité cervicale en flexion extension par la distance menton-sternum 1-1 cm, rotation D-G 80-0-70° (douleur paracervicale G lors de la rotation G), inclinaison latérale D-G 40° ddc (douleur paracervicale G). Rotation du tronc D-G 45° ddc, indolore. La manœuvre de Lasègue est indolore à 90° ddc.

*Rachis en décubitus dorsal*: manœuvre de Lasègue négative à 90° ddc (les muscles ischiojambiers tirent).

*Rachis en décubitus ventral*: bon relâchement de la musculature pararachidienne. Palpation douloureuse des épines cervicales, du faisceau supérieur du muscle trapèze ddc. Manœuvre de Lasègue inversée indolore.

Les signes et symptômes de non-organicité de Waddell sont à 0/5.

Membres supérieurs: l'assurée est droitère.

*Epaules*: mobilisation indolore. Antépulsion 180° ddc, abduction 180° ddc, rotation externe coudes au corps 75°, rotation interne par la distance pouce-C7 D 10 cm, G 8 cm. Les muscles de la coiffe des rotateurs et le biceps sont compétents et indolores (Jobe, Patte, lift-off, palm-up négatifs). Il n'y a pas de signes de conflits sous-acromial.

*Coudes*: palpation et mobilisation indolores. Flexion-extension 150-0-10° ddc. La mise sous tension des muscles épicondyliens est indolore.

*Poignets et mains*: palpation indolore. Flexion-extension 75-0-85° ddc (douleur face dorsale du poignet G lors de ces mouvements). L'enroulement des doigts est complet. Opposition du pouce selon la cotation de Kapandji 10/10 ddc.

Membres inférieurs:

*Bassin et hanches*: palpation douloureuse du pli inguinal G. Flexion des hanches 130° ddc, abduction 50° ddc (douleur inguinale G), rotation interne externe D 40-0-60°, G 35-0-60°. Distance talon-fesse 5cm. Déficit d'extensibilité des muscles ischiojambiers de 10° ddc. La mise sous tension du muscle pyramidal est indolore ddc. La recherche d'une dysfonction sacro-iliaque par le test de Gaenslen et de Patrick est négative. Le test de Patrick provoque une douleur au pli inguinal G.

*Genoux*: les genoux sont calmes. Palpation douloureuse de la face externe du genou D en regard du condyle fémoral. Flexion-extension 140-0-0° ddc. Le rabot rotulien est indolore. Les ligaments latéraux et les ligaments croisés sont stables. Les épreuves méniscales sont négatives.

*Chevilles et pieds*: palpation douloureuse de l'insertion du talon d'Achille à D. Mobilisation des chevilles indolore. Flexion dorsale-flexion plantaire 5-0-65° ddc. Mobilisation douloureuse du gros orteil G au niveau de l'articulation métatarsophalangienne. Aplatissement de la voûte plantaire.

Les articulations périphériques ne présentent pas de signes inflammatoires. Les points douloureux de fibromyalgie sont à 7/18.

### **Status psychiatrique**

L'assurée est venue en automobile en compagnie de son mari. Elle est parfaitement ponctuelle. Il s'agit d'une femme de petite taille et de corpulence moyenne. Sa tenue est soignée, son hygiène est bonne. Le contact est bon, l'assurée est parfaitement collaborante. Elle est orientée dans le temps, dans l'espace, par rapport à la situation et sur elle-même.

Elle ne présente pas de troubles de la mémoire, de la concentration, de l'attention, pendant toute la durée de l'examen psychiatrique (1 heure et 15 minutes). Son discours est cohérent. Elle ne présente pas de perturbation du cours de la pensée, pas de perte des associations, pas de fuite des idées, pas de digressions. Le contenu de la pensée n'est pas perturbé. La thymie n'est pas abaissée. On ne note pas de diminution de l'intérêt et du plaisir. Pas de fatigue ni de fatigabilité observables. Pas de diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi. L'assurée se sent coupable de sa maladie. Pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir. Pas d'idées suicidaires.

Le sommeil est perturbé par les symptômes physiques. Pas de diminution de l'appétit, pas de perte de poids récente. La réactivité émotionnelle aux événements et aux circonstances habituellement agréables est conservée. Pas de réveil matinal précoce. Pas de dépression matinale. Pas d'agitation ou de ralentissement psychomoteur observable. L'assurée ne signale pas de diminution marquée de la libido. Pas de perturbation de la sphère émotionnelle. Pas d'anxiété, pas d'attaques de panique. Pas de troubles phobique ou obsessionnel observables. Pas de signe de la série psychotique, en particulier pas d'idées délirantes, pas d'idées de persécution, pas d'attitude évocatrice de phénomènes hallucinatoires. Pas de signes évocateurs d'un trouble de la personnalité.

### **DOSSIER RADIOLOGIQUE**

#### ***IRM du rachis entier et des articulations sacro-iliaques du***

**14.03.2013:** colonne cervicale: bon alignement des corps vertébraux, pas de signes de fracture. Espaces intersomatiques conservés. Pas de signes inflammatoires.

Colonne dorsale: bon alignement des corps vertébraux, pas de signes de fracture. Espaces intersomatiques conservés. Pas de signes inflammatoires.

Colonne lombaire: bon alignement des corps vertébraux, pas de signes de fracture. Léger relâchement du ligament longitudinal postérieur. Il n'y a pas de hernie discale. Minime pincement discal en L5-S1. Petite érosion des articulations sacro-iliaques, prédominant du côté G. Il n'y a pas de signes inflammatoires.

#### ***Rx du bassin de face, faux-profil de Lequesne des hanches***

**du 26.05.2015:** les articulations sacro-iliaques ont des berges bien délimitées, minimales ostéophytes à la partie inférieure des 2 articulations. Bonne sphéricité des têtes fémorales, formation kystique d'aspect bénin au niveau de la jonction entre le col et la tête fémorale. Interlignes articulaires conservés. Minime

néoformation ostéophytaire sur le versant latéral cervico-céphalique. La symphyse pubienne est sp.

**Rx des pieds en charge, face-profil du 26.05.2015:** trame osseuse sp. Espaces interarticulaires conservés. Légère sclérose de la base de la 1<sup>ère</sup> phalange des gros orteils. Aplatissement de la voûte plantaire. Il n'y a pas d'érosion osseuse.

## DIAGNOSTICS

### - avec répercussion durable sur la capacité de travail

- **MALADIE DE BEHÇET AVEC POLYARTHRALGIES, FATIGUE (M25.2)**
- **PAS DE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE.**

### - sans répercussion sur la capacité de travail

- **LOMBALGIES CHRONIQUES COMMUNES NON DÉFICITAIRES (M54.5).**
- **F33.4 TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ACTUELLEMENT EN RÉMISSION**

## APPRECIATION DU CAS

L'assurée déclare (réd.: souffrir) d'une maladie de Behçet depuis 1999. Au début de la maladie, des douleurs à 10/10 de la colonne vertébrale, des épaules, des bras, des mains, du bassin, des genoux, des chevilles l'empêchaient de bouger. L'apparition d'aphtes en 2002 a permis d'orienter le diagnostic vers une maladie de Behçet. L'introduction de Remicade® (anti-TNF-alpha) en 2011 a eu un bon effet sur les aphtes.

Lors d'une hospitalisation en rhumatologie suite à des sensations de brûlures dans tout le corps, les rhumatologues ont interrompu le traitement de Remicade®. Les aphtes sont réapparus. Après une consultation auprès du Dr [...], rhumatologue, le Remicade® a été réintroduit au printemps 2013. Depuis la reprise de Remicade, les aphtes ne sont plus réapparus. L'assurée dit qu'elle présente uniquement des rougeurs indolores au palais environ 2 fois par mois. Lorsque les rougeurs apparaissent, la fatigue augmente pendant environ 5 jours. Le Remicade® a aussi permis de diminuer les douleurs articulaires.

Il subsiste des douleurs de la colonne lombaire, des épaules, des poignets, des doigts, des genoux, des chevilles, des talons, des orteils. Les douleurs sont à 7-8/10. Elles n'empêchent pas l'assurée de bouger, comme c'était le cas au début de la maladie. Il y a des pics de douleurs tous les 7 à 15 jours pendant 3 à 5 jours. Les zones douloureuses ne sont pas toujours au même endroit. L'assurée est réveillée environ 5 fois par nuit par les douleurs des jambes (genoux, chevilles, pieds). Il n'y a pas de déroutage matinal. Des douleurs lombaires et des fesses surviennent environ 2 fois par mois et durent 2 à 3 jours.

Au printemps 2015, l'assurée dit avoir eu des douleurs au talon D et aux orteils à G. Les douleurs étaient présentes à la marche comme au repos. Le Dr [...] a prescrit de semelles et de la physiothérapie. Ces traitements ont eu un bon effet.

A l'examen clinique, l'assurée marche avec aisance, sans boiterie. La marche sur les talons et la pointe des pieds sont réussies. Les changements de position assis/debout/couché s'effectuent rapidement. La position assise est bien tolérée. La gestuelle spontanée est libre. Il n'a pas de comportement de protection

articulaire. La mobilité cervicale est légèrement diminuée en rotation G dans le cadre d'une douleur paracervicale G. La mobilité lombaire est discrètement diminuée en flexion, sans douleur. Les articulations périphériques ne présentent pas de signes inflammatoires. Les amplitudes articulaires sont conservées. La flexion-extension maximale du poignet G provoque une douleur au pli inguinal. La recherche d'une dysfonction sacro-iliaque est négative. L'examen neurologique est normal. Il n'y a pas de signes radiculaires irritatifs ni déficitaires.

L'IRM du rachis entier et des articulations sacro-iliaques du 14.03.2013 montre une trame osseuse normale, un discret pincement discal en L5-S1, un relâchement léger du ligament longitudinal postérieur, sans hernie discale. Les articulations sacro-iliaques présentent de petites érosions. Il n'y a pas de signes inflammatoires.

Les radiographies du bassin et des hanches du 26.05.2015 montrent des images kystiques d'aspect bénin au niveau de la jonction entre le col et la tête fémorale. Il y a un discret remaniement dégénératif avec néoformation ostéophytaire sur le versant latéral cervico-céphalique. L'interligne articulaire est conservé. Il n'y a pas d'érosion. Les articulations sacro-iliaques ne montrent pas d'érosion significative. Présence de minimes ostéophytes à la partie inférieure des 2 articulations.

Les radiographies des pieds du 26.05.2015 montrent un aplatissement de la voûte plantaire. Il y a une légère sclérose de la base de la 1<sup>ère</sup> phalange du gros orteil ddc.

Sous traitement de Remicade®, l'examen clinique est rassurant. Il n'y a pas de signes d'arthrite, pas d'enraidissement articulaire significatif. Malgré quelques zones douloureuses lors des amplitudes extrêmes au niveau paracervical G, au dos du poignet G, au pli inguinal G, la gestuelle spontanée est libre. Le bilan radiologique est également rassurant. Les petites érosions des articulations sacro-iliaques objectivées sur l'IRM du 14.03.2013 peuvent être séquellaires à une spondylarthrite ankylosante non active ou à des lésions dégénératives. Les radiographies du bassin du 26.05.2015 ne montrent pas de lésions significatives de ces articulations avec présence uniquement de minimes ostéophytes à la partie inférieure ddc. Ces images évoquent plutôt une atteinte dégénérative peu évolutive.

L'assurée indique que la reprise du Remicade® au printemps 2013 a eu un effet très favorable sur les aphtes et a permis aussi de diminuer l'intensité des douleurs. Il subsiste une importante fatigue. Les arthralgies et la fatigabilité étaient déjà retenues par le Dr [...] dans son rapport d'examen SMR du 03.05.2004. Dans le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ reçu à l'AI le 23.12.2010, il est fait mention d'une fatigue très importante et de l'apparition de lombalgies depuis 2009. Le médecin avait maintenu la capacité de travail comme secrétaire à 50 %. Le Dr W. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 25.12.2010, mentionne également une fatigabilité accrue dans le cadre de la maladie de Behçet et retenait une capacité de travail de 50 %. Par rapport à ces rapports médicaux, l'examen clinique de ce jour ne montre pas d'aggravation de l'état général ni d'amélioration significative. Il n'y a donc pas lieu de modifier la capacité de travail qui reste à 50 % comme secrétaire à l'Office des poursuites [...].

Dans le rapport du 06.12.2005, le Dr W.\_\_\_\_\_ mentionne la survenue de poussées inflammatoires de la maladie. Après 2005, les différents rapports médicaux signalent des douleurs articulaires mais pas d'inflammation. L'absence de poussée inflammatoire est un facteur d'évolution favorable.

Le Prof. T.\_\_\_\_\_ confirme les déclarations de l'assurée dans son rapport du 03.10.2014. En effet, le médecin indique que le Remicade® semble maîtriser assez bien la situation clinique, avec stabilisation des douleurs, sans les supprimer complètement. Le médecin précise qu'il s'agit de manifestations psychologiques qui ont imposé une cessation complète de l'activité professionnelle et pas une décompensation de la maladie de Behçet.

L'importante et (réd.: fréquente) crise d'aphtose buccale mentionnée par le Dr W.\_\_\_\_\_ dans le rapport du 02.03.2015 n'est pas confirmée par l'assurée ni par le Prof. T.\_\_\_\_\_. Au contraire, le Remicade® a eu un effet favorable sur les aphtes buccaux. L'examen de ce jour ne met pas en évidence d'aphtes. D'autre part, les douleurs, bien que toujours présentes, ont pu être diminuées par le traitement de Remicade®. Il n'y a donc pas lieu de retenir une incapacité de travail totale durable pour la maladie de Behçet.

Au niveau lombaire, l'assurée présente des lombalgies communes non déficitaires. Aucune atteinte inflammatoire n'a été mise en évidence. Ces lombalgies intermittentes ne justifient pas d'incapacité de travail dans l'activité de secrétaire qui est une activité légère.

Concernant les pieds plats, le recours à des semelles plantaires permet de remédier à ce problème. Il n'y a pas lieu de retenir des limitations.

*Au point de vue psychiatrique*, le dossier de l'assurée contient le rapport médical établi par la Dresse P.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, en date du 02.02.2015. La spécialiste traite l'assurée depuis juillet 2014 et diagnostique un épisode dépressif léger (F32.0), non incapacitant. Le pronostic est considéré comme bon.

Dans l'anamnèse recueillie ce jour au SMR, l'assurée signale des idées suicidaires transitoires de courte durée en 2002, à l'annonce du diagnostic de la maladie de Behçet, dans un contexte familial perturbé (divorce tumultueux de son beau-frère). Ce symptôme n'a pas atteint une intensité suffisante pour nécessiter une prise en charge psychiatrique, une discussion avec la sœur aînée de l'assurée a provoqué un déclic et une amélioration immédiate de son état psychique.

En 2008, l'assurée est allée voir un psychiatre pendant 6 mois, dans le cadre d'un conflit conjugal.

De juillet à décembre 2013, l'assurée se met à broyer du noir parce qu'elle doit arrêter de travailler à cause de sa maladie. Elle ressent de la honte et un sentiment de culpabilité. Elle a de la peine à sortir de chez elle. Elle commence une prise en charge psychiatrique à [...], pendant 9 séances, puis change de spécialiste en raison d'une

difficulté de contact. Elle est ensuite suivie par le Dr P. \_\_\_\_\_, avec laquelle elle a une bonne entente.

L'assurée n'a jamais été en incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

Le status psychiatrique de ce jour ne montre aucun symptôme de pathologie dépressive, anxieuse, psychotique ou de la personnalité.

Au point de vue psychiatrique, l'assurée a présenté brièvement des idées suicidaires en 2002, réactionnelles à l'annonce de la maladie de Behçet. Ses idées suicidaires ne s'inscrivaient pas dans le cadre d'une maladie psychiatrique.

En 2008, l'assurée a consulté un psychiatre pendant 6 mois, dans le cadre d'un conflit conjugal. Ayant dû arrêter de travailler pour des raisons somatiques en 2013, l'assurée dit avoir broyé du noir de juillet à décembre. Son état psychique actuel est fluctuant en fonction des pics de la maladie somatique. L'assurée parle de fatigue et de tristesse. Son sommeil est de mauvaise qualité à cause de ses troubles physiques.

L'assurée a présenté un 1<sup>er</sup> épisode dépressif en 2013, d'intensité légère selon l'anamnèse, ce qui est confirmé par le rapport médical de la Dresse P. \_\_\_\_\_, qui la suit depuis juillet 2014 et qui constate la présence d'un épisode dépressif léger, non incapacitant. Cet épisode est actuellement en rémission, comme nous l'avons constaté lors de notre examen clinique.

Sur la base du dossier médical, de l'anamnèse et du status, nous constatons que l'assurée n'a jamais présenté de maladie psychiatrique incapacitante de longue durée.

### ***Limitations fonctionnelles***

Maladie de Behçet: marche limitée à 30 minutes, position assise limitée à 2 heures, position debout limitée à 30 minutes, port de charges limité à 5 kg, temps de travail quotidien limité à 50%.

Pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

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

L'incapacité de travail de 50 % en relation avec la maladie de Behçet a débuté le 01.01.2003.

Sans objet sur le plan psychiatrique.

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

L'IT ne s'est pas durablement modifiée dans l'activité de secrétaire, qui est une activité légère.

***Concernant la capacité de travail***, elle est déterminée par la tolérance mécanique de l'appareil locomoteur dans le cadre

d'arthralgies non inflammatoires et d'une fatigabilité accrue suite à une maladie de Behçet.

### **CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE DE SECRETAIRE: 50%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE: 50% DEPUIS LE:01.01.2003  
(...)"

Dans un avis du 16 juillet 2015, le Dr [...] du SMR a relevé que le rapport d'expertise paraissait convaincant et de qualité, avec des conclusions logiques qu'il a faites siennes. Il a ainsi retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations de l'assurée depuis le mois de janvier 2003, et exclu une aggravation de l'état de santé de celle-ci.

Le 29 septembre 2015, l'OAI a envoyé à l'assurée, par l'entremise de l'assurance [...], un projet de décision du 3 août 2015 prévoyant de refuser d'augmenter de la rente d'invalidité, faute d'aggravation objective de l'état de santé.

Agissant par sa protection juridique, l'assurée a émis ses objections à ce projet de décision le 3 décembre 2015, faisant valoir que les conclusions des Drs J.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ était contredites par celles du Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 mars 2015, confirmées dans un nouveau rapport du 11 novembre 2015. Estimant que l'OAI n'avait pas tenu compte de l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_, divergeant de celui des praticiens qu'il avait lui-même mandatés et rémunérés, l'assurée a soutenu qu'une expertise complémentaire conduite par un spécialiste indépendant s'imposait avant qu'un nouveau projet de décision soit rendu. L'assurée a annexé à ses objections le rapport précité du Dr W.\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2015, libellé comme suit:

"(...)

1. (Réd.: Depuis quand suivez-vous G.\_\_\_\_\_?)

Je suis G.\_\_\_\_\_ régulièrement à ma consultation depuis le 13 juin 2000. G.\_\_\_\_\_ m'a consulté pour un deuxième avis ayant été suivie par un médecin traitant qui aurait posé le diagnostic de fibromyalgie (syndrome douloureux chronique).

Très rapidement et avec l'aide d'autres confrères rhumatologues et immunologues nous sommes arrivés au diagnostic d'une maladie auto-immune dite Becet.

Par la suite l'évolution a continué à être défavorable malgré différents traitements spécifiques, la patiente présentant d'importantes douleurs et une fatigabilité accrue qui ont nécessité une diminution de son taux d'activité. G.\_\_\_\_\_ est au bénéfice d'une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003.

2. (Réd.: Depuis quand G.\_\_\_\_\_ est-elle en incapacité de travail totale? et pour quelles raisons?)

G.\_\_\_\_\_ est dans l'incapacité de travail totale depuis le 8 juillet 2013 et ce à ce jour.

Les raisons sont multiples et toutes liées à la maladie de Becet et les conséquences de celle-ci. Les plaintes actuelles sont les suivantes: Fatigabilité extrême, douleurs diffuses, céphalées sévères avec migraines d'accompagnements, état anxio-dépressif consécutif aux troubles somatiques et syndrome anxio-dépressif que j'évaluerai de modéré à sévère. Elle présente aussi en raison de tous ces troubles une difficulté de concentration rendant toute activité actuellement impossible.

3. (Réd.: D'après le rapport d'expertise des Drs J.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, la prise de Remicade® a permis de diminuer les douleurs. Partagez-vous ce point de vue?)

Non, je ne suis pas d'accord avec le rapport d'analyse des Drs J.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ car la prise de Remicade® a peut-être diminué le nombre d'exacerbations douloureuses, mais aucunement l'intensité des crises douloureuses lorsqu'elles se présentent.

4. (Réd.: Si vous répondez par l'affirmative à la question précédente, pensez-vous que la diminution des douleurs est uniquement due au Remicade® ou également due au fait que G.\_\_\_\_\_ n'exerce plus d'activité professionnelle)

Je pense qu'il y a eu une mauvaise compréhension de la part des experts concernant leurs affirmations comme quoi la prise de Remicade® aurait permis de diminuer les douleurs. En effet la prise de ce médicament a permis de diminuer légèrement la fréquence de la survenue des crises douloureuses mais quand celles-ci apparaissent elles sont de la même intensité que sans la prise de Remicade®.

5. (Réd.: L'état de santé de G.\_\_\_\_\_ est-il actuellement en phase d'amélioration, de stabilisation ou en phase de péjoration? Vous voudrez bien détailler, dans un cas comme dans l'autre, votre réponse.)

Actuellement l'état de santé de G.\_\_\_\_\_ est en phase de péjoration.

Tout d'abord le traitement de Remicade® semble donner moins de résultats probablement lié à l'aggravation et à l'évolution défavorable de la maladie de Becet. Par ailleurs, ma patiente note que les séances répétées de physiothérapie qui avaient l'habitude de la soulager n'ont plus le même effet. De plus G.\_\_\_\_\_ note l'extension de ses douleurs à d'autres parties de son corps en l'occurrence la colonne cervicale et la ceinture scapulaire, et également une certaine exacerbation au niveau des grosses

articulations et de la colonne dorso-lombaire ainsi qu'au niveau des doigts.

(Réd.: 6. Une reprise d'une activité professionnelle est-elle envisageable? dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée?)

Actuellement aucune activité professionnelle n'est envisageable aussi bien dans son activité habituelle que dans toute autre activité adaptée.

(Réd.: 7. Dans la négative (à la question 6), une reprise d'activité péjorerait-elle de manière conséquente l'état de santé de G. \_\_\_\_\_? Si oui, dans quelle mesure?)

Il est évident qu'une reprise d'activité péjorerait de manière conséquente l'état de santé de G. \_\_\_\_\_. G. \_\_\_\_\_ a durant 10 ans fait preuve d'un courage exemplaire et ce au prix d'importants sacrifices et de gestion de sa douleur pour maintenir son taux d'activité à 50%. Toutefois en raison de l'évolution défavorable et de la chronicité de cette maladie qui n'est pas curable elle n'est plus en mesure d'entreprendre une quelconque activité et ce même à un faible pourcentage. Je pense que G. \_\_\_\_\_ a prouvé durant ces 10 ans qu'elle a tout fait pour maintenir le maximum de capacités au travail en travaillant à 50%. Malheureusement l'évolution de cette maladie que je rappelle incurable et chronique a fait qu'actuellement elle n'est plus en mesure de poursuivre cette activité.

Par ailleurs cette aggravation de la maladie et de l'impossibilité de G. \_\_\_\_\_ à assumer ses obligations professionnelles ont déclenché un état anxio-dépressif modéré à sévère.

En complément à la question 7, à noter que l'évolution de sa maladie a également une répercussion sur les activités quotidiennes de la patiente. G. \_\_\_\_\_ n'est plus en mesure d'assumer son ménage, dont s'occupe actuellement son mari après son travail.

(Réd.: 8. Avez-vous d'autres remarques à formuler au sujet de l'expertise des Drs J. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_?)

Concernant l'expertise des Drs J. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, je ne peux que confirmer qu'elle a été menée de manière professionnelle et éthique, toutefois je pense qu'ils se sont trop axés sur l'état de santé de la patiente le jour de l'expertise (la patiente étant plutôt dans un bon jour) et ils n'ont pas pris en compte l'état de santé global de la patiente étant donné qu'il s'agit d'une maladie incurable chronique rare qui se manifeste par des fluctuations importantes de la symptomatologie. (...)"

Le Dr [...] du SMR a pris position dans un avis du 5 janvier 2016 sur les arguments de l'assurée et du Dr W. \_\_\_\_\_, relevant que l'avis de celui-ci avait été pris en compte, mais n'apportait aucun élément clinique objectif nouveau ou grave par rapport à l'expertise. Sur le plan psychiatrique, le Dr W. \_\_\_\_\_ ne démontrait aucun status différenciant de celui de l'expert psychiatre et du psychiatre traitant pouvant suggérer une aggravation psychique, et retenait - contrairement aux experts - un état

anxio-dépressif modéré à sévère, ce qui n'engendrait pas systématiquement une incapacité de travail totale et ne remettait donc pas en cause les conclusions de l'expertise. Sous l'angle somatique, le diagnostic et les limitations retenus par le Dr W. \_\_\_\_\_ recouvraient les conclusions des experts, sous réserve de l'impact thérapeutique du Remicade®, qui selon ce praticien ne réduirait que la fréquence des crises de l'assurée, et de la capacité de travail. La fréquence des crises n'était toutefois pas quantifiée et l'avis du Dr W. \_\_\_\_\_ ne permettait ainsi pas d'objectiver une aggravation de l'état de santé de l'assurée, l'incapacité de travail totale qu'il retenait étant au demeurant une appréciation subjective, divergeant certes de celle des experts, mais sans apporter d'éléments cliniques objectifs, et ne remettant dès lors pas l'avis de ceux-ci en cause. Le Dr [...] a par conséquent confirmé sa position du 16 juillet 2015 selon laquelle il n'y avait pas d'aggravation de la situation clinique de l'assurée.

Par courrier du 26 janvier 2015, l'OAI a transmis à la protection juridique de l'assurée une décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité, rejetant la demande de révision du 18 novembre 2013 et maintenant le droit à une demi-rente basé sur un degré d'invalidité de 50%, pour les motifs suivants:

"(...) Selon les renseignements médicaux au dossier et après analyse de la situation par un médecin-conseil du Service médical régional, il ressort que les éléments apportés ne permettent pas de prendre en compte une aggravation objective de l'état de santé de G. \_\_\_\_\_. Sa capacité de travail demeure fixée à 50% dans une activité adaptée. L'activité de gestionnaire telle que celle exercée jusqu'en fin juillet 2013 auprès de l'Office des poursuites [...] est adaptée à votre état de santé. (...)"

**C.** Par acte du 25 février 2016, G. \_\_\_\_\_ - désormais assistée de l'avocat Christophe Misteli - a interjeté recours contre cette décision, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité complète lui est octroyée à partir du 13 juillet 2013, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, le tout avec suite de frais et dépens. Soutenant que les experts J. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ n'avaient pas pris en compte les aspects de médecine interne

et l'évolution de la maladie de Behçet dans le temps malgré son caractère chronique et fluctuant, elle a estimé que leur rapport d'expertise était lacunaire et n'avait qu'une faible valeur probante. Selon elle, les constatations du Dr W.\_\_\_\_\_ reposent à l'inverse sur des examens complets sur une longue période, et permettent ainsi de douter des conclusions des experts, sinon de les écarter. Elle reproche ainsi à l'OAI de n'avoir pas du tout tenu compte de l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_, qui serait d'une importante accrue dans le cas d'une maladie comme celle de Behçet, en considérant qu'aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du SMR n'existait, sans motivation supplémentaire. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise indépendante pluridisciplinaire.

Répondant le 11 avril 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse, renvoyant en substance aux considérants de celle-ci et soutenant que de nouvelles mesures d'instruction n'étaient pas indiquées, faute d'élément objectif nouveau au dossier médical. Il a produit le dossier de la recourante.

La réponse a été communiquée pour information le 14 avril 2016 à la recourante, qui n'a pas réagi.

### **E n d r o i t        :**

**1.            a)** Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]).

**b)** Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]).

**c)** Comprenant un exposé succinct des faits et des motifs invoqués ainsi que des conclusions (cf. art. 61 let. b LPGA), et déposé trente-et-un jours après l'envoi de la décision litigieuse, soit trente jours au plus après sa notification (cf. art. 60 al. 1 LPGA), le recours est recevable.

**2. 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). En vertu de l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il en particulier il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (al. 1 let. b) et s'il est invalide à 40% au moins au terme de cette année (al. 1 let. c), la rente étant échelonnée selon le taux d'invalidité, notamment à raison d'une demi-rente dès 50%, de trois quarts de rente dès 60% et d'une rente entière dès 70 % (al. 2).

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalide dès le 13 juillet 2013, au lieu de la demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 50 % dont elle bénéficie depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003.

**b)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une aggravation de l'état de santé de l'assuré n'ouvre un nouveau droit à la rente que pour autant qu'elle dure plus de trois mois (art. 88a al. 2 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201]). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec la constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices

d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; ATF 125 V 368 consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

En l'occurrence, la demi-rente de la recourante a été confirmée pour la dernière fois par communication du 20 janvier 2011, après examen au fond de sa situation médicale. Il faut ainsi déterminer, à compter de cette date, si une atteinte déjà existante à l'état de santé s'est aggravée sur plus de trois mois (cf. art. 88 al. 2 RAI). Le dossier de la recourante fait en outre état de nouveaux troubles, d'ordre psychiatriques ; ceux-ci sont une nouvelle atteinte à l'état de santé qui, pour ouvrir un droit à la rente, doit avoir causé une incapacité de travail d'au moins 40 % durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI ; cf. *supra* let. a).

**c)** Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b ; ATF 112 V 390 consid. 1b; TF 9C\_76512009 du 29 mars 2010 consid. 2.2). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/ Zurich/Bâle 2011, n. 3065 p. 833).

**d)** En vertu du principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; pour le tout TF 9C\_398/2014 du 27 août 2014).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 4A\_32/2012 du 30 mai 2012 consid. 3.1).

S'agissant de la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes pour la remettre en cause; il faut établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et réf. cit.).

**3. a)** La recourante conteste la valeur probante de l'expertise médicale et fait valoir que les experts J.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, qui se sont notamment fondés sur le rapport du Prof. T.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2014 exposant "l'impact majeur" du Remicade® sur les manifestations ostéoarticulaires et en particulier rachidiennes de sa maladie, ont omis de préciser qu'il mentionnait également des complications rendant la reprise d'une activité professionnelle inenvisageable en l'état, ainsi que des manifestations de fatigue très handicapantes. Elle leur reproche en outre d'avoir retenu l'absence de troubles de concentration ou d'attention sur la

base de la seule durée de l'examen psychiatrique, savoir une heure et quinze minutes, alors que la maladie de Behçet se caractériserait par des poussées inflammatoires aiguës récurrentes, mais non constantes. Elle invoque à cet égard l'arrêt E-5261 rendu le 21 novembre 2008 par le Tribunal administratif fédéral qui, dans un litige portant sur le réexamen d'une décision de renvoi d'un requérant d'asile débouté atteint de la maladie de Behçet, cite un rapport médical indiquant que l'évolution de cette maladie était incertaine. La recourante soutient encore qu'un examen complet de son état de santé requérait non seulement des examens rhumatologiques et psychiatriques, mais également de médecine interne. Elle se prévaut encore des constatations médicales du Dr W. \_\_\_\_\_, selon elle mieux informé de sa l'évolution de sa situation, et cite en particulier son rapport du 2 mars 2015 faisant état d'une "impossibilité de se concentrer sur toutes activités en raison de l'importance des douleurs permanentes". Elle fait grief à l'intimé d'avoir écarté l'avis de ce praticien sans motiver suffisamment ce choix, estimant que l'avis du médecin traitant est particulièrement important dans le cas d'une maladie évolutive.

**b)** Ces critiques ne résistent pas à l'examen. Certes, l'évaluation d'une aggravation des atteintes à la santé et d'une diminution de la capacité résiduelle de travail est difficile dans le cas d'une maladie de Behçet. Cela étant, c'est précisément la tâche des experts de faire la part des choses entre les allégations de la recourante - sans pour autant les négliger - et leurs propres constatations cliniques. Dans le cas d'espèce, les experts ont procédé à un examen fouillé du dossier médical de la recourante et ont établi une anamnèse complète de sa situation, tant sous l'angle somatique que psychiatrique. Ils ont rapporté ses plaintes quant à la fréquence et l'intensité des manifestations de la maladie et leurs conséquences, et ont complété toutes ces informations par leurs propres constatations cliniques avant de se prononcer sur le cas. C'est ainsi sur la base d'un dossier complet, et au travers d'un exposé convaincant et bien motivé, que les experts ont expliqué le cheminement de leur pensée. Il faut par conséquent accorder une pleine valeur probante à leur rapport d'expertise du 29 juin 2015.

**c)** Il ressort de ce rapport que la maladie de Behçet et ses symptômes ne se sont pas durablement aggravés, savoir qu'ils n'ont pas entraîné de modification notable de la capacité de travail sur une période de plus de trois mois, depuis le 20 janvier 2011 (cf. art. 88a al. 2 RAI ; *supra* consid. 2/b).

En effet, le traitement de Remicade® - qui avait été interrompu à la fin du mois de mars 2012 dans un contexte de malaise généralisé - a été réintroduit avec des effets positifs, comme le Prof. T. \_\_\_\_\_ l'a relevé dans son rapport du 3 octobre 2014. Selon le rapport de la Dresse [...] du 19 avril 2013, l'origine de ce malaise n'est pas déterminée, de sorte que l'on ne saurait l'attribuer à une aggravation de la maladie de Behçet, le dossier médical de la recourante ne faisant en outre pas état de poussées inflammatoires postérieures à l'année 2010. Le rapport précité du Prof. T. \_\_\_\_\_ laisse ainsi apparaître une situation stabilisée, sans graves complications et sous contrôle clinique, même si l'on ne peut pas parler de rémission ni de disparition complète des symptômes.

Outre ces éléments de nature médicale, on relèvera que les absences professionnelles de l'intéressée n'ont pas été sensiblement plus nombreuses ou longues après le 20 janvier 2011. Il existe certes une exception notable à cela, la recourante ayant eu une absence ininterrompue de plusieurs mois dès le 8 juillet 2013. Il ressort cependant du rapport du Prof. T. \_\_\_\_\_ du 3 octobre 2014 que cette incapacité de travail n'était pas due à une aggravation de la maladie de Behçet, mais à des troubles d'ordre psychiques, savoir une nouvelle atteinte qui n'ouvre le droit à des prestations de l'assurance-invalidité qu'au terme du délai d'attente d'un an (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI ; *supra* consid. 2/b *in fine*). En l'occurrence toutefois, la Dresse P. \_\_\_\_\_ a exclu dans son rapport du 2 février 2015, toute période d'incapacité de travail pour raisons psychiatriques depuis le mois de juillet 2014, soit encore dans le délai d'attente d'un an, ce qui exclut l'ouverture d'un nouveau droit aux prestations.

Il s'ensuit qu'il faut se rallier aux conclusions des experts médicaux et retenir qu'il n'y a pas eu d'aggravation objective de la situation médicale somatique, ni psychiatrique, de la recourante depuis le 20 janvier 2011. C'est dès lors à raison que l'intimé a rejeté la demande de révision de la recourante.

**4. a)** Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse du 26 janvier 2016.

**b)** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Vu le sort du recours, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens (art. 61 let. a LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours interjeté le 25 février 2016 par G. \_\_\_\_\_ contre la décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 26 janvier 2016 est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Christophe Misteli (pour G. \_\_\_\_\_)
- 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 :