

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 décembre 2023

Composition : M. NEU, président
Mmes Dormond Béguelin et Gabellon, assesseures
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

H. _____, à [...] ([...]), recourante, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 let. b et c et 28a al. 3 LAI

E n f a i t :

A. **a)**H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mère de quatre enfants (nés en [...], [...], [...] et [...]). Elle a travaillé en dernier lieu, de juillet 2013 à mai 2016, en tant que secrétaire d'unité à mi-temps pour le compte de l[...].

b) Le 14 juillet 2016, H._____ a déposé une demande de prestations de l'AI pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente). Elle était à l'arrêt de travail depuis le 9 octobre 2015 en raison de douleurs somatiques diffuses et de troubles anxio-dépressifs.

 D'après le questionnaire 531bis du 20 août 2016, si l'assurée avait été en bonne santé, elle a indiqué qu'elle travaillerait à 60 % dès juillet 2013.

 Par projet de décision du 13 février 2018, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée, motif pris qu'elle présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 1^{er} décembre 2016 et que la reprise de son activité habituelle à plein temps était également possible dès cette date.

 Contestant ce préavis négatif, l'assurée, alors conseillée par Orion Assurance de protection juridique SA, a adressé à l'OAI les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 21 septembre 2018 de la Prof. C._____, cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation au CHUV, signalant une fatigabilité et évoquant de possibles signes de la lignée cognitive ;

- un rapport du 19 octobre 2018 du Prof. E._____, spécialiste en neurologie, posant les diagnostics d'épilepsie généralisée, d'hypersomnie et de fibromyalgie ;

- un rapport du 13 décembre 2018 du Dr A._____, généraliste, attestant de douleurs, d'anxiété, d'épuisement et d'une éventuelle capacité de travail de sa patiente de 50 % ;

- un rapport du 11 mars 2019 de la Dre J._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, retenant les diagnostics de fibromyalgie, de dorso-lombalgies mécaniques (dans le cadre de troubles statiques et d'un déconditionnement musculaire avec hyperlaxité ligamentaire axiale), de syndrome du tunnel carpien droit irritatif, d'épilepsie génétique (avec myoclonies et crises tonico-cloniques généralisées) et d'hypersomnie.

Après avoir requis le point de vue du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) sur les renseignements médicaux reçus (avis du 6 août 2019), l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie, psychiatrie et rhumatologie) de l'assurée à I._____, à [...]. Dans leur rapport du 16 septembre 2020, avec complément du 11 novembre 2020, les Drs F._____, spécialiste en médecine interne, N._____, spécialiste en neurologie, K._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et B._____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics d'épilepsie génétique avec manifestations convulsives généralisées, myoclonie des membres supérieurs et possibles absences (probable épilepsie myoclonique juvénile), sans récurrence de crise sous traitement depuis probablement 2010 (G403), de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de status après trois grossesses (deux accouchements par césarienne et un par voie basse), quatrième grossesse en cours, et de status après plusieurs fausses couches en 2019. Se fondant sur leurs propres examens cliniques, les experts ont unanimement estimé la capacité de travail résiduelle de l'assurée à 60 % « depuis toujours » dans une activité adaptée, y compris l'activité habituelle.

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 13 avril 2021 par téléphone avec l'assurée. Dans son rapport du 15 avril 2021, l'enquêtrice a retenu un statut de 50 % active et 50 % ménagère.

Elle a mis en évidence un empêchement de 15,9 % dans l'accomplissement des travaux habituels.

Le 21 juin 2021, l'OAI a reçu un rapport du 8 juin 2021 de la Dre J._____, attestant une incapacité de travail de 100 % en raison d'un syndrome douloureux chronique aigu (diagnostic différentiel : fibromyalgie) et d'une aggravation de l'état anxieux-dépressif chez sa patiente.

Par un second projet de décision du 2 juillet 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Dans le cadre de son instruction, l'OAI a constaté, en application de la méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives ou partiellement ménagères, que le degré d'invalidité était de 17,95 % jusqu'au 31 décembre 2017, respectivement de 37,95 % depuis le 1^{er} janvier 2018. Par communication séparée, l'OAI a octroyé à l'intéressée une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

Le 7 septembre 2021, l'assurée, désormais conseillée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a contesté ce préavis en réfutant la capacité de travail résiduelle de 60 % prise en compte dans la part active. Invoquant ses limitations fonctionnelles aux plans rhumatologique et psychiatrique, elle estimait disposer d'une capacité de travail « extrêmement restreinte, pour ne pas dire nulle ».

Par décision du 30 novembre 2021 adressée à Me Hofstetter, dont la motivation est identique à celle de son projet du 2 juillet 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assurée. Ses constatations étaient les suivantes :

“Par sa demande du 14 juillet 2016, l'assurée a sollicité des prestations de notre assurance.

Depuis le mois d'octobre 2015 (début du délai d'attente), la capacité de travail et de gain de l'assurée est diminuée.

Suite à l'évaluation ménagère réalisée, nous retenons que sans atteinte à la santé, Madame H._____ aurait exercé une activité

lucrative à 50 % (part active). Le 50% restant correspond à ses travaux habituels (part ménagère).

Après l'évaluation effectuée, les empêchements rencontrés dans la tenue de son ménage sont évalués à 15,9 %.

Il ressort des pièces du dossier qu'à la fin du délai d'attente, soit en octobre 2016, elle présente une capacité de travail de 60 % sur un taux de 100% dans toute activité professionnelle qui respecte ses limitations fonctionnelles (*éviter les activités à risque majeur de blessure en cas de perte de connaissance (tel que le travail en hauteur) ou les activités nécessitant la conduite professionnelle d'un véhicule automobile*).

Compte tenu de ce qui précède, il convient de déterminer le préjudice économique, respectivement le degré d'invalidité découlant de son atteinte à la santé.

Dans la mesure où son incapacité de travail est de 40% sur 100%, elle conserve une capacité résiduelle de travail de 60% (sur 100%). Ses empêchements sur la part active s'élèvent :

$$\frac{50\% \text{ (taux d'activité en bonne santé)} - 60\% \text{ (capacité de travail résiduelle)} \times 100}{20\%}$$

50% (taux d'activité en bonne santé)

Le degré d'invalidité dans ces deux domaines (actif et ménager) est donc le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50%	20%	10%
Ménagère	50%	15.9%	7.95%
Taux d'invalidité (arrondi) :			17.95%

Le degré d'invalidité s'élève dès lors à 18% n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

Depuis le 1^{er} janvier 2018 est entrée en vigueur une nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères (art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Désormais, pour évaluer le taux d'invalidité dans la part active, nous devons nous baser sur un taux d'occupation théorique de 100 %, quel que soit le taux de travail réellement exercé avant l'atteinte à la santé.

De ce fait, le nouveau degré d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018 dans ces deux domaines (actif et ménager) est calculé de la manière suivante :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50%	60%	30%
Ménagère	50%	15.9%	7.95%
Taux d'invalidité (arrondi) :			37.95%

Le nouveau degré d'invalidité est dès lors de 38%. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Pour l'aider à réintégrer le monde de l'économie, nous lui proposons le soutien de notre service de placement, selon communication déjà reçue."

B. H._____, toujours représentée par Me Hofstetter, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 20 janvier 2022 en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} janvier 2017. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'office intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Elle reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas, requérant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et sollicitant la réalisation d'une nouvelle enquête ménagère tenant compte de ses « réelles » limitations et d'un taux de part active de 60 %. Elle a remis à cet effet un rapport du 10 janvier 2022 des médecins du Centre de psychiatrie et psychothérapie R._____ à Lausanne, évoquant un diagnostic d'épisode dépressif moyen (*versus* un diagnostic différentiel de troubles somatoformes) et signalant des investigations en cours.

Dans sa réponse du 4 avril 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant du rapport d'expertise pluridisciplinaire et de celui de l'enquête économique sur le ménage figurant au dossier. S'agissant du taux d'activité exercé sans atteinte à la santé, l'intimé a souligné que la recourante n'avait jamais cherché un emploi à un taux plus élevé que celui de 50 % choisi dès 2013.

Le 13 juin 2023, en réplique, confirmant ses précédentes conclusions, la recourante a produit un rapport du 6 juin 2023 de la Dre X._____, spécialiste en rhumatologie, qui, sur la base d'un examen clinique complet a critiqué le volet rhumatologique du rapport d'expertise

pluridisciplinaire d'I._____ en retenant une capacité de travail de la recourante de 40 % dans une activité adaptée.

Dans sa duplique du 6 juillet 2023, produisant un avis du 3 juillet 2023 de la Dre P._____ du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Le SMR a dressé le bilan final suivant :

Conclusion :

Nous n'avons pas de modification majeure de l'état de santé depuis l'expertise I._____ du 16.09.2020 ni d'arguments pour réfuter ses conclusions. Mais la symptomatologie est désormais attribuée à une atteinte rhumatismale, plausible avec les arguments exposés dans ce dernier RM [rapport médical]. Des LF [limitations fonctionnelles] somatiques sont probables, mais respectées dans son activité de référence. La CT [capacité de travail] résiduelle est néanmoins nettement plus basse qu'à l'expertise (40% au lieu de 60%) mais en tenant compte d'éléments contextuels (comme la gestion des tâches familiales), ce qui ne devrait pas être le cas. Il n'est donc pas possible de suivre les conclusions de ce nouveau RM.

Un complément d'expertise rhumatologique par le Dr B._____, à la lumière des résultats du spect CT et des arguments de la Dre X._____, serait utile."

Dans ses ultimes déterminations du 15 août 2023, la recourante a insisté sur son offre de preuves en indiquant que l'avis divergent de sa rhumatologue justifiait au minimum une nouvelle expertise médicale.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA) 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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) 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. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

b) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte –, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, *in* SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI).

cc) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53).

c) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

d) En l'occurrence, l'office intimé a retenu que la recourante présentait un statut mixte d'active à 50 % et ménagère à 50 %.

Il n'y a pas lieu de remettre en cause le raisonnement qui a conduit l'intimé à conclure, dans le cas particulier, à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, compte tenu du statut de mère de famille nombreuse et du fait que la recourante n'a jamais recherché à travailler à plus de 50 %.

En bonne santé, la recourante aurait consacré 50 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels.

4. a) Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de

comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). A cet égard, il convient de distinguer la situation qui prévalait jusqu'au 31 décembre 2017 de celle qui a cours depuis le 1^{er} janvier 2018.

aa) Jusqu'au 31 décembre 2017, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir effectivement dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) était comparé au revenu qu'elle pouvait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain - était comparé au gain hypothétique qu'elle pouvait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap. Lorsque la personne assurée continuait à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subissait pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail était plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exerçait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références).

bb) Depuis le 1^{er} janvier 2018, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) n'est plus déterminé sur la base du revenu effectivement réalisé, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (art. 27^{bis} al. 3 let. a RAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

b) L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait

avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place.

c) 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.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

e) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux.

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

g) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) 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 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

5. a) En ce qui concerne la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire de l'assurée à I._____. Concernant les atteintes à la santé, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle de 60 % dans toute activité dont celle habituelle depuis

toujours, les conclusions des experts ne sont pas remises en cause ni contredites s'agissant des volets neurologique, psychiatrique et de médecine interne. Par contre l'expert rhumatologue (Dr B._____) se voit contredit par une consœur spécialiste (Dre X._____), à teneur de son rapport médical du 6 juin 2023 produit en réplique. Ce rapport est rédigé comme suit :

"1. Situation médicale

1.1. Quels sont les antécédents médicaux et l'évolution de la situation médicale de votre patiente ?

Antécédents médicaux :

- Spondylarthropathie non radiographique (nRX-SPA), de forme enthésitique
- Épilepsie génétique généralisée avec myoclonies et crises tonico-cloniques généralisées sous traitement de Zonegran (dernière crise : 23.12.2010)
- Coxarthrose bilatérale débutante
- Gonarthrose bilatérale fémoro-interne débutante
- Angiomes vertébraux multiples
- Terrain à tendance hyperlaxe
- Allergies à : aspirine, Rocéphine, fer intraveineux
- Métatarsalgies sur bursite inter-métatarsienne et suspicion de névrome de Morton du pied gauche
- Sévère claustrophobie
- Syndrome du canal carpien droit de type sensitif
- Status post trois infections à Coronavirus (Octobre 2020, Décembre 2021, Janvier 2022)
- Status post deux césariennes
- Status post deux accouchements
- Status post hépatite médicamenteuse (Novembre 2015)
- Status post sepsis sur pyélonéphrite (Novembre 2015)
- Status post ostéosynthèse du coude gauche dans l'enfance.

Évolution de la situation médicale de la patiente :

Cette patiente de 37 ans, mère au foyer de quatre enfants (2, 6, 8, 10 ans), présente, allant crescendo depuis 2015 un tableau douloureux de l'appareil locomoteur assortissant :

- Des douleurs axiales, fixes, à point de départ paravertébral bilatéral irradiant « comme des couteaux » au niveau des côtes, des douleurs lombo-pelviennes irradiant vers les deux périhanches (« les os se battent contre ma chair, ils ne vont pas ensemble ») ainsi que des coccygodynies. Quantifiées sur l'échelle visuelle analogique de la douleur de 8 à 9 sur 10, les douleurs sont de rythme inflammatoire, qualifiées de « tranchantes » réveillant la patiente fréquemment en milieu de nuit, s'associant à une raideur matinale de 1 à 2 heures (« je suis comme une vieille voiture rouillée »).

- Des douleurs périphériques, fluctuant en intensité et de localisations diverses (épaules, poignets de façon prépondérante à gauche vers la styloïde cubitale, doigts avec gêne au port de l'alliance, genoux en région péri-rotulienne, pied gauche).

Se superposent au tableau douloureux des troubles sensitifs sous forme de paresthésies à type de fourmillements diffuses présentes dans les membres supérieurs la nuit, de façon prépondérante à droite.

À la recherche d'une éventuelle connectivité, l'anamnèse n'est pas contributive.

Les diverses prises en charge thérapeutiques n'ont jusqu'ici pas amené de résultat (physiothérapie, médicaments).

La patiente bénéficie sur le plan psychologique le 20.06.2022 d'un suivi au Centre des R. _____ sans effet dit-elle sur la douleur.

1.2. Depuis l'instauration le 20.06.2022 d'un traitement de fond par injections sous-cutanées mensuelles de Certolizumab Pegol (Cimzia), la situation s'est pour l'heure discrètement améliorée avec réduction de l'EVA à 6 / 10. Persistent toutefois des douleurs axiales et périphériques de rythmicité inflammatoire, perturbant encore les nuits et le quotidien de la patiente.

1.3. Certolizumab Pégol (Cimzia) 400 mg en injection sous-cutanée aux quatre semaines / Iren Retard 800 m par jour / Tramaplant pommade / Zonegran

1.4. Constats médicaux :

L'examen clinique retrouve une patiente en surcharge pondérale et en déconditionnement physique. Légère augmentation de la cyphose dorsale haute. Distance menton sternum : 0 / 20 cm. Pas de douleurs à la mobilisation cervicale.

En procubitus, vives douleurs à la palpation de la région dorsale médiane de D4 à D10 avec verrouillage musculaire et cellulalgies paravertébrales droites. Douleurs, reproductibles aux plaintes, à la compression postéro-antérieure et latérale du gril costal. Springing test lombaire diminué. Douleurs à la palpation postéro-antérieure des épineuses L4 et L5. Au testing dynamique (spine test, test de précision), absence de dysfonction des articulations sacro-iliaques, zones d'irritation S1 droite et S2 gauche et tendomyogéloses de l'éventail fessier gauche.

Schöber lombaire à 10 / 16. Distance doigts / sol : 0 cm chez une patiente à tendance hyperlaxe. Légère diminution des inclinaisons lombaires des deux côtés provoquant des douleurs de la région dorsale basse bilatéralement. Absence de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire.

En périphérie, absence de synovite. Douleurs à la compression des têtes métatarsiennes (Morton ?). Douleur à la palpation des crêtes iliaques, des régions péri-trochantériennes.

Points pubiens bilatéralement positifs. Épreuve de Faber à droite à 30 cm, à gauche à 25 cm, les deux réveillant des douleurs fessières. Au poignet droit, test de Tinel positif.

Sur le plan cutané, vergetures de la région abdominale et des cuisses. Hyperkératose cutanée sous-rotulienne bilatérale.

2. Situation professionnelle

2.1. Dans son activité professionnelle, Madame H. _____, qui travaillait comme secrétaire, devait souvent rester en position statique assise, pouvant difficilement alterner les positions. Elle travaillait en équipe et les absences itératives, liées à l'imprévisibilité de son état de santé, ont été pour elle un poids très lourd à supporter.

Son activité professionnelle nécessite parfois des contacts avec des clients mais surtout des facultés de concentration importantes pour lesquelles elle éprouve beaucoup de difficultés ce qui contribue à augmenter un stress, mal toléré vu ses douleurs.

Il faut aussi tenir compte du fait qu'elle est mère au foyer de quatre enfants et doit pouvoir répondre à des contraintes organisationnelles dont la gestion lui est souvent difficile vu ses douleurs et sa fatigabilité. Celle-ci est entretenue par son rhumatisme inflammatoire perturbant son sommeil mais également par la médication en lien avec son épilepsie.

Dans son quotidien, la patiente bénéficie du soutien de son mari, de sa famille, d'une amie et d'une voisine. Elle a dû malheureusement réduire drastiquement ses activités sociales, culturelles et sportives.

2.2. Les limitations fonctionnelles retenues chez ma patiente sont les suivantes :

- Stations statique assise / debout prolongées, sans alternance de position
- Travail avec rendement, sous stress
- Travail nécessitant beaucoup de concentration
- Marche sur de longues distances et sur terrain instable
- Mouvements non ergonomiques rachidiens, travail en flexion antérieure, en rétroflexion, travail en porte-à-faux, mouvements combinant la flexion antérieure rachidienne aux rotations
- Port de charges de plus de 5 kg
- Mouvements répétitifs des membres supérieurs ainsi que les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale
- Travail en zones basses
- Travail de nuit
- Conduite professionnelle de véhicules.

2.3. La capacité de travail exigible de ma patiente dans le cadre de son activité habituelle m'apparaît actuellement nulle.

2.4. La capacité de travail exigible de ma patiente dans le cadre d'une activité adaptée à son état de santé ne m'apparaît

actuellement pas pouvoir être supérieure à un taux de capacité de 40 %, soit une incapacité de 60 % (voir discussion).

3. L'appréciation émise dans le cadre du rapport d'expertise d'l. _____ du 16.09.2020 vous paraît-elle correcte ?

J'estime que l'appréciation émise dans le cadre du rapport d'expertise d'l. _____ du 16.09.2020 est à remettre en cause et je ne peux adhérer aux conclusions des experts y figurant, pour plusieurs raisons.

- Tout d'abord, l'examen médical, notamment rhumatologique, de ma patiente a en effet été effectué alors qu'elle se trouvait à la fin du deuxième trimestre de sa grossesse, condition très particulière chez une femme.

Il est en effet bien connu que les atteintes rhumatismales ont non seulement tendance à moins s'exprimer sur le plan algique compte tenu de l'imprégnation hormonale de la gestation et que, lors de cette période de la vie de la femme, les structures ligamentaires sont de plus grande souplesse. L'expertise n'a donc pas été effectuée dans des conditions « de base ».

- De plus, l'expertise m'apparaît incomplète, pour plusieurs raisons.

L'on est surpris, pour une expertise basée sur une problématique de douleurs de l'appareil locomoteur, de voir si peu d'informations anamnestiques de précision de la part de l'expert rhumatologue, comme l'on devait s'y attendre habituellement.

L'anamnèse figurant sur « 3. Entretien » est basée sur une reprise des documents du dossier consensuel, non sur une anamnèse différenciée et précise comme on devrait s'y attendre habituellement.

Par ailleurs, l'allégation « il n'y a pas d'horaire de la survenue des crises douloureuses » est fausse, la patiente décrivant bien des douleurs de rythmicité inflammatoire. Ce point est relevé par les experts de médecine interne et de psychiatrie et confirmé par l'évaluation polysomnographique du 18.02.2019 au cours de laquelle sont mises en évidence en milieu de nuit des phases d'éveil (« le sommeil se déroule en deux temps avec une longue phase d'éveil au milieu de la nuit »). Ce rythme de sommeil, lié à la montée des cytokines générant des douleurs inflammatoires, est typique chez nos patients spondylarthritiques.

Au point « 4. Constatations », je suis très étonnée des découvertes...et non découvertes d'un examen clinique plutôt sommaire pour une expertise rhumatologique.

- Qu'apporte chez une femme à six mois de grossesse la mesure du périmètre abdominal et la description d'un non relâchement significatif de la musculature abdominale visible ?
- Aucune mention n'est faite du terrain à tendance hyperlaxe de la patiente, ce qui contribue à biaiser la valeur des paramètres de mesures de mobilité.
- Aucune mention n'est faite :

- D'un examen des articulations sacro-iliaques, tant en phase dynamique (spine test, test de précession) qu'en phase statique (examen en procubitus avec recherche de zones d'irritation et de points publiens positifs).
- Aucune palpation des enthèses n'est décrite alors que ces entités anatomiques sont précisément les sites électifs atteints lors de l'inflammation liée à la spondylarthropathie.
- Aucune évocation de la palpation des points de Yunus, susceptibles d'évoquer un diagnostic de fibromyalgie, ne figure dans la description de l'examen clinique.
- Par ailleurs, aucune corrélation clinico-radiologique n'a été effectuée, l'expert mentionnant « pas de radiographie à disposition lors du présent concilium »...
- Si l'on se rapporte à l'évaluation des capacités fonctionnelles, il m'apparaît que l'évaluation ménagère, effectuée lors de la période Covid, alors que l'époux de la patiente était en télétravail à la maison, ne rend pas totalement compte du quotidien d'une mère malade, atteinte d'un rhumatisme inflammatoire chronique actif, devant, quand son mari n'est pas là, s'occuper de son ménage et de ses quatre enfants.
- Il n'est également pris que peu en compte le fait que le traitement épileptique de la patiente présente comme effets secondaires de pouvoir affecter les réactions, l'aptitude à l'utilisation des outils ou des machines et l'aptitude à conduire un véhicule. Ce médicament peut en lui-même induire une somnolence et une fatigue contribuant à augmenter celle déjà induite par la maladie de base.
- J'oppose ainsi au diagnostic retenu de « syndrome polyalgique idiopathique diffus type de fibromyalgie anamnétique, actuellement asymptomatique » un diagnostic de rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie non radiologique de forme enthésitique basé sur :
 - Une anamnèse rhumatologique précise.
 - Un examen clinique détaillé.
 - Une excellente corrélation anamnético-clinique se confirmant par la multiplicité des enthésites objectivées à la scintigraphie osseuse avec spect-CT effectuée le 11.02.2022, corroborant les dessins que la patiente m'a fourni de ses douleurs (cf annexe).

Comme le mentionne la littérature récente, les formes féminines de spondylarthropathie diffèrent des formes masculines par plusieurs aspects. Pour retenir le diagnostic de cette maladie, nul besoin d'avoir un dosage de l'antigène d'histocompatibilité HLA-B27 positif ni de valeur de CRP ou de vitesse de sédimentation élevée, ni d'atteinte radiographique.

Un point cliniquement important à l'écoute des patients est le concept habituel d'imprévisibilité des crises ainsi que celui de la présence de douleurs migrantes d'un site enthésitique à l'autre, variable de jour en jour, sans aucune logique (ce que critique elle-même la patiente lorsqu'elle dit « ce ne sont pas des douleurs logiques »).

Je suis par ailleurs convaincue, comme allégué dans l'évaluation consensuelle des experts, qu'il n'y a aucune manifestation de majoration des troubles ou de simulation.

Cette femme, issu d'un milieu de femmes investies dans leur travail aimerait pouvoir garder la possibilité de se réaliser sur le plan professionnel.

Toutefois, la réalité actuelle de son atteinte à la santé, se surimposant à l'importance de sa charge de travail à domicile, ne lui permet actuellement à mon sens que de pouvoir prétendre un taux de capacité de 40%, dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles susmentionnées.

Il faut par ailleurs relever que malgré plusieurs traitements anti-inflammatoires instaurés et inefficaces, l'introduction depuis le 20.06.2022 d'un traitement de fond immunosuppresseur biologique sous forme d'injections mensuelles d'un anti-TNF alpha de type Certolizumab Pegol (Cimizia) a permis une réduction de l'intensité algique, objectivable sur l'échelle visuelle analogique de la douleur, passant de 8 / 10 à 5 / 10 ainsi qu'une légère amélioration de la qualité du sommeil de Madame H._____.

Je me permets d'adresser en annexe plusieurs documents informatifs et de littérature à savoir :

- La corrélation du dessin des douleurs de la patiente avec les zones d'enthésites découvertes à la scintigraphie osseuse.
- Un article du Professeur Bernard Amor « *La sacro-iliite est-elle indispensable au diagnostic de spondylarthrite ?* » - Revue du Rhumatisme 76 (2009) 813-817
- Un article du Docteur T. Rusman « *Gender differences in axial spondyloarthritis: women are not so lucky* » - Current Rheumatology Reports (2018) 20 :35."

Or, force est de constater que ce rapport médical, qui se fonde sur des examens cliniques complets, est extrêmement clair et exhaustif, et motive toutes les critiques adressées au Dr B._____ de manière à jeter un doute sérieux sur les conclusions de l'expert.

En présence de tels avis contradictoires, il convient de reprendre l'instruction, ce dont le SMR avait du reste convenu au pied de son avis médical du 3 juillet 2023.

b) De ce qui précède, il résulte que l'instruction menée par l'intimé ne permet pas de confirmer que la recourante présente une capacité de travail de 60 % dans toute activité adaptée, dont celle habituelle de secrétaire, depuis toujours. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en

premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Une nouvelle expertise pluridisciplinaire ne semble pas nécessaire, mais une expertise rhumatologique neutre paraît indispensable pour départager les avis des deux spécialistes versés au dossier.

6. L'issue du litige, respectivement le renvoi de la cause à l'intimé afin de compléter l'instruction, dispense en l'état de se prononcer sur la critique de la recourante s'agissant de l'absence de valeur probante de l'enquête ménagère, le résultat du complément d'instruction à intervenir pouvant être de nature à réexaminer cette question et devant conduire en tout état de cause à une nouvelle décision sujette à recours.

7. a) En définitive bien-fondé, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé afin qu'il en poursuive l'instruction dans le sens de ce qui précède puis rende une nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

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 1'500 fr., débours et TVA compris (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 qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 30 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, 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 H. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour H. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :

