

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 janvier 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Peter et Mme Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 43 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un CFC d'employée de commerce, a subi, le 31 août 2011, une cure de hernie discale L5-S1 paramédiane gauche au Centre hospitalier F._____, dont l'évolution n'a jamais été réellement favorable (cf. rapport de la Dresse Q._____ du 15 septembre 2015).

Depuis le 1^{er} septembre 2014, l'assurée a travaillé en tant qu'assistante administrative en gestion immobilière pour le compte de P._____. Ses douleurs s'étant intensifiées à partir du mois de mai 2015 sous forme de lombosciatalgies gauches, à la suite du port de charges dans son activité professionnelle, elle est en incapacité totale de travailler depuis le 16 juin 2015.

V._____, assureur perte de gain collectif en cas de maladie, a versé des indemnités journalières dès le 1^{er} juillet 2015.

Le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 24 juin 2015 a mis en évidence chez l'assurée une discopathie L5-S1 avec réaction cicatricielle modérée dans la région opérée du récessus latéral gauche L5-S1, sans signe de récurrence herniaire ni rétrécissement canalaire. Le Dr W._____, spécialiste en neurochirurgie, a toutefois considéré qu'une prise en charge chirurgicale n'était pas indiquée (cf. rapport du 4 août 2015).

Le 15 septembre 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) indiquant souffrir d'une hernie discale et de discopathies.

Dans un rapport à l'OAI du 26 novembre 2015, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies sans déficit moteur, sur

hernie discale L5-S1 et compression S1 gauche (cure d'hernie discale le 31 août 2011 et persistance de douleurs lombaires chroniques avec parfois des sciatalgies du membre inférieur gauche et troubles sensitifs séquellaires) depuis 2011 et de récurrence de lombosciatalgies aiguës gauches réfractaires aux traitements antalgiques.

Il a notamment joint un rapport du 18 septembre 2015 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant les diagnostics de lombosciatalgies S1 chroniques, discopathie dégénérative L5-S1 et de status post micro-discectomie L5-S1 gauche et préconisant un traitement conservateur (prise en charge par le Dr R._____) aux dépens d'un traitement chirurgical plus risqué.

L'assurée a été licenciée avec effet au 31 mars 2016.

Dans un rapport à l'OAI du 16 décembre 2016, la Dresse D._____ du Centre d'antalgie du Centre hospitalier F._____, a indiqué suivre l'assurée depuis le 13 juin 2016 et posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de sciatalgie gauche et d'inflammation des facettes dorso-lombaires, précisant que ces atteintes étaient réfractaires au traitement infiltratif, mais que l'évolution était favorable mais au long cours. Selon cette praticienne, l'assurée était incapable de rester assise au-delà de deux heures d'affilée et debout plus d'une heure. Elle a considéré que l'activité exercée était médicalement encore exigible à condition d'être adaptée, soulignant que le rendement était probablement réduit en raison des douleurs. Il lui semblait possible que l'intéressée travaille deux demi-journées par semaine avec un travail adapté, soit une activité évitant les positions suivantes : uniquement assis ou debout, accroupi, à genoux, en rotation ou encore impliquant le port de charge ou de monter les escaliers ou une échelle.

Dans un rapport du 28 décembre 2016, le Dr R._____, chef de service auprès du département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier F._____, a posé les diagnostics incapacitants de

lombosciatalgies gauches chroniques dans le cadre d'un status après cure de hernie discale L5/S1 en 2011 (douleurs neuropathiques et déconditionnement physique et psychique [fragilité psychologique, « tombe en pleurs quand nous évoquons sa situation globale »]) et de migraines. Il a énuméré les restrictions suivantes : alternance des postures, assise 30 minutes, position debout stationnaire difficilement tenue, marche 1 heure. D'un point de vue médical, il a estimé que l'activité exercée était probablement encore exigible mais avec une diminution du rendement d'environ 50%.

Dans un avis médical du 20 janvier 2017, la Dresse Z. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a suggéré, compte tenu de l'âge de l'assurée, de la symptomatologie douloureuse chronique réfractaire au traitement et l'absence d'éléments cliniques objectifs, ainsi que la fragilité psychologique en partie liée à des facteurs extérieurs à la sphère médicale et l'absence de prise en charge psychiatrique, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Le 5 mai 2017, l'OAI a réceptionné le rapport d'expertise du 11 août 2016 réalisée par le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, à la demande de V. _____. Ce praticien a posé les diagnostics de lombosciatique S1 gauche chronique et de status après cure de hernie discale L5-S1 gauche en août 2011. Pour le surplus, il a exposé ceci :

« 4. Quelle est la capacité de travail actuellement raisonnablement admissible en rapport avec la profession exercée ? Cette capacité de travail est-elle susceptible d'être augmentée ? Si oui, à partir de quand et à quel taux ?

K. _____ souffre d'une lombosciatique S1 gauche chronique, survenue quinze jours après une cure de hernie discale L5-S1 gauche pour atteinte radiculaire S1 gauche avec, selon l'anamnèse, une atteinte purement sensitive et irritative à l'époque. La chronologie de la reprise des douleurs après l'intervention, liée au fait que les examens IRM effectués par la suite n'ont pas mis en évidence de récurrence de hernie discale, sont compatibles avec un processus de fibrose et sur le dernier examen IRM, dont j'ai pu lire le compte-rendu, le radiologue décrit une prise de Gadolinium autour de la racine S1 gauche ce qui va dans le sens de ce diagnostic. Ces phénomènes douloureux liés à une fibrose post-opératoire sont

malheureusement difficiles d'accès aux thérapies habituelles et l'assurée illustre malheureusement cette situation puisqu'elle a bénéficié de très nombreuses approches thérapeutiques sans bénéfice notable et actuellement souffre de manière très marquée à la fois au niveau lombaire et au niveau de cette atteinte radiculaire S1 gauche. Le pronostic est donc médiocre au vu de l'ensemble de ces thérapies déjà tentées sans grand succès. Je suggère que l'on essaye un traitement de Rivotril le soir qui parfois permet d'améliorer le sommeil, ce qui serait une bonne chose pour cette assurée, et également de contribuer à désensibiliser quelque peu ces irritations radiculaires persistantes du fait d'une fibrose. J'ai encouragé bien entendu la patiente à poursuivre sa rééducation et notamment ses entraînements musculaires rachidiens et abdominaux. Je l'ai encouragée à poursuivre les séances d'infiltrations actuellement en cours au Centre d'antalgie du Centre hospitalier F. _____ afin si possible de bloquer ces voies douloureuses. Il sera peut-être question, en cas d'échec de tout ce qui précède, d'implantation d'un stimulateur médullaire mais pour le moment une telle proposition n'a pas été faite à l'assurée par les médecins du Centre d'antalgie. En tout état de cause, il faut considérer qu'en raison de cette atteinte à la santé importante, la patiente doit être considérée comme incapable d'exercer une activité professionnelle pour l'instant et malheureusement vraisemblablement de façon durable.

5. Quelle serait la capacité de travail actuellement raisonnablement admissible dans une autre activité adaptée et en quoi pourrait consister cette activité adaptée ?

Au vu de l'importance des douleurs de la patiente, de leur permanence, du fait qu'elles sont exacerbées par toute position statique au-delà de quelques minutes notamment assise, je ne vois pas quelle profession pourrait être considérée comme adaptée à la situation médicale de cette assurée.

6. Un traitement médical peut-il améliorer l'état de santé de l'assurée et par conséquent sa capacité de travail ? Le cas échéant lequel, dans quelle mesure et avec quel pronostic ?

Pour l'instant, les diverses tentatives qu'elles soient médicamenteuses, physiothérapeutiques ou par infiltrations, selon différentes modalités, se sont heurtées à des échecs. Je suggère comme déjà mentionné d'essayer du Rivotril, substance qui ne semble jamais avoir été proposée à la patiente tout en disant bien qu'il ne s'agit pas d'un médicament miraculeux mais qui parfois apporter un soulagement appréciable dans ce type de douleurs chroniques par irritation radiculaire dans le cadre d'une fibrose. Il convient bien sûr d'essayer de poursuivre ces infiltrations notamment les prochaines qui ont pour objectif de réaliser des blocs des branches médianes des rameaux postérieurs au niveau lombaire bas des deux côtés et d'envisager peut-être un traitement antalgique par stimulation médullaire.

7. Autres remarques

Malheureusement, le pronostic chez cette jeune patiente est médiocre quand bien même je suis convaincu de la sincérité de sa

volonté d'améliorer sa condition médicale et son souhait de reprendre une activité professionnelle ».

Dans un avis SMR du 22 juin 2017, la Dresse Z._____ a suggéré la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique dans les plus brefs délais, vu l'âge de l'assurée, la symptomatologie douloureuse et les difficultés fonctionnelles responsables de l'incapacité de travail depuis juin 2015.

Le 2 octobre 2017, l'OAI a notamment réceptionné les documents suivants :

- un rapport d'IRM lombaire daté du 18 août 2016 concluant à un remaniement inflammatoire de type Modic 1 des plateaux vertébraux en L5-S1 gauche et à l'absence de récurrence herniaire ou de contrainte sur la racine L5 ou S1 gauche, mais relevant une prise de contraste cicatricielle antérolatérale gauche sans effet de masse sur la racine S1 gauche ;

- un rapport du 18 avril 2017 du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et de S._____, psychologue, posant les diagnostics d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F 32.10) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31).

Le 30 novembre 2017, les Drs I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et H._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, auprès du SMR, ont rendu leur rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique, faisant suite à l'examen de l'assurée sur le plan psychiatrique le 2 août 2017 et le 2 octobre 2017 concernant l'aspect rhumatologique. Ils ont posé le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de rachialgies diffuses avec surtout lombosciatalgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis lombaire avec status après cure de hernie discale L5-S1 gauche (M 54) et ceux, sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome

rotulien droite et d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique. Sur le plan rhumatologique, ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : « *Rachis* : nécessité de pouvoir alterner 2x/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. *MI* : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeau, échelle ou escaliers », précisant que ces limitations n'étaient pas entièrement respectées dans l'activité d'assistante en gestion immobilière. Ils ont estimé que l'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique.

Sur le plan rhumatologique, ces praticiens ont en outre relevé ce qui suit :

« [...] Ainsi, dans cette activité, où l'assurée doit de temps en temps lever des charges, l'IT est de 40 %, au vu également de la présence de modifications de type MODIC I des plateaux vertébraux en L5-S1 et de la présence d'une réaction cicatricielle antérolatérale G L5-S1, bien que celle-ci ne s'accompagne pas d'effet de masse sur la racine S1 G. Nous retenons également une IT de 30 % dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, au vu du remaniement inflammatoire de type MODIC I centré à gauche en L5-S1, la prise de contraste cicatricielle antérolatérale G en L5-S1, sans effet de masse sur la racine S1 G, ces lésions de types inflammatoires pouvant contribuer à des douleurs de type lombosciatalgie G au repos.

Cependant, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une IT sup. à 30 % dans une activité adaptée, vu qu'il n'y a pas d'effet de masses sur la racine S1 G de la prise de contraste cicatricielle antérolatérale G en L5-S1. D'ailleurs, la tolérance à la position assise en cours d'entretien a été bonne.

Par ailleurs, on note, chez cette assurée, certaines incohérences. Effectivement, malgré qu'elle cote ses douleurs entre 8 et 10/10 à l'EVA [évaluation visuelle analogue] de la douleur, l'assurée est encore capable de conduire 60-70 km avec une pause au milieu, certes avec une voiture automatique. Elle promène également son petit chien, de 7 kg, par tranche de 30 minutes, à plat. Elle est également capable de confectionner ses repas. Dans la soirée, elle regarde la télévision et se promène à l'extérieur. Elle est capable également d'effectuer son ménage en répartissant les tâches sur la semaine. Elle fait les courses en grande surface 1x/semaine et garde une bonne intégration sociale. Effectivement, elle reçoit ses amis ou se rend chez eux régulièrement. Elle effectue également de la couture.

Ainsi, l'assurée a de bonnes ressources disponibles, puisqu'elle est bien soutenue par son réseau social. Elle a une bonne aptitude à la communication en français. Elle peut s'avérer tout à fait souriante en cours d'entretien. Elle est par ailleurs motivée par la reprise d'une activité professionnelle légère, à temps partiel, compatible avec ses problèmes de santé. Elle ne se voit cependant pas travailler à plus de 20-50%.

L'assurée semble par ailleurs avoir bien adhéré à la thérapie, bien que la plupart des traitements aient été mis en échec.

On note par ailleurs, chez des assurée, des motifs d'exclusion. Effectivement, l'assurée présente 4 signes de non organicité selon Waddell sur 5, sous forme de troubles sensitifs mal systématisés du MIG d'origine probablement fonctionnelle, d'une certaine démonstrativité (cf. plus haut), des douleurs à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc les ceintures bloquées.

L'assurée présente également un signe de non organicité selon Kummel sur 2.

Du point de vue des habitudes, l'assurée fume 5-6 cigarettes/jour. Elle ne présente pas de trouble irréversible de ce tabagisme, n'ayant pas de symptomatologie compatible avec une bronchite chronique et l'auscultation pulmonaire étant tout à fait normale. L'assurée nous dit ne boire que de manière très occasionnelle.

La thérapie suivie jusqu'à présent a été conduite dans les règles de l'art comme signalé plus haut.

On note certaines incohérences, puisque, malgré que l'assurée cote ses douleurs assez haut à 8-10/10 à l'EVA de la douleur, l'assurée a été capable de rester 50 minutes assise en cours d'entretien, est capable de faire son ménage qu'elle fractionne pendant la semaine, de confectionner ses repas, de promener son petit chien, de conduire et garde une bonne intégration sociale ».

Sur le plan psychiatrique, les experts ont en outre exposé ceci :

« L'examen de ce jour permet de retenir un diagnostic d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique. L'humeur est, en effet, légèrement diminuée, avec quelques pleurs à l'évocation de la situation sociale et médicale. La mimique, la gestuelle et la prosodie sont conservées. Les intérêts et plaisirs sont préservés, tout comme l'énergie, les activités n'étant restreintes qu'en raison de la problématique somatique. Il n'y a pas d'altération significative de l'estime de soi, mais l'assurée a une perception morose de l'avenir. Il n'y a pas d'idées suicidaires. Les troubles de la concentration et de la mémoire mentionnés par l'assurée ne sont pas cliniquement relevés, mais sont plausibles dans ce contexte. Ils seraient atténués depuis l'arrêt de la médication et notamment du Lyrica®. L'appétit et la libido sont préservés, et le sommeil n'est entravé que par les douleurs. Une perception de changement de tempérament est

mentionnée par l'assurée, qui indique se sentir hypersensible et émotive.

Les symptômes mentionnés ci-dessus pourraient ne faire évoquer qu'une dysthymie, mais nous retenons un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère au vu de l'intensité de la souffrance morale subjective vécue par l'assurée. Celle-ci exprime, en effet, une détresse significative vis-à-vis de sa situation sociale et sentimentale, avec la perception d'un profond décalage vis-à-vis de la société et des amies de son âge, qu'elle vit douloureusement.

Nous ne retenons pas, en revanche, le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, posé par le Dr X. _____ dans son RM du 18.04.2017. L'absence de status consistant étayant ce diagnostic, la médication ne reposant que sur du Temesta® et la courte durée du suivi médical sont en défaveur de la sévérité attestée de l'épisode.

Dater le début de l'apparition de cet épisode dépressif léger est difficile en raison du faible nombre de pièces du dossier et de l'absence de facteur aggravant déterminant retrouvé à l'anamnèse, en dehors de la séparation conjugale survenue en fin d'année 2015. Celle-ci a accentué le vécu de décalage de l'assurée vis-à-vis de la société et de ses amies, en plus de faire naître une solitude affective mal vécue. Ce diagnostic, toutefois, n'entraîne pas de limitation fonctionnelle. L'assurée, par ailleurs, indique elle-même n'être entravée dans sa reprise d'activité « que par les douleurs ».

L'examen de ce jour ne permet pas, non plus, de retenir le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline posé par le Dr X. _____. Un tel trouble apparaît en général précocement au cours du développement individuel sous l'influence conjointe de facteurs constitutionnels et sociaux, se révèle stable et englobe de multiples domaines du comportement du fonctionnement psychologique, le plus souvent associé à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement et des performances sociales. L'anamnèse et l'examen de l'assurée nous indiquent, cependant, qu'elle ne présente pas de particularités significatives de ses perceptions, de ses pensées, de ses sensations et de ses relations avec autrui, apparues précocement au cours de son développement psychoaffectif.

En particulier, on ne relève pas dans l'anamnèse de comportement délictuel, d'utilisation de substances psychoactives, de crises émotionnelles ou de troubles du comportement. L'assurée se décrit comme ayant été une enfant « assez sage », « fiable et stable ». Elle ne décrit pas tendance à l'impulsivité ou à la labilité des affects, et ne s'est jamais automutilée. Elle signale quelques achats peu réfléchis, « mais rien d'incroyable ». Les mentions du Dr X. _____ selon lesquelles « l'éducation a été sans autorité, ni limites » et que l'assurée, étant l'aînée aurait été parentifiée, ne sont pas confirmées. Aucune particularité notable du fonctionnement psychologique de l'assurée ne peut être déduite de son parcours professionnel ou affectif. Les notions de labilité émotionnelle, de sensation de vide et de vécu abandonnique utilisées par le Dr X. _____ pour étayer le diagnostic de trouble de la personnalité pourraient être constatées dans le cadre de la symptomatologie

dépressive actuelle, mais aucun élément ne vient conforter ces attestations.

Au total, nous devons conclure que l'assurée n'a jamais présenté d'IT durable sur le plan psychiatrique.

En l'absence de diagnostic incapacitant, les questions du traitement *lege artis*, de la coopération de l'assurée et des options thérapeutiques disponibles tombent. Il en est de même vis-à-vis du pronostic et de l'aptitude à suivre des mesures de réadaptation.

Enfin, nous n'avons pas noté d'incohérences ou de divergences entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes.

Enfin, les Drs I. _____ et H. _____ ont conclu leur rapport d'examen clinique du 30 novembre 2017 en ces termes :

« Début de l'IT durable

Sur le plan rhumatologique, depuis le 16.06.2015.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée n'a jamais présenté d'IT durable.

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

Sur le plan rhumatologique, depuis le 16.06.2015.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'IT.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

Sur le plan rhumatologique, on peut considérer que l'IT est de 40 % depuis le 16.06.2015 pour les raisons susmentionnées. Nous ne retenons cependant pas une IT sup. à 40 % dans l'activité d'assistante en gestion immobilière, qui est en partie adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, mis à part le fait que l'assurée devait parfois lever des charges et se déplacer en voiture sur les chantiers.

Effectivement, au vu de la bonne tolérance à la position assise en cours d'entretien, à sa capacité à promener son chien, à faire son ménage, à conduire sa voiture sur 60-70 km avec une pause, il n'y a pas de raisons d'attester une IT sup. à 40 % dans une activité adaptée, d'autant plus qu'une IRM lombaire du 18.08.2016 n'a pas mis en évidence de récurrence herniaire ou de contrainte sur la racine L5 ou S1 G, malgré un remaniement inflammatoire de type discopathie MODIC I centré à G et une prise de contraste cicatricielle antérolatérale G L5-S1, sans effet de masses sur la racine S1 G.

Par ailleurs, pour les mêmes raisons, nous ne retenons pas une IT sup. à 30 % dans une activité strictement adaptée aux LF requises

par la pathologie ostéoarticulaire comme notamment une activité d'employée de commerce, dont l'assurée a le CFC.

L'IT est donc de 30 % dans une activité adaptée dès le 16.06.2015.

Sur le plan psychiatrique, cette question est sans objet.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par les rachialgies diffuses et surtout par les lombosciatalgies G.

Sur le plan psychiatrique, elle est de 100 % dans toute activité.

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation

Sur le plan rhumatologique, depuis le 16.06.2015.

Sur le plan psychiatrique, cette question est sans objet.

Pronostic

Sur le plan rhumatologique, les troubles dégénératifs du rachis risquent de s'aggraver à long terme.

Par ailleurs, au vu de la présence de nombreux signes de non organicité selon Waddell et de signes de non organicité selon Kummel, des mesures d'ordre professionnel risquent d'échouer. Cependant il faut noter que des mesures d'ordre professionnel ne s'imposent pas forcément, l'assurée étant déjà détentrice d'un CFC d'employée de commerce, activité tout à fait adaptée à ses LF.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de diagnostic incapacitant pour lequel le pronostic doit être évalué.

EN CAS D'OCTROI D'UNE RENTE, IL Y A LIEU DE RÉVISER LA SITUATION DANS 1 AN.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 60 % COMME ASSISTANTE EN GESTION IMMOBILIÈRE

70 % COMME EMPLOYÉE DE COMMERCE.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70% DEPUIS LE : 16.06.2015.

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION ».

Par projet du 9 janvier 2018, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, motif pris que son degré d'invalidité, de 28.98% - calculé sur la base d'un revenu sans invalidité de 74'618 fr. 70, d'un revenu avec invalidité de 52'988 fr. 34, soit une perte de gain de 21'630 fr. 36 -, était insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente.

L'assurée a formé opposition à ce projet le 22 janvier 2018, relevant en substance que les conclusions de l'examen clinique du SMR sur le plan somatique étaient en contradiction avec l'expertise du Dr N._____.

Par décision du 21 mars 2018, l'OAI a confirmé son projet du 9 janvier 2018 et refusé à l'assurée l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Le courrier d'accompagnement du même jour contenait la motivation suivante :

« Après examen de votre contestation, nous maintenons notre position pour les raisons suivantes :

Le Dr N._____ estime que la chronologie de la reprise des douleurs après l'intervention de hernie discale - et vu l'absence de récurrence de hernie discale - est compatible avec un processus de fibrose ; diagnostic qui serait compatible selon lui avec le dernier IRM qu'il avait à disposition lors de son examen du 11 août 2016 (c'est-à-dire l'IRM de juin 2015).

Il conclut que vos douleurs permanentes exacerbées par toute position statique au-delà de quelques minutes empêchent l'exercice de n'importe quelle activité.

Cependant, le SMR indique en page 15 de son rapport d'examen clinique rhumatologique que les lésions de types inflammatoires (mises en évidence par l'IRM du 18.08.2016) peuvent contribuer à des douleurs de type lombosciatalgie gauche au repos mais qu'il n'y a pas de raison biomécanique à attester une incapacité supérieure à 30% et explique pourquoi.

L'examen SMR a donc valeur probante puisqu'il mentionne l'avis du Dr N._____ et explique pourquoi il ne partage pas son évaluation de votre capacité de travail exigible.

Nous précisons qu'un expert doit certes écouter les plaintes de l'assuré mais doit évaluer la capacité de travail exigible sur la base des limitations fonctionnelles objectivées par l'examen clinique et non selon les plaintes subjectives de l'assuré.

A noter que des mesures professionnelles ne pourrait pas diminuer votre préjudice économique dans la mesure où vous êtes déjà au bénéfice d'un CFC de commerce qui permet la meilleure mise en valeur de votre capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à vos limitations rhumatologiques ».

B. Par acte du 7 mai 2018, K._____, représentée par Procap, Service juridique, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme d'une nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique, puis nouvelle décision. Elle demande en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire. Elle soutient que l'instruction médicale est lacunaire, le rapport d'examen clinique du SMR du 30 novembre 2017 devant se voir nier toute valeur probante. Elle fait en particulier valoir que les Drs I._____ et H._____ n'ont pas tenu des comptes des conclusions du rapport d'expertise du Dr N._____ - notamment le diagnostic de fibrose - et que le caractère invalidant de l'affection psychiatrique n'a pas été discuté selon le catalogue d'indicateurs découlant de la jurisprudence fédérale.

Par décision du 27 août 2018, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 mai 2018 dans la mesure de l'exonération des avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 25 septembre 2018, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision du 21 mars 2018. Il soutient en substance que le rapport d'examen clinique du SMR remplit toutes les conditions pour se voir attribuer une pleine valeur probante, en particulier qu'il expose clairement les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'expertise du Dr N._____. Sur le plan psychiatrique, l'intimé fait valoir que la recourante n'a jamais présenté d'incapacité de travail durable.

Répliquant le 18 octobre 2018, la recourante maintient ses conclusions, soulignant que l'intimé ne fait valoir aucun élément nouveau.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte en l'espèce sur la question du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409). Le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit désormais être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-elle des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'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 en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir

d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGa).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

6. En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante présentait une capacité de travail résiduelle de 70% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles somatiques, cette capacité de travail s'élevant à 60% dans l'activité habituelle d'assistante en gestion immobilière, moyennant certaines adaptations. Pour sa part, la recourante remet pour l'essentiel en question l'appréciation de sa capacité de travail, sur les plans psychiatrique et somatique. Elle soutient que son état de santé ne lui permet pas de travailler.

a) Sur le plan somatique, l'OAI a principalement fondé sa décision sur les conclusions de l'examen clinique du SMR réalisé par le Dr H._____ s'agissant du volet rhumatologique. Or il s'avère que les conclusions de ce praticien sont en contradiction, ainsi que le relève la recourante, avec celles du rapport d'expertise rhumatologique du Dr N._____ du 5 mai 2017. En effet, l'expert N._____ avait estimé la capacité de travail de la recourante comme nulle en raison d'atteintes lombaires, mais également en raison d'une atteinte radiculaire S1 gauche sous forme de fibrose, mise en évidence par une prise de Gadolinium. Cette fibrose entraînerait des irritations radiculaires persistantes empêchant l'assurée d'exercer une quelconque activité professionnelle, dès lors que la position statique ne pouvait être maintenue plus de quelques minutes. Dans son rapport d'examen clinique du 30 novembre 2017, le Dr H._____ ne discute aucunement du diagnostic de fibrose, se limitant à évoquer une prise de contraste cicatricielle antérolatérale gauche en L5-S1, sans effet de masse sur la racine S1 gauche. On relèvera que cette conclusion découle du rapport d'IRM du 18 août 2016, porté à la connaissance de l'OAI le 2 octobre 2017, soit le jour de l'examen clinique rhumatologique. Au surplus, on ne connaît pas l'évolution de cette fibrose, cette dernière IRM datant de plus d'un an avec l'examen du Dr H._____. En tout état de cause, on peine à comprendre pour quels motifs l'absence d'effet de masse sur la racine S1 gauche n'entraîne qu'une incapacité de travail de 30%. L'évaluation précitée apparaît au demeurant en contradiction avec les constatations de l'ensemble des médecins ayant examiné la recourante sur le plan rhumatologique. En effet, le Dr R._____ avait estimé que l'activité habituelle était médicalement exigible moyennant une diminution de rendement de 50%, tandis que le Dr N._____ considère que la capacité de travail est nulle dans toute activité. Ainsi, les conclusions du Dr H._____ apparaissent incomplètes et insuffisamment motivées, de sorte que le rapport d'examen clinique rhumatologique ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Compte tenu des divergences constatées par les différents spécialistes, il appartient à l'OAI de mettre en œuvre une expertise sur le plan rhumatologique afin de déterminer la capacité de travail de la recourante.

b) Sur le plan psychique, il sied de constater que dans son rapport d'examen établi le 30 novembre 2017 - faisant suite à un examen psychiatrique du 2 août 2017 -, le Dr I._____ a conclu que le diagnostic d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, présenté par l'assurée n'était pas incapacitant, alors que le rapport précité n'a pas été établi selon les nouveaux standards applicables à l'évaluation du caractère invalidant d'atteinte à la santé psychique (cf. consid. 3c *supra*).

A cela s'ajoute que l'on peut s'interroger sur la réelle connaissance de l'examineur, au moment de l'examen clinique, du suivi psychiatrique de l'intéressée mis en place depuis fin 2016, respectivement sur la justesse de l'anamnèse contenue dans le rapport d'examen du 30 novembre 2017. Si l'examineur déplore la difficulté à dater le début de l'apparition de cet épisode dépressif léger en raison du faible nombre de pièces du dossier et de l'absence de facteur aggravant déterminant retrouvé à l'anamnèse, en dehors de la séparation conjugale survenue en fin d'année 2015, aucun rapport complémentaire n'a été sollicité ni auprès du Dr X._____, ni auprès de la psychologue [...]. Bien plus, le rapport du Dr X._____ du 18 avril 2017, porté à la connaissance de l'intimé le 2 octobre 2017, ne semble avoir été transmis au Dr I._____ que postérieurement à l'examen psychiatrique du 2 août 2017.

Or, l'assurée a bénéficié d'un suivi psychiatrique dès la fin 2016 auprès du Dr X._____, psychiatre au Centre d'antalgie du Centre hospitalier F._____, lequel a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, notamment en raison d'une labilité émotionnelle qualifiée d'importante avec une tendance à l'impulsivité et à la démonstration, d'une sensation de vide avec l'impression de ne pas exister et d'être spectatrice de sa propre vie et d'un vécu abandonnique (cf. rapport du 18 avril 2017). Il a ajouté que « jusqu'à la survenue de ses douleurs en 2015, la patiente avait relativement bien fonctionné en s'investissant dans des activités professionnelles, sportives et relationnelles. Suite à sa rupture sentimentale après une relation de 3 ans et alors qu'elle avait un désir

d'enfant, la patiente semble avoir souffert d'une réactivation d'un vécu de perte antérieur, favorisant l'émergence d'affects dépressifs ainsi qu'un retrait social ». Dans ce contexte, le Dr X. _____ a préconisé un suivi psychothérapeutique par la psychologue [...] - psychologue déléguée de la Dresse [...] -, que la recourante consulte tous les quinze jours depuis juin 2017. L'anamnèse décrite par le Dr I. _____ dans son rapport d'examen du 30 novembre 2017 paraît dès lors trop succincte, voire lacunaire, faute de contenir des éléments pourtant essentiels dans le développement de l'assurée durant son enfance et adolescence. A réception du rapport du Dr X. _____ soit postérieurement à l'examen psychiatrique, le Dr I. _____ a dès lors retenu que « les mentions du Dr X. _____ selon lesquelles *« l'éducation a été sans autorité, ni limites et que l'assurée, étant l'aînée aurait été parentifiée ne sont pas confirmées. Aucune particularité notable du fonctionnement psychologique de l'assurée ne peut être déduite de son parcours professionnel ou affectif ».*

Ainsi, d'importants doutes subsistent quant à la fiabilité du rapport d'examen psychiatrique du Dr I. _____, de sorte qu'il ne peut être considéré comme probant.

c) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le dossier de la recourante est lacunaire et ne permet pas d'apprécier à satisfaction de droit le caractère invalidant des atteintes somatiques et psychiques dont elle souffre, de sorte que l'intimé n'était pas légitimé à rendre la décision litigieuse sans autres mesures d'instruction. La cause sera donc renvoyée à l'intimé pour qu'il ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique conformément à l'art. 43 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts.

7. **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision sur le droit aux prestations.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 21 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, fixés 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 K._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Service juridique (pour K._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :