

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 janvier 2024

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Gutmann et Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 6 ss et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, est mère de quatre enfants dont des triplés nés en 2000.

Au bénéfice d'une formation d'employée de commerce, elle a travaillé, en dernier lieu, au [...] de [...] jusqu'en 1996.

Le 2 novembre 2010, elle a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une « incapacité », de la « fatigue » et de la « lassitude ».

Le 18 février 2012, elle a rempli une première demande de prestations AI, mentionnant une sévère arthrose du bas du dos et des hernies discales comprimant le nerf sciatique. Elle disait ne dormir que 2h30 à 3 heures par nuit depuis plus d'un an.

Dans un rapport du 19 mars 2012, le Dr J._____, médecin chef du Centre Z._____ et spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de lombosciatalgies depuis début 2011, de hernie discale L4-L5 comprimant la racine L5 droite, de protrusion discale L4-L5 et de hernie discale L5-S1 comprimant la racine S1 à gauche.

Dans un rapport du 20 mars 2012, la Dre H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assurée, a repris ces diagnostics et déterminé une incapacité de travail totale. Elle indiquait que l'assurée ne présentait pas de troubles sensitivo-moteurs.

Dans un avis du 17 avril 2012, le Dr N._____, du Service médical régional AI (SMR), a considéré que la capacité de travail de l'assurée était entière dans l'activité habituelle d'employée de commerce.

Dans un rapport du 9 novembre 2012, le Prof. K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de discopathies L4-L5, L5-S1 avec une déchirure annulaire postérieure L4-L5.

Dans un rapport du 14 janvier 2013, le Dr R._____, médecin praticien, a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites dans le contexte d'une hernie discale L4-L5 médiane avec une déchirure annulaire, d'arthrose facettaire, de micro-instabilité L5-S1, de déconditionnement physique et psychique et d'hypermobilité articulaire. Il exposait que les postures statiques tant assises que debout stationnaires étaient impossibles. Le port de charge était limité à 5 kg.

Dans un rapport du 28 octobre 2013, le Dr R._____ a signalé que la situation n'avait guère évolué.

Le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie, a effectué une expertise, sur demande du SMR, dont le rapport, daté du 9 janvier 2014, se concluait ainsi :

« 4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies droites non irritatives et non déficitaires**
- Discopathies L3-L4, L4-L5 et L5-S1**
- Protrusions discales L4-L5 et L5-S1**

4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Hernie hiatale**
- Status après hémi-fundoplication en novembre 2011**
- Status après hystérectomie avec ovariectomie partielle en 2003**
- HTA traitée**
- Troubles du sommeil d'origine indéterminée.**

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Nous sommes confrontés à une assurée suisse, disposant d'un CFC d'employée de commerce acquis en 1987. L'assurée a travaillé à l'office des impôts à [...] avant de travailler au [...] de [...] et cela jusqu'à la fin de l'année 1995. Depuis lors, elle n'a plus déployé d'activité professionnelle vu qu'elle a fondé une famille avec la naissance de 4 enfants, le premier en 1997 puis des triplés en 2000. Suite à sa récente séparation en 2007, l'assurée ne dispose plus de moyens financiers suffisants et elle émarge à l'aide sociale depuis lors. Une première demande d'AI avait été déposée en

novembre 2010 en raison d'un « état d'épuisement général », puis une seconde demande d'AI a été déposée le 18 février 2012 mais cette fois avec l'allégation de lombosciatalgies droites. En effet, l'assurée annonce l'apparition inaugurale de lombalgies sans facteur déclenchant dans le courant de l'année 2010 suivie progressivement par des irradiations douloureuses dans le membre inférieur droit qui ont conduit à de multiples investigations notamment à une première IRM lombaire en novembre 2011 qui avait révélé des discopathies étagées de L3 à S1 avec des protrusions discales principalement en L4-L5 et L5-S1, au niveau L5 il y avait une légère hernie extraforaminale gauche enfin au niveau L4-L5 un léger rétrécissement du récessus latéral droit. Divers traitements lui ont été prodigués sous forme d'infiltrations de corticoïdes, de séances de physiothérapie, de traitements médicamenteux sous forme d'antalgiques et d'anti-inflammatoire y compris d'opioïdes en dernier lieu depuis l'été 2013. Elle a été évaluée par le Dr J. _____ au Centre Z. _____, qui lui a proposé de la physiothérapie à sec et en piscine sans bénéfice nette, et qui lui a prescrit des infiltrations stéroïdiennes rachidiennes sous scanner qui n'ont pas eu d'effet favorable. Ensuite, elle a été évaluée par l'équipe du Service d'Orthopédie du Centre hospitalier P. _____ (Professeur K. _____) qui n'a pas proposé de traitement chirurgical compte tenu notamment de l'absence de troubles neurologiques tant irritatifs que déficitaires. Elle a finalement été évaluée par le Dr R. _____, médecin rééducateur au Centre hospitalier P. _____, qui a proposé la poursuite du traitement antalgique et de physiothérapeutique, confrère qui lui aurait suggéré une prise en charge stationnaire de rééducation qui n'a pas pu être réalisé pour des raisons familiales. L'assuré indique aussi avoir consulté le Dr [...] à [...] en 2012, confrère qui aurait posé l'indication à une opération lombaire, indication qui n'a donc pas été confirmée par les orthopédistes du Centre hospitalier P. _____. En dernier lieu, une IRM lombaire a été réalisée le 4 novembre 2013 et elle a révélé une régression des images de protrusions discales au niveau L4-L5 et L5-S1, avec des discopathies le L3 à S1 inchangées.

Subjectivement, l'assurée signale souffrir principalement de lombalgies liées au mode postural, dépendantes des positionnements statiques debout et assis prolongés, et des activités réalisées en porte-à-faux avec le buste. Elle souffre aussi de douleurs nocturnes, principalement lors des mouvements dans le lit ce qui la réveille vers 1h du matin, elle déclare avoir surtout un sommeil de très mauvaise qualité avec une importante fatigabilité matinale. Elle déclare enfin encore des douleurs postérieures dans le membre inférieur droit, avec de légères paresthésies au bord latéral externe du pied droit sans impulsivité au Valsalva ni de claudication neurogène. Sinon elle annonce encore des épigastralgies qui seraient attribuées à une récurrence de hernie hiatale suite à une intervention de fundoplication réalisée en novembre 2011.

Objectivement, nous sommes en présence d'une assurée qui s'est montrée adéquate et collaborante, qui ne manifeste pas de signes suggestifs d'une amplification des symptômes, les signes de Waddell étant notamment tous absents. On constate une légère restriction de la mobilité rachidienne lombaire antérieure et une légère majoration des douleurs lombaires à l'hyperextension lombaire qui est restreinte, en somme, il y a un léger syndrome rachidien lombaire. Le reste de l'examen ostéo-articulaire peut être considéré

comme normal de même que le status neurologique qui révèle uniquement une manœuvre de Lasègue sensible à partir de 80° sans majoration à la manœuvre de Bragard, et cela sans aucun déficit sensitif, moteur ou réflexe par ailleurs.

Le bilan paraclinique qui a été réalisé récemment en novembre 2013 sous la forme d'une IRM lombaire, révèle tout au plus des discopathies en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 sans herniation discale significative mais juste des protrusions discales dépourvues de signes compressifs radiculaires parallèlement à un léger rétrécissement des récessus latéraux principalement à droite en L4-L5 et en L5-S1.

Au total, nous sommes en présence d'une assurée manifestant un tableau clinique de lombalgies chroniques sans signes d'amplification des symptômes qui est accompagné par des pseudo-sciatalgies droites non irritatives et non déficitaires chez une assurée qui n'exerce plus aucune activité professionnelle lucrative depuis fin 1995 et qui œuvre principalement comme ménagère. L'assurée souhaiterait reprendre une activité professionnelle pour des raisons économiques. Ce tableau de douleurs lombaires chroniques semble en assez bonne corrélation avec les constatations de l'imagerie IRM lombaire, même si la nécessité de prise régulière de médicaments morphinique paraît quelque peu surprenante. Il n'y a bien entendu vu l'absence de signes neurologiques tant irritatifs que déficitaires, pas de justification à envisager un traitement chirurgical (spondylodèse ou mise en place d'un spacer inter-épineux), mais il conviendrait plutôt de poursuivre les mesures d'encouragement à des stratégies de coping avec réassurance et lutte contre le déconditionnement physique.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés.

On peut retenir les **limitations fonctionnelles** suivantes d'un point de vue physique : dans sa capacité de porter ou soulever des charges de plus de 5 kg principalement en porte-à-faux, pas de positions statiques prolongées pendant plus de 30 min. tant assises que debout, nécessité d'alterner les positions assises et debout après 30 min. Ces limitations fonctionnelles découlent d'une atteinte disco-dégénérative au niveau lombaire ainsi qu'en raison de sa hernie hiatale (limitation du port de charges). Du point de vue physique (sic), je ne suis donc pas compétent, mais l'assurée rapporte souffrir de troubles du sommeil récurrents d'origine indéterminée, ce qui pourrait justifier des investigations complémentaires neuro-psychiatriques.

2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

L'assurée n'a jamais eu d'arrêt de travail lorsqu'elle avait déployé une activité professionnelle d'employée de commerce à savoir jusqu'à fin 1995. Un arrêt de travail a été prescrit par le médecin traitant fin août 2010 en raison de l'apparition de lombalgies et d'un état d'épuisement qui avait justifié la 1ère demande d'AI de novembre 2010.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

La capacité résiduelle de travail est de 50% depuis la date de la 1^{ère} IRM lombaire faite en août 2011, dans une activité d'employée de commerce qui ne respecterait pas les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, à savoir une activité d'employée de bureau effectuée essentiellement assise. Cependant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assurée aurait une capacité de travail complète depuis le jour de la nouvelle IRM lombaire faite en novembre 2013.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui à un taux de 50% dans le cadre d'une activité d'employée de bureau, où il n'y aurait pas la possibilité d'alterner les positions toutes les 30 min, et où elle serait soumise à des ports et de charges conséquents.

2.4 Y -a-t-il une diminution du rendement ?

Non.

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

On peut retenir une incapacité de travail depuis la date de la première IRM à savoir le 17 août 2011, puis une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle d'employée de bureau jusqu'à la seconde IRM lombaire de novembre 2013 et depuis lors le recouvrement d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle (voir ci-dessus).

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

Il y a eu une amélioration de cette incapacité de travail comme employée de bureau avec une capacité de travail de 50% recouvrée depuis novembre 2013.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Oui et cela dès à présent.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui par quelles mesures ?

D'un point de vue médical par un reconditionnement musculaire du rachis, avec mesures de réassurances, des moyens auxiliaires paraissent inutiles. Une adaptation du cahier des charges de son activité habituelle d'employée de bureau qui autoriserait l'alternance des positions assises toutes les 30 min, la possibilité de ne pas porter ou soulever de charges, pourrait avoir une influence sur sa capacité de travail avec une augmentation de la capacité de travail dans une activité d'employée de l'ordre de 25%, ce qui conduirait à une capacité de travail de 75%.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Toutes les activités qui respecteraient les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus pourraient être réalisées à temps complet

(capacité de travail de 100%) en ne prenant en compte que la problématique objective rhumatologique.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

A un taux complet de 100%.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Non.

3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

Depuis novembre 2013 à 100%, suite à la pratique de la seconde IRM lombaire (voir ci-dessus pour les détails).

Remarques

Cette assurée souffre de troubles du sommeil et une importante fatigabilité qui mériterait des compléments d'investigations par son médecin traitant, avec une évaluation neuro-psychiatrique (une polysomnographie et une évaluation psychiatrique en particulier à la recherche d'une dépression larvée). »

Par décision du 27 janvier 2014, confirmant un projet du 2 décembre 2013, l'intimé a refusé la prise en charge d'une ceinture lombaire.

Sur interpellation de l'OAI, la Dre H._____ a répondu, le 10 février 2014, qu'aucune exploration des troubles du sommeil n'avait été effectuée. L'assurée se plaignait d'insomnies qui ne suggéraient pas anamnestiquement de syndrome d'apnées du sommeil. Elle décrivait un endormissement aisé avec de multiples réveils qu'elle attribuait à des lombalgies lorsqu'elle bougeait dans son lit.

Dans un rapport du 10 avril 2014, la Dre S._____, du SMR, a proposé de suivre les conclusions de l'expertise et de retenir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès novembre 2013. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

« pas de port de charges de plus de 5 kg, surtout en porte-à-faux, pas de positions statiques prolongées de plus de 30 minutes autant assise que debout, nécessité d'alterner les positions assises et debout. »

Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était de 50 % dès le 17 août 2011.

Une enquête ménagère a été effectuée et dans son rapport du 8 septembre 2014, l'enquêtrice a proposé un statut de 80 % active et de 20 % ménagère, motivé notamment comme suit :

« [...] L'intéressée avait mis ? dans le formulaire, car elle n'avait pas compris la question. Le jour de l'entretien cette dernière hésite avec une activité professionnelle à 100% ou à 80%. Mais en y réfléchissant, elle garderait un 20% pour pouvoir prendre un jour par semaine pour fixer les différents rendez-vous de spécialistes et médecins pour ses enfants. [...] »

L'invalidité ménagère retenue était de 12.6 % et le rapport se concluait ainsi (sic) :

« [...] Cette dernière parle de la difficulté rencontrée avec l'éducation de ses 4 enfants, de l'impossibilité de faire un séjour à l'hôpital pour « se soulager » et de la charge importante qu'elle a de devoir gérer son fils au quotidien qui souffre du syndrome d'Asperger. Cette dernière se dit « qu'elle doit s'accrocher jusqu'à ce que ses 4 enfants soient lancés dans la vie (heureusement actuellement les rendez-vous et prises en charge de spécialistes sont moins fréquents).

Durant le rendez-vous il a été relevé que les limitations rencontrées ont été les mêmes d'août 2011 à novembre 2013 et de novembre 2013 à ce jour, donc regroupées sous l'évaluation « depuis l'atteinte ».

Dans un projet du 6 janvier 2015, confirmé par décision du 16 février 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. L'assurée a déposé, le 18 mai 2016, une nouvelle demande de prestations après de l'OAI, se référant à la précédente et invoquant en outre un syndrome d'Ehlers-Danlos.

Dans un rapport médical du 1^{er} juin 2016, le Dr R. _____ a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques dans le cadre d'une micro-instabilité L5-S1, d'hypermobilité articulaire type Ehlers-Danlos avec mutation génétique et d'hypertension artérielle traitée.

Dans un avis du 26 avril 2017, le Dr W._____, du SMR, a estimé que les derniers éléments médicaux communiqués n'étaient pas de nature à modifier l'appréciation du SMR au vu des limitations fonctionnelles mentionnées et déjà retenues.

Dans un projet de décision du 1^{er} mai 2017, l'OAI a annoncé à l'assurée son intention de ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations.

Le 3 mai 2017, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du Dr G._____, rhumatologue à [...], spécialiste du syndrome d'Ehlers-Danlos (SED), adressé à la Dre H._____ à la suite d'une consultation du 8 décembre 2016 et qui contenait le passage suivant :

« Votre patient(e) présente un syndrome d'Ehlers-Danlos (SED) de type hypermobile (voire Classique vu la présence d'une mutation de la chaîne alpha 1 du collagène 5) répondant aux critères de Villefranche et de Brighton (sauf si les résultats de la biopsie cutanée et/ou d'une éventuelle recherche génétique ciblée venait dans le futur à affiner cette classification), avec des douleurs articulaires et péri-articulaires, musculaires, des troubles posturaux, des troubles proprioceptifs et une dysautonomie, ces symptômes étant classiques dans le Syndrome d'Ehlers-Danlos. »

L'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OAI par courrier du 15 mai 2017.

Dans une lettre du 12 juin 2017 à l'OAI, la Dre H._____ a écrit ceci :

« La patiente susnommée m'a fait part de votre refus d'entrée en matière.

Je ne puis que regretter cette position de votre institution, sachant qu'en mai 2015 déjà, le Docteur T._____ médecin associé au centre des maladies moléculaires du Centre hospitalier P._____ avait souligné l'absence du diagnostic du syndrome de Ehlers Danlos et évaluait alors son handicap à plus de 40%.

Depuis, la situation s'est péjorée, avec au niveau symptomatologique une augmentation de l'asthénie, une fatigabilité dans les gestes quotidiens (douche, courses), des douleurs pratiquement généralisées, décrites au niveau lombaire, cervical,

des coxalgies droites, des gonalgies bilatérales, des douleurs des deux poignets et des deux pieds.

Les douleurs sont insomniantes.

Par ailleurs relevons une tension artérielle labile, des troubles du rythme cardiaque, une diminution de l'acuité auditive progressive, une exacerbation d'épigastralgies, après cure de hernie hiatale en 2011.

La patiente présente un aponévrosite plantaire documentée, ainsi que des talalgies droites avec une ébauche d'éperon calcanéen et des calcifications du tendon d'achille à son insertion.

Ce tableau symptomatologique justifie une incapacité de travail de 100%, raison pour laquelle je vous prie de bien vouloir réviser votre prise de position et d'accorder à ma patiente une rente complète.

Je joins en annexe la lettre du Docteur T. _____ qui semble avoir échappé à votre dossier. »

Sur proposition du Dr W. _____, un examen clinique a été pratiqué le 6 décembre 2017 par le Dr M. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, dont le rapport du 12 janvier 2018 se concluait ainsi :

« DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- **LOMBALGIES CHRONIQUES DANS LE CADRE DE DISCOPATHIES ET D'ARTHROSE DES ARTICULATIONS POSTÉRIEURES EN L3-L4, L4-L5 ET L5-S1 (M54.5).**

CODE AI POUR LA STATISTIQUE DES INFIRMITÉS ET DES PRESTATIONS : 738/05. DIAGNOSTIC ASSOCIÉ

- **DISCRET SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'ÉPAULE D [droite].**

Sans répercussion sur la capacité de travail

- **DOULEURS CHRONIQUES IRRÉDUCTIBLES.**
- **KYSTE OSSEUX DE L'ARTICULATION SACRO-ILIAQUE G [gauche] ASYMPTOMATIQUE.**
- **COXARTHROSE DÉBUTANTE DDC [des deux côtés].**
- **ARTHROSE TARSOMÉTATARSIENNE DU 3ÈME RAYON DU PIED G ASYMPTOMATIQUE.**

APPRÉCIATION DU CAS

Le but de cet examen est de déterminer si un syndrome d'Ehlers-Danlos, dont le diagnostic ne figure pas dans l'expertise rhumatologique du Dr V. _____ (cf. rapport du 09.01.2014), justifie des LF [limitations fonctionnelles] supplémentaires avec répercussion sur la CT [capacité de travail].

L'assurée signale des céphalées et des douleurs des membres depuis l'enfance. A partir de la ménopause, en 2007, elle mentionne l'apparition de douleurs au bas du dos. Les douleurs persistent et fluctuent de 5/10 à 7/10, augmentées par les positions statiques debout ou assises, la posture penchée en avant, la conduite de la voiture. Des douleurs de l'épaule D sont apparues à la même époque. Elles sont présentes principalement lors des activités et fluctuent de 5/10 à 8/10. Des douleurs de la hanche D ne sont pas présentes en permanence, mais apparaissent lors de la marche, de la descente des escaliers, lorsque l'assurée se couche sur le côté D. Les douleurs fluctuent de 6/10 à 8/10. Des lâchages de cette hanche ont provoqué trois chutes dans les escaliers.

Depuis mai 2017, l'assurée a des douleurs de toute la cheville et à la plante du pied, surtout vers le milieu ddc. Les douleurs sont permanentes de 6/10 à 9/10. Les douleurs augmentent au cours de la journée.

Par rapport à l'examen clinique du Dr V. _____ (cf. rapport du 09.01.2014), on constate que la marche s'effectue toujours sans boiterie. La position assise est bien tolérée. La mobilité cervicale est conservée, indolore. Le Schober lombaire est superposable, à 10/14. La DDS [distance doigts-sol] s'est légèrement améliorée passant de 20 cm à 11 cm. L'antépulsion et l'abduction des épaules se sont légèrement améliorées. La rotation externe des épaules est superposable. Les examens des coudes, poignets et mains sont toujours sp [sans particularité]. La flexion des hanches s'est améliorée, alors que les rotations sont inférieures. Les examens des genoux, des chevilles et des pieds restent sp. Les points de fibromyalgie restent indolores. On note l'absence d'hyperlaxité articulaire selon le score de Beighton, l'absence d'extensibilité anormale de la peau, de texture cutanée anormale, de cicatrices atrophiques.

L'IRM de l'épaule D du 26.10.2006 montre principalement une tendinopathie calcifiante du sus-épineux.

Les IRM de la colonne lombaire du 17.08.2011 et du 04.11.2013 montrent une discopathie protrusive et une arthrose des articulations postérieures en L3-L4, L4-L5 et L5-S1. La discopathie est sévère en L5-S1. La dernière IRM montre toutefois une légère diminution du rétrécissement récessal D en L4-L5 et G en L5-S1.

Les RX du bassin de f du 19.09.2014 montrent un kyste sur le versant iliaque de l'articulation sacro-iliaque G. L'interligne articulaire inférieur des articulations coxofémorales n'est pas visible. Le rapport de l'IRM du bassin et de la hanche D du 06.10.2014 indique une discrète coxarthrose bilatérale.

Les RX du pied G du 17.02.2015, l'IRM et le CT-scan du pied G du 17.03.2015 montrent une arthrose de l'articulation tarsométatarsienne du 3ème rayon.

La RX du calcanéum D de p du 08.06.2017 montre une enthésopathie achilléenne et de l'aponévrose plantaire à leur insertion sur le calcanéum.

Le syndrome d'Ehlers-Danlos regroupe des maladies du tissu conjonctif caractérisées par une hypermobilité articulaire, une hyperextensibilité cutanée et une fragilité tissulaire que ne présentent pas l'assurée. Le sous-type hypermobile est le seul qui

n'est pas confirmé par des tests génétiques mais par des critères cliniques. Les tests génétiques effectués chez l'assurée ne montrent qu'une variante génétique facilitatrice de la maladie d'Ehlers-Danlos (cf. rapport de Mme [...], Dr [...], Prof. [...] du 01.04.2016) ; ils ne permettent pas de confirmer cette maladie. Les constatations histologiques ne permettent pas non plus de confirmer le diagnostic. Dans le compte rendu complémentaire, les médecins du CHU de [...] précisent que le diagnostic final résulte d'une confrontation anatomo-clinique. On constate que l'assurée ne présente pas d'hyperlaxité articulaire. Dans le rapport du 01.06.2016, le Dr R._____ relève également un score de Beighton à 0/9. Avec les années, il est fréquent que l'hyperlaxité articulaire s'atténue, raison pour laquelle les nouvelles directives internationales pour le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile acceptent un score de Beighton à 4 ou plus à partir de l'âge de 50 ans. L'assurée ne remplit pas ce critère diagnostique. D'autre part, elle ne présente pas d'hyperextensibilité cutanée, ni d'anomalie de la texture cutanée, ni de cicatrice atrophique. Elle ne présente pas non plus d'anomalie de la dentition, d'arachnodactylie, de prolapsus mitral, de dilatation de la racine aortique. Seuls des antécédents de hernie abdominale et un possible prolapsus du plancher pelvien (pose de bandelette en raison d'incontinence urinaire) sont des critères pouvant entrer dans ce syndrome. Selon les nouveaux critères de classification de 2017 du Consortium International du syndrome d'Ehlers-Danlos, ce diagnostic ne peut pas être retenu chez Mme F._____. L'absence de péjoration à l'examen clinique de ce jour par rapport à celui de l'expertise rhumatologique du Dr V._____ du 07.01.2014 montre qu'il n'y a pas d'aggravation objectivable de l'état santé. L'assurée mentionne des plaintes subjectives (douleurs, fatigue) qui n'ont pas de traduction clinique. Il n'y a pas de LF supplémentaire.

Concernant l'atteinte lombaire, il n'y a pas d'aggravation par rapport à l'expertise du Dr V._____ de 2014. L'atteinte dégénérative lombaire est sévère en L5-S1. Les LF mentionnées par le Dr V._____ sont toujours d'actualité. On constate toutefois une augmentation de la tolérance de la position assise.

Concernant l'épaule D [droite], le syndrome de la coiffe des rotateurs est discret. Des limitations concernant les activités prolongées exercées au-dessus de l'horizontale sont justifiées. Ce type d'activité est peu rencontré dans le travail d'employée de bureau.

Les investigations radiologiques montrent un kyste sur le versant iliaque de l'articulation sacro-iliaque G [gauche]. L'assurée ne présente pas de douleurs de cette articulation. Il s'agit d'une découverte fortuite. Le bilan radiologique montre également des signes dégénératifs des hanches. Les rotations ont diminué par rapport à l'expertise de 2014. Cette arthrose n'est toutefois pas douloureuse lorsque l'assurée est assise. Cette arthrose débutante n'est pas incapacitante dans l'activité d'employée de bureau.

L'assurée présente une arthrose tarsométatarsienne du 3ème rayon du pied G. Elle peut toutefois marcher sur la pointe des pieds sans douleur. Cette arthrose est asymptomatique.

Dans le rapport du 12.06.2017, le Dr H._____ diagnostique une aponévrosite plantaire, des talalgies D, des calcifications du tendon d'Achille à son insertion. Les bilans radiologiques objectivent

effectivement une enthésopathie du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire à leur insertion sur le calcaneum. Toutefois, ces enthésopathies ne sont actuellement pas douloureuses. La marche sur les talons est indolore. La palpation et l'étirement du tendon d'Achille ne provoquent pas de douleur. Il n'y a donc plus d'aponévrosite plantaire, ni de talalgies.

Le Dr H. _____ mentionne également une exacerbation d'épigastralgies. Actuellement, l'assurée signale ne plus avoir d'épigastralgies depuis qu'elle prend un traitement de Pantoprazole®. La diminution de l'acuité auditive, mentionnée par le Dr H. _____ est confirmée par l'assurée. Elle décrit des difficultés à entendre lors d'ambiances bruyantes, ce qui représente vraisemblablement une limitation supplémentaire dans l'exercice d'une activité professionnelle.

Sur le plan professionnel, une enquête économique sur le ménage conclut à une invalidité de 12,6 % en 2014 (cf. rapport de Mme [...] du 08.09.2014). L'évaluation des capacités fonctionnelles, effectuée le 10.03.2016 et 11.03.2016, montre que les capacités physiques de l'assurée lui permettent d'accomplir un travail correspondant à un niveau d'effort léger à moyen, c'est-à-dire avec un port de charges jusqu'à 15 kg (cf. rapport de M. [...]). Ce niveau d'effort se situe au-dessus de celui qui est attendu dans une activité d'employée de bureau. Une limitation du port de charges de 5 kg est attestée par le Dr V. _____ (cf. expertise du 09.01.2014). On conclut que la CT de l'assurée dans une activité légère de type employée de bureau reste totale.

L'assurée ne conçoit pas reprendre une activité professionnelle en raison de manifestations essentiellement subjectives (fatigue, douleurs, manque de concentration). Malgré l'importance des douleurs, le traitement antalgique est quasi inexistant. Elle a pu voyager en voiture jusqu'au Sud de la France en 2015 et 2016. Elle assume une grande partie du ménage pour elle et ses quatre enfants. Il n'y a pas lieu de retenir une IT [incapacité de travail] dans l'activité d'employée de bureau.

Dans le cadre de douleurs chroniques, le traitement actuel ne doit pas rechercher une disparition des douleurs, mais une amélioration de la capacité physique globale par un entraînement progressif à l'effort. La marche est à encourager. L'assurée interprète mal cette proposition en déclarant que l'examineur lui aurait dit qu'elle n'a pas besoin d'antidouleurs (cf. lettre Mme F. _____ du 07.12.2017). Les déclarations de l'assurée : « les manipulations sur toutes mes articulations ont créés (sic) de fortes douleurs après coup » alors qu'il n'y avait aucune manifestation algique lors de l'évaluation de l'hypermobilité articulaire, sont surprenantes. Ceci relève d'un comportement douloureux qui ne s'explique pas par une atteinte ostéo-articulaire.

Limitations fonctionnelles

Colonne lombaire : port ou soulèvement de charges au-delà de 5 kg, posture en porte-à-faux lombaire, position assise au-delà de 1 heure, position debout statique au-delà de 30 minutes.

Epaule D : activité prolongée au-dessus de l'horizontale.

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

moins ?

Il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé sur le plan ostéoarticulaire. La CT de 100 % dans une activité d'employée de bureau respectant les LF décrites ci-dessus est toujours de 100 %.

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

L'IT est restée à 0 % dans une activité d'employée de bureau adaptée aux LF.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance aux contraintes mécaniques de la colonne lombaire dans le cadre de discopathies, sévère en L5-S1, d'arthrose des articulations postérieures, de la tolérance de l'épaule D dans le cadre d'un syndrome de la coiffe des rotateurs peu marqué.

Pronostic

L'examen clinique de ce jour ne permet pas de confirmer la présence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos. L'assurée présente essentiellement, sur le plan ostéoarticulaire, des atteintes dégénératives. Elle reste focalisée sur des douleurs qui ne s'expliquent que partiellement par l'atteinte ostéoarticulaire. Le pronostic pour une reprise du travail est mauvais.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'EMPLOYÉE DE BUREAU : 100 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

DEPUIS : novembre 2013 (cf. expertise du Dr V._____ du 09.01.2014).

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

Par projet du 8 février 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. L'assurée a présenté des objections le 30 avril 2018.

Dans un avis du 28 août 2018, le Dr W._____ a maintenu que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée.

Par décision du 26 novembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, relevant en particulier que l'art. 27bis RAI, relatif au calcul du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, n'avait pas d'influence dans le cas de l'assurée.

C. L'assurée, désormais représentée par Procap Suisse, a recouru le 14 janvier 2019, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi en sa faveur d'une rente

d'invalidité et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire pour le frais de justice.

Par réponse du 18 février 2019, l'OAI a conclu au rejet.

En cours de procédure, la recourante a produit plusieurs pièces :

- Un rapport d'IRM lombaire du 6 novembre 2018 selon lequel il existait une discopathie L4-L5 avec fragment discal luxé inféro-latéral droit venant au contact avec le trajet intracanalair de la racine S1 droite, une discopathie L5-S1 avec discret rétrécissement du récessus latéral gauche par une composante dégénérative mais sans évidence de compression radiculaire franche visible ;
- Un rapport du 3 avril 2019 de la Dre H. _____ rédigé ainsi :

« Je soussignée certifie que la situation médicale de la patiente susnommée s'est nettement détériorée avec mise en évidence d'une discopathie L4-L5 avec fragment discal luxé inféro latéral droit venant en contact avec le trajet intra-canalair de la racine S1 droite et discopathie L5-S1 avec discret rétrécissement du récessus latéral à l'origine d'un syndrome radiculaire L5 droit déficitaire.

La patiente a par ailleurs présenté une pneumonie basale gauche à l'origine d'une hospitalisation du 1^{er} au 9 janvier 2019, associée à un épanchement ayant nécessité une ponction.

Dans les suites de la pneumonie, la patiente a présenté une embolie pulmonaire basale gauche proximale avec un nouveau séjour hospitalier du 18 au 19 janvier 2019 et l'introduction d'un traitement anticoagulant.

Il est évident que le cumul d'une hernie discale, d'une pneumonie avec décompensation cardiaque, d'une embolie pulmonaire, ont considérablement affaibli la patiente et nettement aggravé son état général déjà précairisé par les différentes pathologies dont en particulier le syndrome d'Ehlers Danlos. »
- Un rapport du 16 mai 2019 du Dr D. _____, médecin associé au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier P. _____, selon lequel un enregistrement vidéo-polysomnographique montrait une

dyssomie nocturne sévère avec un sommeil extrêmement fragmenté, en particulier en début de nuit, une diminution du sommeil lent profond et une efficacité effondrée à 62.5 %.

D. Devant les avis contradictoires, notamment sur le SED, la Juge instructrice de la Cour de céans a ordonné une expertise, laquelle a été confiée à la Dre X._____, spécialiste en rhumatologue, qui s'est adjointe le concours de la Dre B._____, spécialiste en médecine interne générale, dont le rapport date du 18 mai 2022. Celles-ci ont précisé que l'analyse de la période médicale rétroactive avait été effectuée depuis 2014.

L'experte interniste a posé les diagnostics suivants :

« Les diagnostics listés ci-dessous font partie du domaine de la médecine interne. Tous les diagnostics d'ordre rhumatologique ne sont volontairement pas listés ici car traités en détail par l'experte rhumatologue, notamment le syndrome évoqué à plusieurs reprises par les différents médecins d'Ehlers-Danlos.

Diagnostics incapacitants :

Troubles du sommeil avec dyssomnie sévère et carence de sommeil lent profond d'origine mixte :

- Reflux gastro-oesophagien sur volumineuse hernie hiatale
- Syndrome d'apnées du sommeil
- Fibromyalgie

Madame présente de graves troubles du sommeil apparus selon elle progressivement depuis sa ménopause à l'âge de 39 ans. Des réveils répétés ont débuté initialement en raison de bouffées de chaleur puis de douleurs. Progressivement le sommeil est devenu de plus en plus saccadé et non réparateur. Madame dit se coucher tôt vers 21h, sans rituel de coucher, et s'endort avec la télévision allumée, en programmant une minuterie. Le matin elle reste plus d'une heure au lit avant de se lever en raison de douleur et blocage de tout le corps. Elle a l'impression d'être épuisée dès le réveil. Elle ne fait pas de sieste la journée, mais dit passer la majeure partie de la journée allongée à regarder la télévision ou être sur son téléphone. Elle ne fait aucun exercice physique en raison des douleurs, mentionnant qu'elle « le paie cher après coup ».

A l'origine des réveils multiples actuels, Madame mentionne des douleurs articulaires diffuses (traitées en détail par l'expert rhumatologue dans sa partie), une toux nocturne et des remontées acides. Ces derniers symptômes sont attribués selon toute vraisemblance à une volumineuse hernie hiatale qui a récidivé après une intervention par hémifundoplication en 2011. La récurrence a été objectivée par une gastroscopie en 2013.

La toux nocturne et les remontées acides liées au reflux sont des causes connues de réveils nocturnes. Madame prend un traitement bi-quotidien d'inhibiteurs de la pompe à proton pour ses symptômes de reflux, et de nombreux comprimés de Riopan/Rennie (traitement symptomatique pur). Elle n'a plus consulté de gastroentérologue depuis plusieurs années, ni subi de gastroscopie.

Le sommeil de l'expertisée a été exploré à deux reprises par des polysomnographies en mai 2019 et janvier 2020. L'analyse du sommeil a démontré une dyssomnie nocturne sévère avec un sommeil extrêmement fragmenté particulièrement en début de nuit, correspondant aux plaintes décrites par l'expertisée. L'examen montrait des apnées, un sommeil profond lent diminué, avec une efficacité effondrée, l'absence de mouvement périodique des jambes et pas de comportement moteur complexe. Dans un premier temps des apnées d'origine majoritairement centrale quantifiées à 63.9/heure (norme <5/heure), avaient été attribuées à la prise d'opiacés pour les douleurs. Madame était alors parvenue à stopper les médicaments dérivés morphiniques. La seconde polysomnographie effectuée après sevrage des opiacés, 6 mois plus tard, a néanmoins confirmé la dyssomnie sévère avec une carence de sommeil lent profond et la présence d'apnées obstructives à raison de 20.5/heure. Les troubles respiratoires étaient néanmoins moindres suite à l'arrêt des opiacés. Le SAOS est défini de degré moyen. Un traitement de Mélatonine et un appareillage par CPAP sont alors proposés. A noter qu'une toux nocturne n'est pas décrite sur le rapport médical.

Madame est évaluée par un pneumologue, Dr [...], au Centre pneumologique de [...] en novembre 2020 pour l'introduction d'une CPAP. Concernant les insomnies, le pneumologue fait mention du diagnostic d'«Insomnie de type trouble du maintien du sommeil sur composante de syndrome algique dorsal nocturne et quelques troubles d'hygiène du sommeil». Le pneumologue mentionne que la Mélatonine n'a pas été poursuivie en raison du coût et du fait que ce traitement ne soit pas remboursé et de l'absence d'efficacité. Madame aurait fait mention de nycturie, ce qui ne ressort pas dans l'entretien d'expertise actuelle. L'essai de la CPAP s'est soldé par un échec en raison d'une composante d'hypersensibilité algique des interfaces au niveau du visage, mise sur le compte du syndrome d'Ehlers Danlos selon le pneumologue. Selon les enregistrements Madame a utilisé l'appareil durant 23 jours, en moyenne 1h10/nuit, avec résolution des apnées lors de l'appareillage mais impossibilité pour l'expertisée de s'endormir et aucun bénéfice sur la fatigabilité diurne. Selon le pneumologue, tant que la problématique algique diffuse ne sera pas stabilisée, il n'y a aucune chance que l'appareillage puisse être efficace.

A noter que les examens fonctionnels respiratoires datant de 2017 étaient dans la norme selon le rapport du Dr [...].

Depuis Madame a dû reprendre un traitement opiacé pour les douleurs et il est vraisemblable que les apnées soient à nouveau augmentées dans ce contexte.

En lien avec sa fatigue Madame décrit des problèmes de mémoire et troubles de la concentration. Nous n'avons pas objectivé de troubles de la mémoire ou de la concentration florides au terme de 4h d'examen d'expertise, mais cela n'a bien sûr pas été recherché par des examens spécialisés (exploration neurocognitive). Nous avons

objectivé de nombreux bâillements survenus après environ deux heures de discussion (4h en tenant compte de l'examen rhumatologique).

En conclusion Madame présente de graves troubles du sommeil d'origine multifactorielle. Ces troubles du sommeil s'inscrivent dans le contexte des douleurs chroniques, d'un reflux gastro-oesophagien et d'un syndrome d'apnées du sommeil obstructives et centrales, ces dernières accentuées par la prise d'opiacés. Une mauvaise hygiène du sommeil contribue aux troubles du sommeil, avec l'absence de rituel de coucher, la présence d'écran et notamment la télévision allumée pour l'endormissement et une sédentarité très importante avec une expertisée relatant être allongée 80% du temps.

Hypoferritinémie à 21mcg/l en mars 2022

Au laboratoire effectué dans le cadre de l'expertise nous observons une hypoferritinémie. Une ferritine abaissée est expliquée par une carence en fer et peut engendrer à elle seule une fatigue, même sans anémie associée. Cette hypoferritinémie contribue certainement à la fatigue de Madame. A noter que chez une personne ménopausée, sans menstruations, il est important de rechercher l'origine de cette carence en fer, en premier lieu par des investigations gastroentérologiques (gastroscopie et coloscopie). Nous laissons le médecin traitant se charger d'organiser ces examens lors des prochaines consultations. L'assurée et son médecin traitant (Dre H. _____) ont été tenues au courant de ces résultats.

Les troubles de la concentration et troubles de la mémoire dont se plaint Madame, bien qu'impossible à évaluer de manière précise sans bilan neuropsychologique, sont plausibles au vu de la dyssomnie sévère objectivée.

Limitations fonctionnelles liées aux troubles du sommeil

La fatigue découlant des troubles du sommeil occasionne une baisse de l'énergie disponible dans toute activité professionnelle. »

En outre, l'experte a répondu ainsi aux questions :

« 6. **RÉPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT**

6.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- **Combien d'heures de présence l'assurée peut-elle assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?**

25h/semaine, soit 60% comme employée de bureau, activité adaptée

- **Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?**

Nous incluons la diminution de rendement dans le 40% d'IT [incapacité de travail] due à la fatigue

- **À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assurée dans cette activité, par rapport à un emploi à 100% ?**

60%

- **Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil de temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?**

6.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

- **Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assurée ?**

Une activité avec possibilité de faire des pauses régulières, avec des objectifs de rendement flexible au vu de la baisse de l'énergie disponible liée à la fatigue. Ceci nous semble compatible avec une activité d'employée de bureau à 60%.

- **Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?**

4 à 5h/j

- **La performance de l'assurée serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?**

Cf ci-dessus

- **À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assurée dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100% ?**

60%

- **Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?**

Pas de perspective d'amélioration.

6.3 Mesures médicales et thérapies avant un impact sur la capacité de travail

- **D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?**

Eventuellement par un travail fait par un spécialiste du sommeil sur l'amélioration des mesures d'hygiène du sommeil, avec néanmoins une probabilité d'échec importante de cette intervention.

Nota Bene :

Sans impact significatif sur la capacité de travail, il est néanmoins impératif que Madame bénéficie d'une gastroscopie et colonoscopie pour investiguer l'hypoferritinémie, dans un délai de 3 à 6 mois.

Par ailleurs, nous avons décelé certains éléments au cours de notre expertise qui pourrait entrer dans le domaine de la psychiatrie. Nous pensons qu'une composante anxieuse pourrait être présente chez Madame, en lien avec les troubles du sommeil,

l'impossibilité de garder le masque de CPAP la nuit, les lésions de grattage et ongles rongés observés lors de notre examen clinique. Nous nous posons aussi la question d'une possible composante de dépendance aux opiacés et somnifères. Les troubles de la mémoire pourraient aussi faire partie du tableau clinique d'une comorbidité psychiatrique. Dans ce contexte nous laissons ouverte la possibilité d'une expertise psychiatrique en complément de notre expertise somatique. »

L'experte rhumatologue a posé les diagnostics suivants (sic) :

« 3. DIAGNOSTICS

Diagnostics avec l'effet sur la capacité de travail :

- **Lombalgies bilatérales et lombosciatalgies L4-L5 et L5-S1 gauche, chroniques, irritatives, non-déficitaires sur troubles dégénératifs du rachis lombaire (M54.5)**
 - o Hernie discale L4-L5
 - o Sténose de récessus L4-L5 bilatéral et L5-S1 gauche retenus par le professeur K. _____
 - o Troubles dégénératifs des articulations postérieures
 - o Discopathie L4-L5 et L5-S1

L'assurée présente des douleurs lombaires de longue date. Selon l'examen actuel il n'y a pas d'aggravation significative depuis l'expertise du V. _____ du 2014 ni depuis l'examen du Dr M. _____ du 2017. L'examen clinique reste superposable. Il n'y a pas de signe clinique évocateur d'un changement significatif, une nouvelle imagerie n'est pas indiquée.

- **Fibromyalgie (M79.7)**

- o avec score total à 17 selon les critères révisés ACR de 2016 avec index de la douleur généralisée WPI 6 et échelle de sévérité à 11.

L'assurée présente un état douloureux chronique qui va au-delà des atteintes organiques objectivées, une fatigue et des manifestations systémiques variées qui peuvent être également des manifestations d'une fibromyalgie. Ce diagnostic n'est pas évoqué dans les examens rhumatologiques précédents, les experts ont examiné uniquement des points de fibromyalgie. Actuellement nous n'utilisons plus les points mais des zones douloureuses ainsi qu'il convient de prendre en compte des manifestations extra-articulaires. Il est probable que l'assurée n'ait pas présenté ce diagnostic en 2017, la fibromyalgie serait développée récemment. Comme j'explique dans le chapitre critères de classification, selon l'examen actuel je retiens ce diagnostic chez Mme F. _____.

Comme diagnostic différentiel des douleurs arthro-musculaires généralisées chroniques, il convient d'exclure des rhumatismes inflammatoires chroniques. L'examen clinique, le bilan radiologie et biologique a permis d'exclure tout type de rhumatisme inflammatoire chronique chez l'assurée.

La fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et son évaluation sur le plan de la capacité de travail est par conséquent soumise à la grille d'évaluation spécifiée comportant des indicateurs standards. Actuellement Mme F._____ décrit une incapacité d'effectuer les tâches ménagères, même ses activités quotidiennes, y compris de prendre une douche en raison de la douleur et de la fatigue. Ses limitations dans sa vie privée et sa vie professionnelle théorique me semblent d'être cohérentes. Le poids des souffrances me semble d'être significatif dans sa vie quotidienne, empêchent par exemple d'aller faire la physiothérapie à [...] comme décrit dans l'anamnèse. Concernant ses ressources personnelles, sur le plan physique l'assurée est clairement épuisée, cet état est d'origine plurifactorielle rhumatologique (douleurs) et de la médecine interne (insomnies, carence en fer). En ce qui concerne les ressources externes, elle semble d'être bien entourée par ses 4 enfants. En conclusion, la symptomatologie somatique comprenant les douleurs, la fatigue et l'insomnie a vraisemblablement un impact significatif sur tous les domaines de la vie de l'assurée, je retiens la fibromyalgie comme diagnostic incapacitant chez Mme F._____.

▪ **Syndrome de conflit sous-acromial bilatéral (M75.1)**

Mme F._____ relate des omalgies mécaniques sans sévérité, sans douleur nocturne inflammatoire. Selon l'examen clinique du jour je retiens le diagnostic d'un syndrome de conflit sous-acromial bilatérale, elle a déjà présenté ce diagnostic au niveau de l'épaule droite selon le rapport du Dr M._____ en 2017.

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail :

▪ **Douleurs des pieds**

- o Troubles statiques avec pieds plats valga prédominant à gauche
- o Arthrose de l'avant-pied gauche (Dr [...] 2015)
- o Tendinopathie chronique Achilléen à gauche

L'assurée présente des douleurs mécaniques au niveau des pieds depuis longue date, sans gravité. Aujourd'hui le tendon Achille est douloureux et légèrement épaissi à gauche et je retrouve le trouble statique connue, le pied plat à gauche. Il n'y a pas de signe d'une aponévrosite plantaire actuellement.

▪ **Gonarthrose bilatérale débutante**

L'assurée présente des gonalgies mécaniques. Les radiographies montrent un gonarthrose bilatérale débutante sans sévérité.

• **Coxarthrose bilatérale débutante (2017 Dr M._____)**

L'assurée relate des douleurs des hanches d'allure mécaniques. La radiographie et de l'IRM du 2014 ont déjà évoqué ce diagnostic de nouveau décrit sur l'IRM du 2021, sans sévérité.

• **Cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs banals cervicaux (IRM de 2018)**

Les cervicalgies mécaniques décrites par Mme F._____ sont expliquées par des troubles dégénératifs banales décrits sur l'IRM du 2018.

Syndrome d'Ehlers-Danlos non retenu :

Le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos soit la forme classique, soit la forme hypermobile, est évoqué à plusieurs reprises dans le dossier. Selon Mme F._____, le diagnostic a été d'abord retenu chez une de ses filles, puis par la suite le test génétique chez elle a été effectué dans le contexte de dépistage familial.

Je retrouve la description de plusieurs examens cliniques rhumatologiques dans le dossier. Il n'y a jamais de l'hyperlaxité articulaire décrite chez Mme F._____, ni dans l'expertise de V._____ de 2014, ni dans l'examen clinique du Dr G._____ de 2016, ni dans l'examen clinique du SMR du Dr M._____ de 2017, ni dans le dernier rapport datant de 2020 du Dr R._____. Il n'y a pas d'hyperlaxité articulaire lors de l'examen clinique actuel. Il n'y a pas non plus d'hyper-extensibilité cutanée décrite, sauf dans le rapport du Dr G._____. Je ne retrouve pas de hyper-extensibilité cutanée lors de l'expertise actuelle.

Le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos est basé sur des critères cliniques selon les critères de classifications du 2017. Sans hyperlaxité articulaire clinique ou hyper-extensibilité cutanée clinique ces diagnostics ne peuvent pas être retenus. La présence d'une mutation n'a pas de valeur diagnostic, il s'agit uniquement d'une prédisposition génétique. Par ailleurs, la mutation génétique retrouvé chez Mme F._____ dans l'exon 13 de COL5A1 gène, notamment la variante gly530ser est la mutation la plus fréquente du gène COL5A1 qui est également présente dans la population normale. Comme le rapport génétique d'avril 2016 précise, il s'agit d'une variante qui peut simplement modifier la présentation de la maladie en présence d'une autre mutation. La présence de cette mutation n'est pas suffisante pour retenir le diagnostic.

Je souhaite également relever que selon le rapport du Dr G._____ de 2016, il n'est pas précisé quel type de syndrome d'Ehlers-Danlos il évoque. La présence de la mutation génétique est évocatrice d'un syndrome d'Ehlers-Danlos classique. Dans le syndrome D'Ehlers-Danlos type hypermobile, il n'y a pas de mutation identifiée. La biopsie cutanée évoque par contre un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile en expliquant que si cela était un type classique, la taille des fibres devrait être plus grande. Le Dr G._____ donne une attestation abrégée de diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos datant le 08.12.2016 à Mme F._____, en entourant la forme hypermobile. Dans la consultation spécialisée du Dr G._____, le

score de Beighton est à 2/9 alors qu'il est impossible qu'avec un score de Beighton 2/9, les critères de Villefranche de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile soient remplis comme ce rhumatologue affirme dans son rapport.

En conclusion, je ne retiens pas le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos, ni hypermobile, ni classique chez Mme F. _____ . »

L'experte a répondu aux questions ainsi :

« **6.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

- **Combien d'heures de présence l'assurée peut-elle assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?**

Sur le plan rhumatologique, en prenant compte la fibromyalgie, dans son activité habituelle qui est adaptée : 4 heures par jour, soit à 50%.

- **Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?**

En raison de la fatigue liée à l'insomnie, on peut imaginer que la performance soit réduite, celle-ci est incluse dans l'IT à 50%.

- **À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assurée dans cette activité, par rapport à un emploi à 100% ?**

4 heures par jour, soit 50%.

- **Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil de temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?**

Sur le plan rhumatologique, il n'y a pas de possibilité d'amélioration en raison de la chronicité et de l'échec de quasi toutes les alternatives thérapeutiques possibles.

6.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

- **Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assurée ?**

Limitations fonctionnelles liées aux diagnostics rhumatologiques sont les suivantes : Concernant la colonne lombaire : éviter le port ou soulèvement de charges plus de 5 kg, éviter les positions debout/assise prolongée plus que 30 min, éviter les positions en porte-à-faux lombaire. Au niveau des épaules : éviter les activités avec le bras au-dessus de l'horizontale, de la tête des deux côtés. Concernant la fibromyalgie : les douleurs chroniques entraînent une fatigue, donc plusieurs pauses seront nécessaires durant la journée de travail.

- **Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?**

4 heures, soit 50%

- **La performance de l'assurée serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?**

La performance est réduite mais incluse dans le 50%.

- **À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assurée dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 % ?**

4 heures, soit 50%.

- **Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?**

Il n'y a pas de perspective d'amélioration.

6.3 Mesures médicales et thérapies avant un impact sur la capacité de travail

- **D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?**

Non, la capacité de travail ne peut pas être améliorée sur le plan rhumatologique. De nombreux traitements physiques, médicamenteux et infiltratifs ont été essayés (sic), sans effet. Il n'y a toujours pas d'indication à une intervention chirurgicale. Les médicaments SNRI proposés ci-dessus peuvent améliorer la symptomatologie douloureuse, mais comme le premier traitement par le Cymbalta n'a pas fonctionné il est peu probable que les autres molécules soient très efficaces. Je n'attends pas un effet sur la capacité de travail globalement.

- **Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ?**

Il n'y a pas de traitement à proposer comme expliqué ci-dessus.

7. RÉPONSES AUX QUESTIONS DE LA RECOURANTE

- 1. Description précise du profil d'exigibilité de l'activité habituelle (dernière activité exercée avant l'atteinte à la santé) de Mme F. _____**

Employé de commerce avec travail au bureau, possibilité d'alterner les positions assise et debout, sans port de charge important.

- 2. Quels sont les diagnostics retenus ?**

Cf. point 4 "Diagnostics".

- 3. Y a-t-il eu une aggravation de l'état de santé depuis l'examen SMR pratiqué par le Dr M. _____ en 2017 ?**

Oui, depuis janvier 2019, Mme F._____ décrit une péjoration de la fatigue, des douleurs et des troubles du sommeil d'origine multifactorielle, et directement liée à ces plaintes nous retenons le diagnostic nouveau de fibromyalgie qui est incapacitant selon notre évaluation. La date exacte de l'apparition de la fibromyalgie est impossible de définir.

4. Les atteintes cervicales diagnostiquées dans l'IRM du mars 2018 ont-elles un effet sur la capacité de travail ?

Non

5. En prenant en considération l'ensemble des atteintes rhumatologiques et internistiques, y compris leurs éventuelles interactions, quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle, respectivement dans une éventuelle activité adaptée ? Doit-on s'attendre à une baisse de rendement ?

La capacité de travail en prenant compte surtout la fatigue et les douleurs dans le contexte d'une fibromyalgie et des lombalgies reste à 4 heures par jour, soit 50%. L'activité habituelle est considérée comme adaptée. Nous estimons que l'incapacité de travail liées aux comorbidités rhumatologiques et internistiques se renforcent, majorant de 10% l'IT liée aux comorbidités rhumatologiques uniquement. Nous retenons une IT de 60% dans toute activité professionnelle au terme de notre évaluation consensuelle. Le rendement est diminué en raison de la fatigue liée aux troubles du sommeil, cette diminution a été incluse dans les 60% d'IT retenue.

6. Le cas échéant, de quelles limitations fonctionnelles une activité adaptée devra tenir compte ?

Cf. limitations fonctionnelles.

7. Estimez-vous que des examens complémentaires devraient être réalisés dans d'autres disciplines médicales afin d'avoir une vision globale de l'état de santé de Mme F._____ et de l'effet des atteintes à la santé sur sa capacité de travail ? Le cas échéant, dans quels domaines médicaux ?

Nous avons décelé certains éléments au cours de notre expertise qui pourraient entrer dans le domaine de la psychiatrie. Nous pensons qu'une composante anxieuse pourrait être présente chez Madame, en lien avec les troubles du sommeil, l'impossibilité de garder le masque de CPAP la nuit, les lésions de grattage et ongles rongés observés lors de notre examen clinique. Nous nous posons aussi la question d'une possible composante de dépendance aux opiacés et somnifères. Les troubles de la mémoire pourraient aussi faire partie du tableau clinique d'une comorbidité psychiatrique. Dans ce contexte nous laissons ouverte la possibilité d'une expertise psychiatrique en complément de notre expertise somatique. »

L'évaluation consensuelle de cette expertise a été rédigée en ces termes :

« **3.1 Résumé de l'évolution de la maladie**

Pour rappel, l'assurée, née en 1968, possède un CFC d'employé de commerce G datant de 1987, est sans activité professionnelle depuis 1995. On note un premier contact avec l'OAI VD en 2010 en raison d'un AT prolongée, la décision finale est la suivante : Le dépôt d'une demande AI n'était pas indiqué. La situation de santé de l'assurée est directement liée à son contexte familial, il s'agit d'une organisation familiale très compliquée avec 4 enfants dont 3 triplés ayant de problèmes de santé nécessitant des nombreux rendez-vous médicaux.

L'assurée relate que les problèmes de santé ont commencé après la ménopause, vers 39 ans, après avoir subi une hystérectomie. Il s'agissait d'abord des troubles du sommeil et par la suite des lombalgies. La symptomatologie douloureuse généralisée actuelle s'est développée progressivement.

La première demande de réadaptation/rente date du 21.02.2012. Une expertise rhumatologique du Dr V._____ (date du rapport 09.01.2014) retient comme diagnostic avec effet sur la CT des troubles dégénératifs lombaires, une CT résiduelle de 50% dans une activité non adaptée depuis août 2011 et une CT complète depuis novembre 2013 dans une AA respectant les limitations fonctionnelles. Dans sa décision du 16.02.2015, l'OAI refuse une rente d'invalidité.

L'état de santé de Mme F._____ aurait évolué pendant ce temps principalement sur le plan rhumatologique. Les lombalgies se sont péjorées, de multiples essais thérapeutiques se sont soldés par l'échec, la physiothérapie ne serait plus efficace, ni le traitement médicamenteux. Un avis chirurgical est alors demandé au Centre hospitalier P._____. Les chirurgiens ne retiennent pas d'indication opératoire concernant le rachis. Les infiltrations sont restées inefficaces. Entretemps sa fille a été diagnostiquée avec un syndrome d'Ehlers-Danlos. Mme F._____ subit un dépistage génétique en avril 2016, elle est porteuse d'une mutation qui est décrite dans le syndrome d'Ehlers-Danlos classique. Selon un rapport du service de génétique médicale du Centre hospitalier P._____, Madame serait porteuse de mutations génétiques pouvant favoriser ce syndrome. Mme F._____ et ses enfants consultent alors un spécialiste du syndrome d'Ehlers-Danlos en Belgique en fin 2016, qui retient le diagnostic sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique.

Une deuxième demande de réadaptation/rente est déposée par l'assurée le 18.05.2016. L'OAI refuse d'entrer en matière le 01.05.2017. L'assurée fait opposition au projet de décision le 15.05.2017. Les nouvelles atteintes à la santé seraient un syndrome d'Ehlers-Danlos, les douleurs, l'asthénie et fatigabilité.

Une deuxième expertise rhumatologique est effectuée par le Dr M._____, médecin SMR, le 6.12.2017. L'expert retient comme diagnostics ayant une répercussion sur la CT les troubles dégénératifs lombaires et un discret syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il ne retient pas le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos car l'assurée ne remplit pas les critères de

classification du Consortium International du syndrome d'Ehlers-Danlos de 2017. L'expert retient une CT à 100% dans un AH (comme employé du bureau) ou autre activité adaptée. Ultérieurement l'assurée présente un rapport d'IRM cervicale du 15.03.2018, mais ce rapport ne modifie par la conclusion de l'expertise, selon avis du médecin SMR. La deuxième demande est rejetée avec décision datant du 28.11.2018.

L'assurée fait recours au deuxième refus en mandatant le service juridique de l'association Procap. Selon lettre du 5.7.2019 assurée souhaite faire valoir qu'elle présente bien un syndrome d'Ehlers-Danlos d'origine génétique, elle nie toute valeur probante au rapport d'examen SMR du 12.01.2018 (expertise du 6.12.2017).

En début 2019, à la suite d'une hospitalisation en raison de hernie discale, l'assurée développe une pneumonie avec un épanchement pleural et une embolie pulmonaire dans le contexte para-infectieux. Selon ses dires, depuis cet épisode, son état de santé a significativement péjoré. Actuellement les douleurs, la fatigue et des troubles du sommeil sont prédominants. Depuis son déménagement à [...], elle n'a quasiment pas de suivi médical en raison de la distance de son médecin traitant.

3.2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail avec explication/motivation

Au plan de la médecine interne générale

Cf. expertise de la médecine interne générale en annexe.

Au plan rhumatologique

Cf. expertise rhumatologique en annexe.

3.3 Évaluation des ressources des capacités

Selon l'experte interniste, Madame présente certaines ressources notamment sur le plan de la gestion des tâches administratives et financières. Elle a su préserver de bonnes relations avec ses enfants, et maintient quelques relations sociales à distance. Cependant, la symptomatologie douloureuse et la fatigue restent au centre de sa vie, et l'assurée organise toutes ses activités en fonction de ses douleurs et sa fatigue.

Selon l'experte rhumatologue les ressources de la patiente semblent être épuisées surtout sur le plan physique en raison de la fatigue et des douleurs.

3.4 Contrôle de cohérence

Les expertes n'ont pas trouvé d'incohérence entre les plaintes de l'expertisée et les résultats de l'examen clinique.

3.5 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Au plan de la médecine interne générale :

L'experte retient une capacité de travail à 60% dans l'activité comme employée de bureau. Cette activité est considérée comme adaptée.

Au plan rhumatologique :

L'experte retient une capacité de travail à 50% dans son activité habituelle qui est adaptée.

3.6 Capacité de travail dans une activité adaptée

Au plan de la médecine interne générale :

L'experte interniste retient des limitations fonctionnelles suivantes : possibilité de faire des pauses régulières, avec des objectifs de rendement flexible au vu de la baisse de l'énergie disponible liée à la fatigue. Dans une activité respectant ces limitations, comme celle d'employée de bureau, l'experte retient une capacité de travail à 60 %.

Au plan rhumatologique :

L'experte rhumatologue retient des limitations fonctionnelles suivantes : Concernant la colonne lombaire : éviter le port ou soulèvement de charges plus de 5 kg, éviter les position debout/assise prolongée plus que 30 min, éviter les positions en porte-à-faux lombaire. Au niveau des épaules : éviter les activités avec le bras au-dessus de l'horizontale, de la tête des deux côtés. Concernant la fibromyalgie : les douleurs chroniques entraînent une fatigue, donc plusieurs pauses seront nécessaires durant la journée de travail. Dans une activité respectant ces limitations, comme par exemple l'activité comme employée de bureau, l'experte retient une capacité de travail à 50 %.

Consensuellement, au terme de notre évaluation consensuelle nous retenons une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée. Nous considérons l'activité habituelle d'employée de bureau comme adaptée.

3.7 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Les limitations fonctionnelles retenues en raison des diagnostics internistiques sont principalement liées à la fatigue, qui se retrouve également dans le tableau clinique de la fibromyalgie dont souffre l'expertisée selon l'experte rhumatologue.

Nous estimons de manière consensuelle qu'il y a un renforcement des comorbidités internistiques et rhumatologiques. En effet, Madame ne fait pas d'activité physique en raison des douleurs articulaires. En raison des douleurs elle prend des opiacés. Les apnées du sommeil sont accentuées par la prise d'opiacés et le surpoids. De plus la fatigue abaisse le seuil de la douleur. Pour finir certains des traitements anti-hypertenseur que prend Madame, notamment le Physiotens, ont des effets secondaires reconnus comme fréquents d'asthénie et somnolence, plus rares mais décrits aussi pour la Lecarnidipine pouvant contribuer à la fatigue de l'expertisée. Le Telmisartan peut avoir comme effet secondaire des insomnies.

Le renforcement des comorbidités entraîne selon nous une majoration de l'IT de 10%.

Nous concluons au terme de notre expertise à une IT globale de 60%, soit 3 à 3h30 de travail par jour.

3.8 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Au plan de la médecine interne générale

Nous proposons éventuellement un travail fait par un spécialiste du sommeil sur l'amélioration des mesures d'hygiène du sommeil, avec néanmoins une probabilité d'échec importante de cette intervention.

Sans impact significatif sur la capacité de travail, il est néanmoins impératif que Madame bénéficie d'une gastroscopie et colonoscopie pour investiguer l'hypoferritinémie, dans un délai de 3 à 6 mois. La formule sanguine complète doit être contrôlée dans ce laps de temps également pour s'assurer que la leucocytose à prédominance neutrophilique ne soit pas persistante, le cas échéant une consultation hématologique devrait être demandée. Ces informations médicales ont été transmises à Mme F. _____ et la Dre H. _____ (le 9.05.2022), Mme F. _____ nous dit qu'elle contactera son médecin traitant.

Au plan rhumatologique : La capacité de travail ne peut pas être améliorée selon l'experte. Sur le plan rhumatologique les options thérapeutiques sont épuisées et la plupart des essais thérapeutiques finissent pas l'échec.

Par ailleurs, nous avons décelé certains éléments au cours de notre expertise qui pourrait entrer dans le domaine de la psychiatrie. Nous pensons qu'une composante anxieuse pourrait être présente chez Madame, contribuant aux troubles du sommeil et à l'impossibilité de garder le masque de CPAP la nuit par exemple. Les lésions de grattage et ongles rongés observés lors de notre examen clinique pourraient en être la manifestation. Nous nous posons aussi la question d'une possible composante de dépendance aux opiacés et somnifères. Les troubles de la mémoire pourraient aussi faire partie du tableau clinique d'une comorbidité psychiatrique. Dans ce contexte nous laissons ouverte la possibilité d'une expertise psychiatrique en complément de notre expertise somatique. »

L'OAI s'est déterminé le 30 juin 2022 comme suit (sic) :

« Nous avons pris connaissance du rapport d'expertise rhumatologique de la Dresse X. _____ daté du 18 mai 2022. Cette pièce a été soumise pour appréciation au Service médical régional (SMR) qui expose son point de vue dans un avis ci-joint du 29 juin.

En particulier, le SMR constate que, du point de vue de la médecine interne, il est retenu depuis décembre 2017 une incapacité de travail de 40%, en raison de la dyssomnie sévère objectivée en 2019. Toutefois, la date de début de l'inaptitude au travail retenue n'est pas rattachée à un fait objectif. En effet, celle-ci se base sur le rapport d'examen clinique SMR du Dr M. _____ qui prévoit que la recourante présente des troubles du sommeil du fait de douleurs depuis la ménopause. Le SMR considère que ceci n'est pas un élément objectif et que le descriptif de la journée présent dans le rapport d'examen clinique montrait un retentissement non uniforme dans tous les domaines et des ressources mobilisables de la part de l'intéressée (voir p. 6 et 11 du rapport concerné). Ainsi, il ne peut

concevoir une aggravation de l'état de santé de l'assurée qu'en 2019, soit postérieurement à notre décision attaquée, au vu des explorations somnologiques et de la description de la journée-type de l'intéressée qui est faite dans le cadre de l'expertise judiciaire (cf. p. 24 et 25 du rapport d'expertise judiciaire), laquelle est différente de celle reportée par le SMR, identifiant une aggravation en raison des douleurs et de la fatigue. Sur ce plan, à titre de limitations fonctionnelles, il doit être tenu compte de la possibilité de faire des pauses régulières, avec des objectifs de rendement flexible au vu de la baisse de l'énergie disponible liée à la fatigue.

Pour ce qui est du versant rhumatologique, il est soulevé que l'expert mentionne une fibromyalgie mais ne peut dater l'apparition de ce diagnostic. Le spécialiste indique qu'« il est probable que l'assurée n'ait pas présenté ce diagnostic en 2017, la fibromyalgie se serait développée récemment » (cf. p. 44 du rapport). Par ailleurs, il n'y a pas de critères concernant un rhumatisme inflammatoire et, à l'instar du SMR, il est expliqué en quoi le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile et classique ne saurait être retenu. Il est de plus observé comme diagnostic incapacitant des lombalgies bilatérales et lombosciatalgies L4-L5 et L5-S1 gauche, chroniques, irritatives, non-déficitaires sur troubles dégénératifs du rachis lombaire, sans aggravation depuis l'expertise du Dr V. _____ en 2014 ni depuis celle du SMR en 2017, ainsi qu'un syndrome de conflit sous-acromial bilatéral, tout comme en 2017. L'expert reconnaît, d'un point de vue rhumatologique, une capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans l'activité adaptée, soit un emploi épargnant la colonne lombaire et les épaules, et prenant en considération la fatigue nécessitant plusieurs pauses durant la journée de travail, de 50%. Sans pouvoir dater précisément la date de l'apparition de la fibromyalgie, il est relevé qu'elle n'était pas probablement présente en 2017 et que la péjoration de l'état de santé serait apparue en janvier 2019 (se référer à la p. 49 du rapport d'expertise).

Ainsi, le SMR observe que, d'un *point de vue consensuelle*, il est parvenu à une capacité de travail dans le poste habituel et dans un emploi adapté de 40% du fait d'une majoration de l'incapacité de travail de 10% avec les comorbidités rhumatologiques et internistiques. Il n'est pas indiqué précisément depuis quelle date cette aptitude au travail peut être retenue.

Force est de constater que la recourante présente une aggravation de son état de santé postérieurement à la décision attaquée du 16 novembre 2018, avec l'apparition de la fibromyalgie, le diagnostic de dysomnie et du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SOAS). D'un point de vue rhumatologique, il est indiqué une aggravation en janvier 2019, postérieure à notre décision. D'un point de vue internistique, les explorations somnologiques ont été effectuées en mai 2019 et janvier 2020, de ce fait, il va de soi que nous ne pouvons retenir une péjoration avec une incapacité de travail de 40% dès décembre 2017 sur le simple fait que le SMR rapportait les déclarations de l'intéressée qui mentionnait des troubles du sommeil depuis la ménopause, en lien également avec les douleurs lombaires. A cette date, la fibromyalgie et le SOAS n'étaient pas retenus ; on ne peut admettre le diagnostic de troubles du sommeil avec dyssomnie sévère et carence de sommeil lent profond d'origine mixte (RGO, SOAS, fibromyalgie) en décembre 2017 mais au plus tôt en janvier 2019 avec l'aggravation d'un point de vue rhumatologique puis le diagnostic du SOAS. La description de

la journée-type des experts judiciaires (p. 24 et 25) met en évidence une aggravation par rapport à celle effectuée par le SMR.

Dès lors, le SMR propose de retenir une aggravation de l'état de santé de notre assurée en janvier 2019 avec une capacité de travail de 40%, auparavant de 100% dans une activité adaptée comme l'indique l'examen clinique du SMR. En effet, l'expert interniste n'explique pas objectivement pourquoi il retient une incapacité de travail de 40% dès décembre 2017, les limitations fonctionnelles n'étaient pas uniformes dans tous les domaines, contrairement à la situation actuelle.

Il est finalement mis en évidence que les experts judiciaires indiquent une probable symptomatologie psychiatrique avec une composante anxieuse avec des troubles de la mémoire et du sommeil. Il est proposé un éventuel complément psychiatrique, cependant l'expertise somatique bidisciplinaire fait l'analyse des ressources et des freins de notre assurée d'une manière détaillée. Il n'est donc pas formulé d'avis formel sur l'opportunité de mettre en œuvre un complément d'expertise psychiatrique. »

La recourante s'est déterminée le 15 septembre 2022. Elle a relevé que les expertises judiciaires avaient une valeur probante supérieure aux avis du SMR d'autant plus en l'espèce que les observations de l'experte interniste se fondaient sur les rapports médicaux au dossier. En outre, elle a indiqué que renseignements pris auprès de sa médecin traitante, il existait un état anxiodépressif incapacitant qui mériterait de faire l'objet d'un complément d'instruction.

E. Compte tenu de ce nouveau diagnostic, la Juge instructrice de la Cour de céans a ordonné une expertise psychiatrique qui a été confiée au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a rendu son rapport le 3 avril 2023 et a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique.

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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir à partir de quand date l'aggravation de son état de santé, lui ouvrant le droit à une telle rente.

4. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si

nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

5. Pour 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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).

Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

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

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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.

7. En l'occurrence, la première décision du 16 février 2015 de refus d'octroi de rente en faveur de la recourante reposait sur le rapport d'expertise du 9 janvier 2014 du Dr V._____ qui avait posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies droites non irritatives et non déficitaires sur discopathies L3-L4, L4-L5 et L5-S1 et protrusions discales L4-L5 et L5-S1 et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une hernie hiatale (status après hémi-fundoplication en novembre 2011), de status après hystérectomie avec ovariectomie partielle en 2003, d'hypertension artérielle traitée et de troubles du sommeil d'origine indéterminée. A titre de limitations fonctionnelles, le Dr V._____ avait indiqué d'éviter le port de charges ou le soulèvement de charges de plus de 5 kg principalement en porte-à-faux, les positions statiques prolongées pendant plus de 30 minutes tant assises que debout et la nécessité d'alterner les positions assises et debout après 30 minutes. Il avait précisé que l'assurée rapportait souffrir de troubles du sommeil récurrents d'origine indéterminée et d'une importante fatigabilité qui justifiaient des investigations complémentaires neuro-psychiatriques. La capacité de travail était estimée à 50% dans l'activité habituelle d'employée de

bureau et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis août 2013.

La seconde décision de refus d'octroi de rente du 26 novembre 2018, rendue à la suite du dépôt d'une nouvelle demande de prestations le 16 mai 2016, repose, quant à elle, sur l'examen clinique SMR du Dr M._____ de 6 décembre 2017 dont le rapport date du 12 janvier 2018. Ce médecin a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans le cadre de discopathies et d'arthrose des articulations postérieures en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 et un discret syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite comme diagnostic associé. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné des douleurs chroniques irréductibles, un kyste osseux de l'articulation sacro-iliaque gauche asymptomatique, une coxarthrose débutante des deux côtés et de l'arthrose tarsométatarsienne du troisième rayon du pied gauche asymptomatique. Il a précisé que le syndrome d'Ehlers-Danlos qui avait amené au dépôt de la seconde demande ne se retrouvait pas chez l'assurée. En outre, les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles retenus par le Dr V._____. En particulier, on ne décelait pas d'aggravation de l'atteinte lombaire depuis 2014. La position assise était même mieux tolérée. Pour ce qui était de l'épaule droite, il y avait lieu d'éviter une activité prolongée au-dessus de l'horizontale, ce qui n'empêchait toutefois pas une activité de bureau. Le Dr M._____ a ainsi retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis novembre 2013.

Dans le cadre de la procédure de recours contre la décision de refus du 26 novembre 2018, l'assurée a produit des documents médicaux attestant, d'une part, d'une discopathie L4-L5 avec fragment discal luxé inféro-latéral droit venant au contact avec le trajet intracanalair de la racine S1 droite et une discopathie L5-S1 avec discret rétrécissement du récessus latéral gauche par une composante dégénérative mais sans évidence de compression radiculaire franche visible et, d'autre part, d'une dyssomnie nocturne sévère avec un sommeil extrêmement fragmenté, en

particulier en début de nuit, une diminution du sommeil lent profond et une efficacité effondrée à 62,5%.

Compte tenu de ces éléments et des avis divergents des spécialistes, notamment sur le syndrome d'Ehlers-Danlos, une expertise judiciaire bidisciplinaire rhumatologique et de médecine interne a été diligentée. Dans leur rapport du 18 mai 2022, les expertes ont retenu les diagnostics incapacitants de troubles du sommeil avec dyssomnie sévère et carence de sommeil lent profond d'origine mixte (reflux gastro-oesophagien sur volumineuse hernie hiatale, syndrome d'apnée du sommeil et fibromyalgie), de lombalgies bilatérales et lombosciatalgies L4-L5 et L5-S1 gauche, chroniques, irritatives, non-déficitaires sur troubles dégénératifs du rachis lombaire (sur hernie discale L4-L5, sténose de récessus L4-L5 bilatéral et L5-S1 gauche, troubles dégénératifs des articulations postérieures et discopathies L4-L5 et L5-S1), de fibromyalgie, ainsi que de conflit sous-acromial bilatéral. A titre de diagnostics non incapacitants, les expertes ont retenu des douleurs des pieds, une gonarthrose bilatérale débutante, une coxarthrose bilatérale débutante ainsi que des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs banals cervicaux. L'experte rhumatologue en particulier a précisé pour quelles raisons elle écartait le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : éviter le port ou le soulèvement de charges de plus de 5 kg, éviter les positions assises et debout prolongées de plus de 30 minutes, éviter les positions en porte-à-faux lombaire, éviter les activités avec le bras au-dessus de l'horizontale ou de la tête des deux côtés et la nécessité de faire des pauses durant la journée de travail compte tenu des douleurs chroniques qui entraînaient de la fatigue. S'agissant de la capacité de travail, les expertes ont indiqué que l'activité habituelle d'employée de bureau était considérée comme une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. De manière consensuelle, elles ont retenu une capacité de travail de 40%, taux qui tenait compte d'un renforcement des comorbidités conduisant à une majoration de l'incapacité de travail de 10% par rapport à la capacité de travail de 50% retenue. L'incapacité de travail, notamment en lien avec la dyssomnie, était retenue depuis décembre 2017, date de l'examen SMR

du Dr M._____, dès lors que la description du sommeil faite par ce médecin correspondait à celle de l'assurée au jour de l'expertise.

Dans son avis du 29 juin 2022, le SMR a admis une aggravation de l'état de santé de la recourante avec les nouveaux diagnostics posés de fibromyalgie, de dyssomnie et de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Il ne remet pas en cause la valeur probante de l'expertise effectuée s'agissant des diagnostics posés et de la capacité de travail retenue mais uniquement quant à la date de l'aggravation.

La question est donc de déterminer cette date et, partant, de savoir si elle est antérieure ou non à la décision attaquée. Le SMR estime en effet que cette aggravation doit être retenue depuis janvier 2019, soit postérieurement à la décision attaquée, dans la mesure où l'experte rhumatologue a également indiqué cette date et où les explorations somnologiques ont été effectuées en mai 2019 et janvier 2020. Il considère que le simple fait que le Dr M._____ ait rapporté les déclarations de la recourante qui indiquait des troubles du sommeil depuis la ménopause, en lien également avec les douleurs lombaires, ne permet pas de retenir une aggravation depuis décembre 2017 comme l'a mentionné l'experte interniste. Le SMR note qu'en décembre 2017, le diagnostic de fibromyalgie n'était pas retenu, ni le SAOS, si bien que le diagnostic de troubles du sommeil avec dyssomnie sévère et carence de sommeil lent profond d'origine mixte ne peut pas non plus être retenu avant janvier 2019. En définitive, le SMR propose de retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante en janvier 2019 avec une capacité de travail dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée de 40%, étant précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% avant cette date, comme l'indiquait le Dr M._____.

En l'occurrence, on relèvera que les troubles du sommeil (réveils durant la nuit et importante fatigabilité matinale) étaient déjà mentionnés dans l'expertise du Dr V._____ du 9 janvier 2014, lequel

avait préconisé la réalisation de compléments d'investigations en lien avec ces troubles. Le Dr M. _____ a effectué son examen le 6 décembre 2017. Dans son rapport du 12 janvier 2018, il est relevé, au chapitre des plaintes, des troubles du sommeil depuis la ménopause et précisé que la recourante s'endort vite mais se réveille après 3h30 à 4 heures de sommeil sans se rendormir. Il est également noté une exacerbation d'épigastalgies en 2017 (cf. rapport de la Dre H. _____ du 12 juin 2017) qui participe, selon toute vraisemblance, au diagnostic de dyssomnie compte tenu de reflux gastrique que cela engendre pendant la nuit et, partant des réveils nocturnes (cf. rapport d'expertise du 18 mai 2022). Force est donc de constater que, comme le relèvent les expertes, les plaintes exprimées à l'époque par la recourante étaient identiques aux constatations faites par celles-ci et aux polysomnographies pratiquées en mai 2019. Dans ces conditions, et même si les troubles du sommeil n'avaient pas été objectivés à l'époque, on peut admettre qu'ils existaient déjà de la même manière, sous forme de dyssomnie sévère entraînant des effets sur la capacité de travail de la recourante. On relèvera encore à cet égard que ce ne sont pas tant les diagnostics en tant que tels qui importent mais la répercussion des atteintes à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 [qui renvoie à l'ATF 130 V 352, modifié par l'ATF 141 V 281] ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références). Il y a donc lieu de suivre le rapport d'expertise du 18 mai 2022 sur ce point et de retenir une incapacité de travail due aux troubles du sommeil, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, depuis décembre 2017.

S'agissant des lombalgies bilatérales et lombosciatalgies L4-L5 et L5-S1 gauche, chroniques, irritatives, non-déficitaires sur troubles dégénératifs du rachis lombaire, l'experte rhumatologue a conclu qu'il n'y avait pas eu d'aggravation significative depuis l'expertise du Dr V. _____ en 2014, ni depuis l'examen du Dr M. _____ en 2017. Il n'existait pas non plus de changements entre l'examen du Dr M. _____ et celui de la Dre X. _____ s'agissant de l'atteinte à l'épaule droite. Les limitations fonctionnelles en lien avec ces atteintes restaient donc superposables

entre 2017 et 2022. L'expertise est également convaincante sur ce point, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

Enfin, concernant la fibromyalgie, diagnostic incapacitant retenu par l'experte rhumatologue, on relèvera que celle-ci a précisé que dite fibromyalgie se serait développée récemment mais que la date exacte de l'apparition de celle-ci était impossible à définir. Elle a également mentionné que la fibromyalgie induisait de la fatigue. A la lecture du dossier médical de la recourante, on constate que celle-ci souffre de douleurs diffuses, principalement au niveau du dos, à tout le moins depuis 2014. A cette date, le Dr V._____ n'exclut pas une composante psychique. En 2017, la Dre H._____ évoque des douleurs pratiquement généralisées, décrites au niveau lombaire, cervical, des coxalgies droites, des gonalgies bilatérales, des douleurs des deux poignets et des deux pieds. Le Dr V._____, pour sa part, mentionne des douleurs des membres depuis l'enfance, l'apparition de douleurs dans le bas du dos en 2007 puis des douleurs à l'épaule droite et à la hanche droite et enfin des douleurs à la cheville en 2017 et à la plante du pied, surtout vers le milieu des deux côtés. Il fait mention de douleurs qui ne s'expliquent que partiellement par l'atteinte ostéoarticulaire. Ce tableau n'est ainsi pas incompatible avec une fibromyalgie qui peut participer à l'état de fatigue et aux troubles du sommeil rencontrés par le recourante. Cela étant, face à un avis d'experte qui relève que la date de l'apparition de cette atteinte est impossible à déterminer *a posteriori*, on se bornera à relever que le diagnostic de fibromyalgie et, partant, sa date d'apparition n'est pas déterminant dans le présent contexte où il convient de toute façon de retenir une incapacité de travail en raison des troubles sévères du sommeil (dyssomnie) et de l'importante fatigue qui en résulte.

En définitive, il convient de suivre les conclusions convaincantes de l'expertise bidisciplinaire qui a pleine valeur probante et de retenir un taux de capacité de travail de 40% depuis décembre 2017 dans l'activité habituelle qui est adaptée aux limitations fonctionnelles que connaît la recourante.

8. a) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

b) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

c) Pour la part consacrée à l'accomplissement des travaux habituels, une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3).

d) En l'espèce, la recourante dispose d'une capacité de travail de 40% depuis décembre 2018 (délai de carence d'une année ; art. 28 al. 1 LAI) dans son activité habituelle qui constitue une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Une enquête économique sur le ménage avait été effectuée en 2014, dans le cadre de la première demande de prestations déposée par l'assurée en 2012, aux termes de laquelle l'enquêtrice avait retenu un statut de 80% active et de 20% ménagère avec des empêchements dans l'accomplissement des activités ménagères de 12,6%. Celle-ci avait mentionné sous la rubrique « motivation du statut » que l'intéressée vivait séparée de son conjoint avec sa fille aînée âgée de 17 ans et des triplés âgés de 13 ans. Il était précisé que l'intéressée avait hésité le jour de l'entretien à indiquer une activité professionnelle à 100% ou à 80% mais qu'en y réfléchissant, « elle garderait un 20% pour pouvoir prendre un jour par semaine pour fixer les différents rendez-vous de spécialistes et médecins pour ses enfants ». L'enquêtrice avait encore écrit que l'assurée s'occupait de ses enfants, les véhiculait et qu'elle rencontrait une charge importante avec la gestion de son fils atteint du syndrome d'Asperger. L'intéressée disait devoir

« s'accrocher jusqu'à ce que ses 4 enfants soient lancés dans la vie », précisant encore que les rendez-vous et prises en charge de spécialistes étaient heureusement moins fréquents.

L'enquête ayant été réalisée en 2014, soit avant la première décision de refus d'octroi de prestations, et le statut notamment déterminé compte tenu de la charge que représentaient les quatre enfants de l'assurée qui étaient alors âgés de respectivement 17 et 13 ans, force est d'admettre que cette enquête ne constitue pas une base fiable à laquelle la Cour de céans peut valablement se référer pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante dès 2018.

9. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié 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).

En l'occurrence, il appartiendra à l'intimé de faire réaliser une nouvelle enquête au domicile de la recourante, destinée à déterminer son statut à compter de 2018, ainsi que les empêchements rencontrés dans l'exécution des tâches ménagères, pour autant que la recourante ait toujours un statut mixte.

10. a) Le recours doit par conséquent être admis et la décision rendue par l'OAI le 26 novembre 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour procéder dans le sens des considérants.

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 600 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, 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 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 26 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais, arrêtés à 600 fr. (six 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 F._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour la recourante),
- 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 :