

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2017

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

H. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 LPGA ; 28 al. 1 let. b et c, 29 LAI

E n f a i t :

A. **a)** H._____, née en 1976, a travaillé du 1^{er} février 2007 au 31 mars 2012 en qualité de secrétaire trilingue pour le compte du Tribunal M._____, site de W._____. Après avoir démissionné de son poste, elle a entrepris au mois de septembre 2012 des études de psychologie à l'Université de W._____, études qui ont été interrompues au cours de l'année 2014.

Souffrant d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, elle a déposé le 24 février 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a recueilli des renseignements médicaux auprès des docteurs F._____, spécialiste en rhumatologie (rapports des 29 janvier et 22 octobre 2014), T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapports des 26 mars 2014 et 20 janvier 2015), A._____, spécialiste en gastro-entérologie (rapports des 3 avril et 23 octobre 2014) et V._____, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 22 août 2014).

Fort des renseignements obtenus, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a décidé de mettre en œuvre un examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Dans leur rapport du 21 mai 2015, les docteurs N._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics de :

- *avec répercussion sur la capacité de travail*
 - Syndrome d'hyperlaxité ligamentaire dans le cadre d'un probable syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile
 - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

- *sans répercussion sur la capacité de travail*
 - Périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec probable déchirure du tendon sus-épineux D

- Syndrome rotulien bilatéral à prédominance D
- Rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques discrets à modérés du rachis avec minime rétrolisthésis de L5/S1
- Viscéroptose anamnestique
- Syndrome de Luchas Cranach anamnestique
- Gastrite anamnestique
- Discret prolapsus du feuillet postérieur de la valve mitrale avec discrète insuffisance
- Hyperlaxité du septum interarticulaire sans signal au Doppler couleur
- Discrète atrophie corticale cérébrale diffuse
- Rhinite allergique saisonnière
- Allergies à certains fruits et à certains oléagineux ainsi qu'à la poussière
- Migraines anamnestiques
- Carence martiale et en vitamine D anamnestique
- Anorexie mentale

Dans le cadre de leur appréciation du cas, les médecins du SMR ont relevé les points suivants :

Depuis l'enfance, l'assurée a déjà présenté des douleurs des deux épaules et des douleurs cervicales qui l'empêchaient de faire de la gymnastique, car elle présentait alors des subluxations des deux épaules et des deux coudes. Elle avait déjà à l'époque des douleurs lombaires et était déjà très fatiguée. Déjà à l'époque, elle faisait beaucoup de bronchites et avait le rhume des foins. Pendant sa scolarité et au gymnase, l'assurée a été souvent absente pour des raisons de santé et elle a dû finir son gymnase en cinq ans à la place de trois ans. Par la suite, les douleurs ont continué et se sont aggravées au fil des années. L'assurée a développé des douleurs migrantes généralisées et elle a fait de nombreuses radiographies qui n'ont rien montré de particulier. Elle a également fait beaucoup de physiothérapie depuis l'enfance, mais l'assurée a l'impression que cette physiothérapie lui a été inutile. Lorsqu'elle a commencé à travailler au Tribunal M. _____ en 2007, elle a commencé à présenter des blocages, notamment cervicaux, ainsi que de l'articulation temporomandibulaire D. Elle a développé également des douleurs de la mâchoire ddc et a fait de la physiothérapie pour la mâchoire. On lui a également prescrit une gouttière pour dormir. Elle a eu des IRM. Elle a également consulté plusieurs fois le Dr B. _____ pour des migraines sous forme d'hémicrânies à prédominance D, à caractère pulsatile, s'accompagnant de nausées, vomissements, photophobies et phonophobies. En fait, l'assurée a actuellement mal partout.

Actuellement, elle a particulièrement mal à la région cervicale D, à l'épaule D, ainsi qu'à la crête iliaque D. Elle a également mal à tout le rachis. Les douleurs cervicales augmentent actuellement à la toux, surtout en cas de blocage cervical. La position assise serait limitée à 30 minutes, surtout par les douleurs cervicales et, dans une moindre mesure, par les douleurs du reste du rachis. La position debout ne serait pas supportable. L'assurée dit devoir s'accroupir si elle veut rester sur ses jambes, ce qui la soulage. Le périmètre de marche serait limité à 30 minutes par des douleurs des pieds, des

chevilles et des genoux ainsi que par les douleurs de la région lombaire. L'assurée signale plusieurs réveils nocturnes par les douleurs et un dérouillage matinal d'une heure. L'assurée présenterait souvent des fourmillements des avant-bras, des mains, des jambes et des pieds. Elle présenterait parfois des lâchages des deux genoux et des deux chevilles. Auparavant, elle a fait beaucoup d'entorses des doigts et des chevilles.

Du point de vue des traitements, elle a fait donc de la physiothérapie à sec et en piscine ainsi que de l'acupuncture qui se seraient avérées inefficaces. Elle a eu également une injection intramusculaire de cortisone. Actuellement, elle a repris depuis la mi-mars 2015, suite à un blocage cervical, de la physiothérapie et de l'ostéopathie.

Dans les antécédents personnels, notons une opération pour kyste utérin en juillet 2014. L'assurée est par ailleurs connue pour des kystes ovariens et des douleurs au niveau des ovaires et des seins, qu'elle traite par Brufen. Elle présenterait également une gastrite avec hyperplasie foveolaire se manifestant par des nausées ainsi qu'une viscéroptose pour laquelle elle prendrait, selon elle, du Motilium, du Pantoprazole et des laxatifs, l'assurée étant par ailleurs constipée. L'assurée présenterait également des épigastralgies à caractère continu.

A l'anamnèse systématique, relevons encore des sinusites, des angines et des rhumes fréquents ainsi que des problèmes de peau, sous forme d'eczéma, d'acné, ainsi que d'autres problèmes de peau dus au fait « qu'elle s'arrache elle-même la peau à cause de l'énervement et car elle désirerait se suicider ». L'assurée nous signale également que le Dr Z. _____ a posé le diagnostic d'hyperinflation pulmonaire. L'assurée nous dit souffrir donc de dyspnée avec sensation d'étouffement et brûlures présternales. La dyspnée d'effort est quantifiable à deux à trois étages d'escaliers, mais l'assurée doit monter les escaliers lentement. L'assurée peut présenter des palpitations à n'importe quel moment, mais pas particulièrement à l'effort. Elle présente également des brûlures d'estomac. Son poids est stable et l'assurée a toujours été mince. L'assurée fait souvent des cystites avec brûlures urinaires et odynurie. L'assurée présenterait des vertiges à la marche qui, selon le Dr Z. _____, correspondraient à des migraines accompagnées. L'assurée est par ailleurs connue pour un rhume des foins, une allergie à la poussière, à certains fruits et à certains oléagineux. Elle est également connue pour une carence en fer et en vitamine D. Elle aurait eu également une échocardiographie pratiquée par la Dresse P. _____, cardiologue, en octobre 2014, qui aurait mis en évidence un discret prolapsus du feuillet postérieur de la valve mitrale avec discrète insuffisance mitrale. Cet examen a également mis en évidence une hyperlaxité du septum interauriculaire, sans signal au Doppler couleur.

Au status actuel, on note une assurée en état général moyen, présentant un poids à la limite inférieure de la norme avec un BMI à 18,75. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. L'abdomen est souple, sensible en fosse iliaque D et à l'hypocondre D, sans défense, ni détente. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ou de masse palpable.

Du point de vue cutané, on note de petites cicatrices de prurigo aux quatre membres et sur le dos. L'assurée ne présente par contre pas de cicatrices chéloïdes, ni de veinetasies, ni de varices. Sa peau est douce, discrètement hyperélastique, mais pas fine, ni translucide.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assurée déambule normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds est possible, mais se fait avec un lâchage des orteils du côté D à chaque pas, tout en restant sur la pointe des pieds, dans le cadre probablement de l'hyperlaxité ligamentaire. La marche sur les talons est possible ddc. L'accroupissement est complet et indolore. Le relèvement se fait sans aide extérieure. D'ailleurs, l'assurée nous dit que l'accroupissement la soulage de ses douleurs en général. Le reste du status neurologique est par ailleurs parfaitement normal, si ce n'est des troubles sensitifs mal systématisés de l'hémicorps D, sous forme d'une hypoesthésie de l'hémiface D, de l'hémitronc D et du membre inférieur D, alors que, bizarrement, la sensibilité du membre supérieur D est conservée. Ces troubles sensitifs mal systématisés de l'hémicorps D sont probablement d'origine fonctionnelle, au vu du reste du status neurologique qui est parfaitement normal et de leur caractère mal systématisé.

Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est très bonne. La mobilité cervicale également. La mobilité des articulations périphériques est également très bonne. Seules l'élévation et l'abduction de l'épaule D sont discrètement limitées. La distance pouce-C7 est également légèrement augmentée à l'épaule D par rapport à l'épaule G. Les épreuves de Hawkins sont également positives au niveau des deux épaules, surtout à D et l'épreuve de Jobe douloureuse au niveau des deux épaules, surtout à D. On ne note par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note des douleurs à la palpation de 9 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant insuffisant pour poser ce diagnostic. L'assurée présente par ailleurs un syndrome rotulien bilatéral à prédominance D. Elle présente également 7 signes d'hyperlaxité ligamentaire selon Beighton sur 9. L'assurée présente 2 critères majeurs pour un syndrome d'Ehler-Danlos et 11 critères mineurs pour ce même syndrome. Chez cette assurée, il s'agit probablement d'un syndrome d'Ehler-Danlos hypermobile, qui est la forme la plus bénigne des syndromes d'Ehler-Danlos. Comme le signale le Dr E. _____, il n'existe actuellement pas de diagnostic moléculaire possible pour cette forme de syndrome d'Ehler-Danlos.

Les examens radiologiques à notre disposition ont mis en évidence un minime rétrolisthesis de L5 sur S1 et une attitude scoliothique dextroconvexe dorsolombaire centrée sur le segment D, sans rotation des corps vertébraux visibles. Un scanner aortique et thoraco-abdominal de septembre 2013 n'a pas mis en évidence de pathologie de l'aorte thoracique ou du parenchyme pulmonaire. Un angio-CT cérébral et des vaisseaux supra-aortiques d'octobre 2014 met en évidence une atrophie fronto-temporale bilatérale. Par ailleurs, cet examen est dans les limites de la norme, sans dissection. Une IRM cérébrale du 06.11.2014 confirme une discrète atrophie corticale diffuse, inchangée depuis une IRM du 14.10.2008.

Cette IRM ne met donc pas en évidence d'anomalie expliquant les migraines, ainsi que les troubles sensitifs présentés par l'assurée. Une densitométrie osseuse d'août 2014 met en évidence une discrète ostéopénie au niveau du fémur proximal G. La mesure du TBS au niveau rachidien montre un état normal de la microarchitecture osseuse au niveau de la colonne lombaire. Un examen de la colonne dorsolombaire de profil ne met pas en évidence de fracture vertébrale. Une échographie de l'épaule D met en évidence une probable déchirure de la face articulaire et distale du tendon supra-épineux, difficile à préciser du fait de position difficile à tenir par la patiente, en raison de son hyperlaxité. Cet examen met en évidence également un épanchement infra-articulaire gléno-huméral modéré, pouvant être en rapport avec des subluxations à répétition. L'échocardiographie transthoracique pratiquée en octobre 2014 par la Dresse P._____, cardiologue, met en évidence, mis à part un minime prolapsus isolé du feuillet postérieur de la valve mitrale avec discrète insuffisance, une discrète hyperlaxité du septum interauriculaire sans signal au Doppler couleur.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui sont respectées dans l'activité de secrétaire au Tribunal M._____. Ainsi, dans cette activité, l'incapacité de travail est tout au plus de 30 %. Effectivement, nous retenons tout de même une incapacité de travail de 30 % du point de vue ostéoarticulaire dans cette activité, au vu des douleurs ostéoarticulaires diffuses qui sont typiques du syndrome d'Ehler-Danlos hypermobile. Nous ne retenons cependant pas une incapacité de travail supérieure à 30 %, la tolérance à la position assise en cours d'entretien ayant été bonne et en l'absence de raison biomécanique à attester une incapacité de travail supérieure. Cependant, au vu de la pathologie psychiatrique concomitante, l'incapacité de travail est complète. Notre évaluation ne tient évidemment pas compte des aspects pneumologiques et gastroentérologiques. A notre sens cependant, les pathologies gastroentérologiques et pneumologiques ne devraient pas limiter la capacité de travail dans une activité adaptée. Cependant, nous laissons encore le soin au médecin responsable du dossier d'évaluer la nécessité d'avis gastroentérologique et pneumologique complémentaires.

D'un point de vue psychiatrique, il s'agit donc d'une assurée qui mentionne avoir eu une enfance et une adolescence vécues de façon très difficile. L'assurée considère que ses difficultés sont en relation avec ses origines turco-musulmanes, qui étaient difficiles à vivre dans la société suisse de l'époque. Le père de l'assurée est décédé alors qu'elle avait une quinzaine d'années et ceci serait à l'origine des difficultés d'ordre psychologique connues. L'assurée révèle avoir commencé à consulter très jeune un psychiatre, la Dresse C._____, alors qu'elle avait environ 20 ans. Le suivi a duré environ pendant trois ans.

Puis, l'assurée n'a plus jamais consulté de psychiatre jusqu'à ce qu'elle aille en consultation chez le Dr T._____, à partir de l'année 2008.

En 2009, le Dr T. _____ adresse l'assurée à la Clinique S. _____. Le diagnostic à la sortie est celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). La comorbidité indiquée est celle d'un trouble de l'alimentation sans précision (F50.9). Le séjour à la Clinique S. _____ dure du 27.08.2009 au 01.10.2009. A la sortie, l'assurée continue le suivi chez le Dr T. _____.

Dans son rapport en date du 26.03.2014, le Dr T. _____ atteste que l'assurée présente, d'un point de vue psychiatrique, une dysthymie sévère, une anorexie mentale et une phobie sociale. De plus, elle présente une hypersomnie investiguée. Dans le rapport en date du 16.02.2012, élaboré par le Dr K. _____, neurologue FMH, il est attesté que l'assurée ne présente pas de trouble intrinsèque du sommeil pouvant expliquer son hypersomnie. Il existe donc une composante psychologique au problème d'hypersomnie présenté par l'assurée. Dans son rapport en date du 26.03.2014, le Dr T. _____ n'évalue pas l'incapacité de travail de sa patiente.

D'un point de vue professionnel, l'assurée a commencé à travailler au Tribunal M. _____ de W. _____ à partir du 01.02.2007, et ce jusqu'au 01.01.2012 après avoir démissionné. Avant cette période régulière de travail, l'assurée a présenté de fréquentes interruptions professionnelles en relation avec des épisodes maladroits. L'assurée dit avoir présenté sa démission après avoir reçu plusieurs avertissements de la part de son employeur. L'assurée a préféré donner sa démission, plutôt que d'attendre l'éventuel avis de licenciement. Après avoir arrêté de travailler au Tribunal M. _____, l'assurée a voulu commencer des études de psychologie, mais elle n'a pu suivre le rythme et a donc dû interrompre les études. Il existe donc des grandes périodes d'incapacité pour des raisons de maladie, selon l'assurée, qui jalonnent sa vie professionnelle.

Au status de ce jour, l'assurée se présente toute de noir vêtue. Elle est mince. L'assurée se présente assise dans une position quasiment foetale, où elle a les jambes repliées avec les genoux en-dessous du menton. Par ailleurs, elle présente la tête en latéroflexion G. De plus, l'assurée se présente souvent en larmes, répondant de façon très émotive aux questions et ayant l'impression d'être violente. L'assurée entretient un contact sur le mode régressé. Pas de troubles cliniques manifestes de l'attention, ni de la concentration, ni de la mémoire. Pas de troubles florides de la lignée psychotique. L'assurée ne présente pas de trouble relevant d'un trouble de l'anxiété généralisée. L'assurée ne présente pas de crises de panique, ni anamnestiques, ni en cours d'examen. L'assurée se révèle anxieuse en relation avec sa situation.

Sur le plan de la thymie, l'assurée présente de l'adynamie sous forme d'une grande réduction de l'énergie, des épisodes d'hypersomnie, une perte importante de la confiance en soi, une perte d'espoir, un sentiment de désespoir face à sa situation personnelle. L'assurée présente un net retrait social. D'après le rapport établi par la Clinique S. _____ en octobre 2009, l'assurée présentait déjà les symptômes d'un trouble dépressif récurrent, à l'époque sévère sans symptômes psychotiques. Actuellement, l'assurée présente un épisode dépressif moyen dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent.

L'assurée a besoin d'un suivi psychiatrique régulier et intensif, il est nécessaire que les médecins traitants sur la base notamment de ce rapport bi-disciplinaire puissent rassurer l'assurée à propos de ses problèmes somatiques puisque l'assurée est absolument convaincue d'un état de maladie très grave qui l'empêche de pouvoir exercer une activité professionnelle.

Limitations fonctionnelles

Syndrome d'Ehler-Danlos et rachis : nécessité d'alterner 2 x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

Membres intérieurs : pas de genuflexions répétées. Pas de franchissement régulier d'escabeau, échelle ou escaliers.

Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 70°. Pas de lever de charges de plus de 5 kg avec les membres supérieurs.

Les limitations fonctionnelles sont en relation avec le diagnostic psychiatrique incapacitant. Il s'agit de l'adynamie présentée par l'assurée, de sa lenteur.

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

Depuis le 24.01.2014, du point de vue rhumatologique.

D'un point de vue psychiatrique, l'assurée présente une incapacité de travail de 100 % depuis le 24.01.2014 sur base du certificat du médecin traitant (sachant que le psychiatre traitant ne s'est pas prononcé, que l'assurée a remis sa démission pour le 31 mars 2012, que l'assurée a eu des activités estudiantines pendant l'année 2013).

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

L'incapacité de travail est restée de 30 % dans l'activité habituelle de secrétaire au Tribunal M. _____ depuis le 24.01.2014 d'un point de vue rhumatologique. Cette activité professionnelle est une activité bien adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire et la capacité de travail est également de 70 % dans toute autre activité adaptée du point de vue rhumatologique. Evidemment, cette évaluation de la capacité de travail ne tient compte que de l'aspect ostéoarticulaire. Elle ne tient pas compte des aspects pneumologiques et gastroentérologiques. Dans cette situation, nous laissons le soin au médecin responsable du dossier au SMR, le Dr L. _____, d'évaluer la nécessité d'avis gastroentérologique et pneumologique complémentaires. De toute manière, au vu de la pathologie psychiatrique concomitante, l'incapacité de travail est complète quelle que soit l'activité professionnelle.

D'un point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail de 100 % s'est maintenue depuis le 24.01.2014.

A la suite de cet examen, l'assurée s'est plainte par courrier du 21 avril 2015 de la manière dont l'examen psychiatrique s'était déroulé. En réponse aux griefs mentionnés, l'office AI a indiqué par courrier du 21 mai 2015 que ledit examen avait été accompli et exécuté conformément aux prescriptions en vigueur.

Par projet de décision du 28 octobre 2015, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2015.

L'assurée s'est opposée à ce projet, estimant qu'elle pouvait prétendre à une rente d'invalidité depuis le 1^{er} août 2014. Contrairement à ce que retenait le projet de décision, le début de l'incapacité de travail ne se situait pas au 24 janvier 2014, mais remontait bien avant, soit à l'époque où elle était employée du Tribunal M._____.

Par décisions des 22 février et 14 mars 2016, l'office AI a confirmé son projet de décision. Dans les explications adressées au représentant de l'assurée, il a précisé les éléments suivants :

Selon les éléments médicaux au dossier, Mme H._____ présente différentes pathologies : syndrome d'hyperlaxité ligamentaire dans le cadre d'un probable syndrome d'Ehler-Danlos hypermobile, ainsi que les symptômes multiples en relation avec cette pathologie, notamment une fatigabilité, des troubles de la concentration, des douleurs diffuses, des troubles non spécifiques digestifs, urogénitaux et pulmonaires, et une hyperinflation pulmonaire. Le médecin traitant psychiatre de votre mandante demandait alors un examen bi-disciplinaire en raison de ses comorbidités psychiatriques. Cet examen clinique (rhumatologique et psychiatrique) s'est déroulé le 14 avril 2015 au Service Médical Régional AI.

Sur le plan rhumatologique, il n'est pas démontré médicalement que votre mandante ne puisse plus travailler dans son activité de secrétaire et cette activité est adaptée, à plein temps, aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

Au plan psychiatrique, le diagnostic en 2009 à la sortie de la Clinique S._____ est celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. La comorbidité indiquée est

celle d'un trouble de l'alimentation sans précision. Le médecin psychiatre traitant, dans son rapport du 26.03.2014, atteste que la bénéficiaire présente, d'un point de vue psychiatrique, une dysthymie sévère, une anorexie mentale et une phobie sociale ; sans évaluer l'incapacité de travail de sa patiente.

Force est dès lors de constater que votre mandante présente une incapacité de travail ininterrompue au plus tôt en janvier 2014 date à laquelle l'atteinte est incapacitante au sens de l'AI ; c'est donc à cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année prévu à l'article 28 al. 1 let. b LAI. Le début du droit à la rente est dès lors fixé en janvier 2015, à l'échéance dudit délai.

B. **a)** Par acte du 31 mars 2016, H._____, représentée par Me Yero Diagne, a déféré la décision rendue le 22 février 2016 par l'office AI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en prenant, sous suite de frais et dépens, les conclusions suivantes :

- I. Le recours est admis.
- II. *Principalement* : La décision de l'Office AI du 22 février 2016 est réformée en ce sens que Mme H._____ a droit à une rente invalidité entière dès le 1^{er} août 2014, étant précisé que l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité remonte à l'époque où Mme H._____ était employée du Tribunal M._____.
- III. *Subsidiairement* : La décision de l'Office AI du 22 février 2016 est annulée, la cause étant renvoyée à l'Office AI pour nouvelle décision au sens des considérants.

Elle estimait, au vu de la chronologie des événements et de la documentation médicale figurant au dossier, qu'il fallait retenir qu'elle était en incapacité de travail durable depuis une date bien antérieure à celle du 24 janvier 2014 retenue par l'office AI, respectivement depuis l'époque où elle avait été contrainte de quitter son emploi au Tribunal M._____ en raison de ses problèmes de santé.

b) Par courrier du 26 avril 2016, H._____ a transmis de nouvelles pièces médicales (déclaration médicale du docteur Q._____ du 21 avril 2016 ; rapport médical du docteur J._____ du 7 avril 2016 ; rapport médical du docteur X._____ du 14 avril 2016 ; certificat médical du docteur A._____ du 31 mars 2016) destinées à établir que les

différentes affections dont elle souffrait étaient invalidantes depuis l'époque où elle était employée du Tribunal M._____.

c) Dans sa réponse du 19 mai 2016, l'office AI a conclu au rejet du recours. S'appuyant sur un avis médical du SMR du 13 mai 2016, il a considéré que les pièces médicales produites par la recourante ne justifiaient pas de retenir une autre date que celle retenue dans la décision litigieuse.

d) Dans sa réplique du 13 juin 2016, H._____ a constaté que l'office AI n'avait pas pris la peine de discuter les griefs développés dans son recours, puisque celui-ci s'était contenté de se référer à l'avis du SMR, lequel n'avait fait que prendre position sur les nouvelles pièces médicales qu'elle avait produites.

e) Dans sa duplique du 5 juillet 2016, l'office AI a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours, en produisant à cet effet un nouvel avis médical du SMR daté du 29 juin 2016.

f) H._____ s'est déterminée une dernière fois le 25 août 2016.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir à partir de quand elle peut prétendre au versement de cette rente.

3. Quand bien même le recours n'a été formé que contre la décision du 22 février 2016, il convient d'admettre que le recours porte également sur la décision du 14 mars 2016, ces prononcés ne constituant en fait qu'une seule et même décision. En effet, le droit à la rente est un rapport juridique qui ne saurait être scindé en plusieurs parties indépendantes faisant l'objet de plusieurs décisions partielles (cf. TF 9C_311/2008 du 28 novembre 2008 consid. 1.2 et les références).

4. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, la rente d'invalidité ne peut être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

d) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

5. a) Pour fonder son point de vue, l'office intimé se réfère aux différentes prises de position rédigées au cours de la procédure par le docteur L._____, médecin-conseil auprès du SMR (rapports des 28 mai 2015, 22 octobre 2015, 13 mai 2016 et 29 juin 2016). En substance, le

docteur L._____ considère, sur le plan somatique, que la recourante présente depuis le jour de sa démission du Tribunal M._____ (31 mars 2012), une incapacité de travail de 30 % dans son activité habituelle et une pleine capacité de travail dans une activité parfaitement adaptée à ses limitations fonctionnelles, capacité qui lui avait d'ailleurs permis de reprendre une formation universitaire. Sur le plan psychiatrique, le docteur L._____ admet le caractère totalement invalidant de l'épisode dépressif moyen dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent ; il s'agit toutefois d'une nouvelle atteinte à la santé dont la survenance est attestée, selon le certificat médical établi par la doctoresse F._____, à compter du 24 janvier 2014. Dans la mesure où un état dépressif sévère et les troubles de la concentration et de l'attention qui en résultent n'est pas compatible avec une activité estudiantine telle que celle poursuivie par la recourante, il n'est en effet pas possible objectivement de retenir une incapacité de travail antérieure à cette date.

b) Plusieurs motifs empêchent d'accorder du crédit à l'appréciation du docteur L._____.

aa) En premier lieu, il convient de constater que le docteur L._____ opère une confusion manifeste entre le rapport établi par la doctoresse F._____ le 22 octobre 2014 et celui établi par le docteur V._____ le 22 août 2014. Ainsi que le souligne la recourante, seul ce dernier médecin a fait mention de la date du 24 janvier 2014, la doctoresse F._____ ayant indiqué quant à elle avoir assuré le suivi de la recourante à compter du 27 janvier 2014. Comme l'a mis en évidence le docteur Q._____ dans sa déclaration du 21 avril 2016, cette date semble avant tout correspondre au début de la prise en charge par le docteur V._____, plutôt qu'à un changement notable de l'état de santé de la recourante.

bb) L'analyse opérée par le docteur L._____ est incomplète dans la mesure où elle ne tient pas compte de la problématique gastro-entérologique et des rapports médicaux établis par le docteur A._____. Or ce médecin avait indiqué, dans un rapport du 23 octobre 2014

(confirmé le 31 mars 2016), qu'une quelconque activité externe était totalement impossible sur un plan strictement digestif, compte tenu d'une hypersomnie post-prandiale. Dans leur rapport du 21 mai 2015, les docteurs N._____ et R._____ avaient d'ailleurs également souligné que leur évaluation ne tenait pas compte des aspects gastroentérologiques.

cc) Il existe par ailleurs plusieurs indices qui démontrent que la recourante ne disposait pas des capacités physiques et psychiques nécessaires à l'accomplissement d'études universitaires. A l'évidence, le docteur L._____ n'a pas pris en considération les documents qui attestaient du parcours universitaire chaotique de la recourante. Selon les pièces produites au cours de la procédure, elle n'avait pas été en mesure de se présenter aux examens de la session d'été 2013 (trois examens) et d'automne 2013 (quatre examens) et avait obtenu un réaménagement de son programme d'examen (courrier du 21 septembre 2013). Elle s'était ensuite retirée des examens de la session d'hiver 2014 (un examen), d'été 2014 (quatre examens) et d'automne 2014 (trois examens). Elle avait obtenu un nouvel aménagement de son plan d'étude (courrier du 23 juin 2014), avant qu'elle ne soit exmatriculée pour non-paiement des taxes et droits d'inscription (courrier du 16 octobre 2014). Chaque retrait d'une session d'examen était justifié par un certificat médical établi le plus souvent par le docteur T._____, psychiatre traitant (voir également l'attestation médicale du docteur D._____ du 13 septembre 2013).

c) Plus généralement, le point de vue défendu par le SMR quant à la date retenue pour fixer le début de l'incapacité de travail ne repose, on l'a vu, que sur la seule date mentionnée par le docteur V._____ dans son rapport du 22 août 2014 et diverge des autres avis médicaux exprimés au cours de la procédure. Dans son rapport du 22 octobre 2014, la doctoresse F._____ a indiqué que la capacité de travail était nulle, quelle que soit l'activité envisagée, en tout cas depuis le début du suivi à sa consultation, le 27 janvier 2014 ; selon ce médecin, il était néanmoins probable que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle remontât au moins au 1^{er} avril 2012, date à laquelle la recourante avait été licenciée de son emploi de secrétaire trilingue du Tribunal M._____ «

en raison d'arrêts de travail à répétition secondaires au syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ». Dans son rapport du 23 octobre 2014, le docteur A._____ a indiqué que la recourante présentait, sur un strict plan digestif, une incapacité totale de travailler depuis sa dernière activité de secrétaire au Tribunal M._____ en raison - notamment - d'une hypersomnie post-prandiale. Dans le certificat médical qu'il a établi le 29 mars 2016, le docteur T._____ a confirmé ce point de vue, en précisant que le travail de la recourante auprès du Tribunal M._____ n'était à l'époque pas exigible, dans la mesure où elle présentait un rendement diminué « en raison de la grande fatigue et le besoin irrépissible de dormir qui sont des symptômes de sa maladie d'Ehlers-Danlos » (voir également le rapport du docteur T._____ du 20 janvier 2015 ainsi que le rapport du docteur G._____ du 29 novembre 2013). L'ensemble de ces éléments ont été confirmés ensuite par le docteur Q._____ dans son rapport du 21 avril 2016. Ce médecin, qui a assuré le suivi de la recourante en qualité de médecin traitant d'octobre 1998 à mars 2013, a également relevé le caractère arbitraire de la date retenue par l'office AI pour fixer le début de l'incapacité totale de travailler. A son avis, l'état de santé de la recourante s'était dégradé, tant sur le plan physique que psychique, surtout depuis 2009. Il était ainsi quasiment certain que la recourante présentait déjà en 2012 - au plus tard au moment où elle a donné son congé au Tribunal M._____ - une invalidité importante d'au moins 40 %, sans doute même plus puisqu'elle n'avait pas été capable de suivre ses cours universitaires, malgré une forte motivation. Pour sa part, le docteur J._____ a souligné, dans son rapport du 7 avril 2016, que seule l'errance diagnostique regrettable dont la recourante avait fait l'objet expliquait l'impression faussée d'une apparition tardive du syndrome et de ses conséquences. L'atteinte multisystémique et progressive expliquait que l'état général s'était fortement dégradé à partir de l'âge de 20 ans déjà et qu'elle avait eu un fort retentissement aussi bien dans son parcours universitaire et professionnel que dans sa vie sociale et privée.

d) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présente une

incapacité totale de travailler - dont la cause est multifactorielle (rhumatologique, psychiatrique et gastro-entérologique) - qui remonte à tout le moins à l'époque où elle a mis un terme à ses rapports de travail avec le Tribunal M._____. Dans la mesure où les organes de l'assurance-invalidité n'ont pas à examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande (art. 28 al. 1 let. b et c et art. 29 LAI), il n'est toutefois pas nécessaire de fixer la date précise de la survenance de l'incapacité totale de travailler. Il suffit de constater qu'elle existait six mois avant le dépôt de la demande de prestations du 24 février 2014.

7. a) Partant, le recours, bien fondé, doit être admis et les décisions des 22 février et 14 mars 2016 doivent être réformées en ce sens que H._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2014.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais 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. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'500 fr. à la charge de l'office AI (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. Les décisions rendues les 22 février et 14 mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées en ce sens que H._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2014.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Yero Diagne, avocat (pour H._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :