

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 décembre 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Gabellon et M. Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourante, représentée par ORION Assurance de protection juridique,

et

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

Art. 28 LAI ; 16 et 17 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, travaillant comme foraine indépendante, a déposé le 18 mars 2009 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) invoquant une hernie discale médiane, paramédiane L4-L5 et un état dépressif.

Dans des rapports des 17 mars et 3 avril 2009, les Drs O._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et G._____, spécialiste en médecine interne générale, ont posé les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales sur syndrome d'hypermobilité ligamentaire et troubles dégénératifs débutants, de syndrome somatoforme douloureux, de troubles anxiodépressifs, d'obésité classe trois selon l'OMS de type abdominal (status après gastroplastie par anneau gastrique en 2000 et status après ablation de l'anneau en 2002 et conversions by-pass), ces diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail ; comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, le Dr G._____ a posé ceux de status après diabète gestationnel et de carence martiale.

Dans un rapport du 1^{er} mai 2009, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint au I._____ (ci-après : I._____) et R._____, psychologue-associée, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et d'anxiété généralisée (F41.1), ces diagnostics existant depuis fin 2007, et de boulimie atypique (par période) existant depuis les années 1980. Ces diagnostics avaient une influence sur la capacité de travail.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) le 17 novembre 2009 par les Drs W._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et L._____, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie. Ces médecins ont posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail des lombocruralgies bilatérales dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis avec syndrome d'hypermobilité ligamentaire et petite hernie discale L4-L5 droite. Sans répercussion sur la capacité de travail, les médecins ont posé les diagnostics de fibromyalgie, d'obésité morbide avec hyperandrogénisme ovarien fonctionnel et status après by-pass gastrique en 2002, de céphalées et cervicalgies dans le cadre d'une entorse cervicale bénigne en mai 2009 et de dysthymie. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assurée dans la partie de l'activité de foraine indépendante qui consiste à monter et démonter des manèges était nulle. En revanche, elle était totale dans la partie de l'activité qui consiste à vendre des billets, ainsi que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise à la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids >5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids >10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, et pas d'exposition à des vibrations.

Dans un avis SMR du 11 décembre 2009, le Dr F. _____ s'est rallié aux conclusions de l'examen clinique.

A l'issue d'une enquête économique, l'enquêteur a estimé l'invalidité dans l'activité indépendante selon la méthode extraordinaire à 50,26 %, dans son rapport du 30 novembre 2010. Il se posait la question de l'exigibilité d'un changement d'activité.

Dans un complément à l'enquête économique du 14 mars 2011, l'enquêteur a corrigé le préjudice économique à 31,39 % en tenant compte de la capacité de travail totale dans l'activité de vente de billets et de présence au manège, dépassant une journée de 8 heures de travail.

Par décision du 11 août 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif que son taux d'invalidité n'était que de 31 %. Dans une lettre du même jour, l'office exposait que la fibromyalgie

ne constituait pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI dans le cas de l'assurée et que les atteintes dorsalgiques de celle-ci permettaient l'exercice d'une activité adaptée à plein temps.

b) Le 6 septembre 2011, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans. Elle a notamment produit un examen neuropsychologique du 25 août 2011 effectué par la professeure Z._____ qui a posé les diagnostics de troubles praxiques constructifs, mnésiques antérogrades verbaux et attentionnels, de fléchissement exécutif et de symptomatologie anxio-dépressive.

Dans sa réponse du 30 janvier 2012, l'OAI, se référant à un avis du SMR, a suggéré la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique avec examen neuropsychologique.

Par arrêt du 7 mai 2012 (AI 255/11 - 158/2012), la CASSO a admis le recours et renvoyé la cause à l'intimé pour un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique avec examen neuropsychologique.

c) Un examen neuropsychologique a été effectué le 1^{er} juin 2012 par K._____, psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP, dont le rapport du même jour se conclut comme suit :

« Le tableau est celui d'une dysfonction exécutive et attentionnelle, accompagnée de troubles praxiques d'origine développementale probable.

Les difficultés de concentration ont été signalées dans le rapport médical du 01.05.09 écrit par le Dr X._____, médecin adjoint et Mme R._____, psychologue-associée du I._____ [...], une semaine avant l'accident de la voie publique de Mme V._____, au cours duquel sa voiture a été percutée par l'arrière.

En outre, on observe une aggravation des troubles attentionnels (en attention divisée) depuis l'examen neuropsychologique effectué au Q._____ le 15.08.11.

Ces deux éléments anamnestiques, le type de tableau observé, les scores élevés à une échelle d'anxiété et de dépression ainsi que la médication actuelle suggèrent que des facteurs non organiques influencent le tableau. Par conséquent, une évaluation par un expert psychiatre nous semble indispensable.

Le tableau neuropsychologique observé aujourd'hui, associé à l'importante fatigabilité et à la sonophobie nous semble difficilement compatible avec une activité de forain à plein temps. En effet, le milieu dans lequel travaille l'assurée est très bruyant et une attention constante est nécessaire pour contrôler les abords des carrousels pour enfants et les stands de tirs, ceci pour des questions évidentes de sécurité.

Avec le tableau neuropsychologique actuel, Mme V._____ devrait trouver une activité adaptée qui tienne compte des limitations suivantes :

- Eviter les situations qui nécessitent de l'attention soutenue, a fortiori les situations de double-tâche
- Limiter les interférences
- Eviter les tâches à effectuer sous contrainte temporelle
- Prévoir des pauses régulières dans un endroit calme
- Permettre à l'assurée de noter les choses importantes à retenir.

Dans une activité qui tienne compte de ces limitations, Mme V._____ est actuellement capable de travailler tous les jours pendant 4 heures (en prévoyant les pauses nécessaires), avec une baisse de rendement pouvant varier selon le type de tâche. »

Une expertise psychiatrique a été effectuée par la Dre D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui dans son rapport du 9 juillet 2012 a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.0) présent depuis août 2011, d'anxiété généralisée (F41.1) présent depuis août 2007 et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) présent depuis fin 2008, ces diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail. Sans influence sur la capacité de travail, l'experte a posé les diagnostics d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4) présent depuis 1986 et de dysthymie (F34.1) présent de fin 2007 à mi-2011. Les troubles psychiques entraînaient une fatigabilité, une intolérance au bruit, un seuil anxiogène et à la douleur diminué, un abaissement de la thymie, une impulsivité, des conflits relationnels avec les gens et une difficulté à maintenir une activité au long cours. La capacité résiduelle de travail de l'assurée était de 50 % comme foraine depuis août 2011 et de 70 % dans une autre activité simple, s'exerçant dans un milieu avec peu de bruit et de foule et nécessitant peu de concentration et d'attention.

Dans un avis du 18 juillet 2012, le Dr C._____, du SMR, a écrit ceci :

« Globalement, en tenant compte de l'ensemble des affections - voir rapport SMR du 11.12.09 - la capacité résiduelle au travail de l'assurée est la suivante :

- Capacité de travail dans l'activité habituelle - part de l'activité de foraine indépendante qui consiste à monter et démonter les manèges : 0% dès novembre 08
- Capacité de travail dans l'activité habituelle - part de l'activité qui consiste à vendre des billets : 100% théoriquement depuis toujours ; 50% dès août 2011 au moins
- Capacité de travail dans une activité adaptée : 100%, théoriquement depuis toujours ; 70% dès août 2011 au moins ; à traduire en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation professionnelle
- Limitations fonctionnelles : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout ; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids >5kg ; pas de port régulier de charges >10kg ; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ; pas d'exposition à des vibrations ; fatigabilité ; irritabilité ; impulsivité ; thymie abaissée ; abaissement du seuil anxiogène et de la douleur ; anxiété anticipatrice ; intolérance au bruit ; conflits relationnels ; réduction des capacités adaptatives et d'apprentissage. »

Dans un nouvel avis du 3 octobre 2012, le même médecin a précisé ceci :

« Partant du fait que l'assurée peut aménager son temps de travail, elle doit pouvoir effectuer le 100% des 50% de capacité résiduelle au travail dès août 2011 (soit 5 heures par jour : vente des billets), malgré les limitations fonctionnelles justifiées. »

Dans un courrier du 3 novembre 2012, le Dr G._____ a informé l'OAI que de nouveaux examens pratiqués à l'Hôpital [...] avaient révélé une polyarthrite rhumatoïde séronégative et que lors de cette évaluation, une gammopathie monoclonale à IgG kappa avait été mise en évidence. Il joignait à cette lettre une correspondance du 19 septembre 2012 du Prof. T._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, médecin-chef du Service de rhumatologie de l'Hôpital [...], et de la Dre P._____, médecin assistante, selon laquelle l'assurée souffrait d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative, d'une gammopathie monoclonale à IgG kappa de signification clinique indéterminée, de

lombalgies chroniques non spécifiques avec troubles dégénératifs pluri-étagés avec discopathies en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 ainsi que d'une gonarthrose interne bilatérale débutante.

Par décision du 27 février 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente du 1^{er} novembre 2011 au 31 janvier 2012 et trois quarts de rente depuis lors, compte tenu d'un taux d'invalidité de 66 %. L'office considérait en particulier que l'abandon de l'activité indépendante de foraine n'était pas raisonnablement exigible.

B. Dans un questionnaire en vue de la révision de la rente du 6 février 2014, l'assurée a signalé que son état de santé s'était aggravé en ce sens qu'elle présentait une déchirure des deux ménisques du genou gauche, précisant ne plus avoir travaillé depuis octobre 2013.

Il résulte d'un rapport du 28 février 2014 du Dr E._____, chirurgien orthopédique, que l'assurée avait été opérée la veille du ménisque gauche.

Dans un certificat du 17 juin 2014, le Dr T._____ a attesté d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée, particulièrement au cours de l'année 2013, avec la survenue d'une polyarthrite active avec des synovites des épaules, des coudes, des poignets, des doigts ainsi qu'une péjoration de l'atteinte dégénérative du genou. L'ensemble de ces atteintes articulaires était responsable d'une incapacité de travail complète dans son ancienne activité foraine mais également dans toute activité adaptée.

Dans un rapport du 26 juin 2014, le Centre I._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), d'anxiété généralisée (F41.1) et de boulimie atypique (F50.3). La capacité de travail était nulle.

Il résulte d'un rapport du 17 juin 2016 du Dr N._____, du Centre de traitement de la douleur de l'Hôpital [...], que l'assurée

travaillait à temps partiel. Le médecin était d'avis qu'une augmentation du temps de présence était possible, mais nécessitait un travail où la position devait être assise en alternant avec des positions debout mais qui ne soient pas statiques, plus de 30 à 40 minutes de la même position étant difficile pour l'assurée. Celle-ci ne devait effectuer ni rotation du tronc ni flexion antérieure importante. Le pronostic était mauvais.

Sur recommandation du SMR (avis du 15 décembre 2014), une nouvelle expertise psychiatrique a été exécutée par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport date du 27 août 2016 et expose notamment ce qui suit :

« Pour Mme V._____, il y a eu entre 2000 et 2002 des tentatives de traitement d'obésité, d'abord avec anneau gastrique, ensuite by-pass gastrique. On a dans ce contexte évoqué des tendances boulimiques par périodes, il y a même dans ce contexte un diagnostic psychiatrique qui est établi, mais les descriptions que l'assurée a données pour son mode alimentaire sont plutôt anodines - normales. Il semble de toute façon [y] avoir aussi une composante héréditaire - constitutionnelle. Aujourd'hui, elle n'est clairement pas dans la notion d'une obésité morbide.

Les consultations psychiatriques ont été déclenchées en 2007 suite à un vol à l'étalage de l'assurée et en deuxième ligne le conflit de couple mentionné. Il n'y a jamais eu beaucoup d'informations concrètes sur ce conflit, l'assurée elle-même a décrit son mari comme un « jaloux maladif » et une conflictualité était toujours présente et avec les années en augmentation. Les différents rapports psychiatriques antérieurs et encore l'expertise de la Dresse D._____ en 2012 mentionnent bien cet état de fait.

Les choses ont changé par la suite lorsque, en 2013, l'assurée « a pris mes enfants et je suis partie ». Apparemment, le conflit de couple en crescendo a trouvé ici une issue nette et apaisante pour tout le monde. Notons en passant que l'assurée, malgré des tendances à la dépendance, a eu la force d'aller vers cette solution de séparation pas forcément très appréciée dans son milieu, pas forcément très avantageuse pour elle, mais qui lui a donné (enfin comme elle disait) de l'espace personnel et une certaine tranquillité. Les descriptions qu'elle nous a données témoignent d'une sorte d'aménagement à l'amiable : l'assurée a investi dans un mobil home pour elle-même, elle vit ici avec ses deux enfants et à proximité de ses propres parents et de son mari. Les enfants « apprennent le métier » et chez les parents de l'assurée, et chez leur père. Ils entretiennent par ailleurs toutes les relations avec la famille élargie.

Il y a donc, **subjectivement et objectivement, un certain apaisement intervenu** dans la situation conjugale-familiale et indirectement ceci se répercute aussi sur le plan psychique. Contrairement à l'aggravation somatique, **les problèmes**

psychiques sont en net recul. Nous avons vu aujourd'hui en examen une femme qui est venue avec sa propre voiture en examen, de présentation normale, soignée, initialement dans un mélange entre ouverture et retenue, mais ensuite toujours plus à l'aise. Il y avait un net ralentissement physique à constater, ceci visiblement en lien avec ses différentes atteintes documentées par ses médecins. Elle était posée, calme, expressive, fluide dans son expression, et dans les contenus de son expression quasi entièrement préoccupée par ses différentes atteintes physiques et les limitations dans son quotidien. Nous n'avons pas constaté de trouble majeur en ce qui concerne concentration, attention et mémoire. Il y avait une relativement bonne fluidité idéique, le focus était partagé, l'assurée n'était ni fatiguée, ni fatigable.

Sur le plan affectif, elle était strictement euthymique et neutre. Elle pouvait par moments être un peu affligée lorsqu'elle parlait des manifestations douloureuses et limitations dans sa vie, mais autrement nous l'avons aussi vue régulièrement souriante et dans une bonne résonance affective. L'estime d'elle-même était plutôt positive, ceci aussi dans le sens d'une certaine fierté d'avoir réussi en dépit de sa séparation et d'autogestion.

Elle n'était pas anxieuse en situation d'examen, elle a exprimé ses craintes de son quotidien dans le sens de se faire du souci pour ses enfants qui ne sont pas là, de ne pas se sentir à l'aise lorsqu'elle est seule et d'autres situations de ce type. Elle n'a plus décrit de crise d'anxiété ou de panique comme dans l'expertise de 2012. Ainsi, à tous points de vue, aussi en examen, il y avait une nette différence par rapport à la situation d'avant.

Notons aussi qu'il y a une nette réduction de la médication psychotrope. Il n'y a aujourd'hui plus d'anxiolytique pour d'éventuelles crises, uniquement prescription d'un antidépresseur et de Seroquel, ce dernier à visée anxiolytique de fond. Nous avons effectué un monitoring médicamenteux qui a montré une probable faible observance, mais il peut s'agir aussi, théoriquement, d'une répartition corporelle insuffisante en lien avec l'obésité. Remarquons juste que pour toutes les évaluations antérieures, jamais aucun monitoring n'a été effectué, de ce fait, un certain nombre de constats pourrait se relativiser.

En dehors de ces remarques, on peut juste retenir que malgré un traitement en-dessous d'efficacité clinique, l'assurée est généralement dans une bonne compensation psychique. En dehors de nos constats, elle-même n'a pratiquement pas parlé spontanément de ses problèmes psychiques, sur question elle a évoqué des fluctuations d'humeur, des hauts et des bas, une légère accentuation anxieuse en face d'événements inconnus, incertitudes et soucis. En somme, toutes les descriptions personnelles sont très proches d'un stade de normalité.

Nos constats diffèrent passablement du dernier rapport psychiatrique/psychologique à disposition, celui du 26 juin 2014 par le I._____. Nous avons trouvé ici un très fort contraste avec ce que nous avons entendu et vu en 2016. Notons dans ce contexte aussi qu'entre-temps il n'y a plus de suivi par psychiatre, l'assurée bénéficie d'un soutien avec la psychologue qu'elle connaît de très

longue date. La médication psychotrope a été réduite, comme mentionné. Dans ledit rapport n'apparaissent pas du tout des activités concrètes et le mode de fonctionnement de l'assurée dans la réalité. De ce fait, il est quasi impossible de faire ici des comparaisons. Pour notre part, nous retenons juste avec clarté, que la situation s'est améliorée d'une manière significative entre 2014 et 2016. »

Le Dr M._____ a conclu qu'il n'y avait pas d'atteinte significative à la santé sur le plan psychique, retenant un diagnostic de dysthymie (F34.1) non incapacitant. Il a relevé s'agissait d'une personnalité qui a toujours grandi et agi au sein de sa famille et qui peut être désécurisée lorsqu'elle est en dehors des repères connus. Ceci n'était cependant pas une anxiété pathologique ou un trouble de personnalité. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité.

Dans un avis du 7 septembre 2016, le Dr A._____ du SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise psychiatrique et fixé l'amélioration à juin 2014, date à laquelle le I._____ annonçait un état stable et le SMR constatait que l'assurée pouvait conduire.

L'assurée a été soumise à un examen rhumatologique au SMR le 5 avril 2017, effectué par le Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, dont le rapport du 4 mai 2017 se conclut ainsi :

« DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- LOMBALGIES COMMUNES NON DÉFICITAIRES DANS LE CADRE DE DISCOPATHIE ET D'ARTHROSE DES ARTICULATIONS POSTÉRIEURES, AVEC HERNIE DISCALE MÉDIANE ET PARAMÉDIANE DROITE EN L3-L4 (M54.5).
- ARTHROSE DES GENOUX PRÉDOMINANT DU CÔTÉ GAUCHE (M17.0).
- TENDINOPATHIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'ÉPAULE DROITE ET ARTHROSE ACROMIO-CLAVICULAIRE (M75.1).

Sans répercussion sur la capacité de travail

- POSSIBLE POLYARTHRITE SÉRONÉGATIVE.
- FIBROMYALGIE.
- CERVICALGIES CHRONIQUES NON DÉFICITAIRES DANS LE CADRE D'UNE DISCOPATHIE C5-C6.
- ARTHROSE DÉBUTANTE DES ARTICULATIONS SACRO-ILIAQUES.

- DISCRÈTE ARTHROSE DE L'ARTICULATION CUNÉO-MÉTATARSIIENNE DU 2^{ÈME} RAYON DU PIED GAUCHE ET SÉQUELLES D'ENTORSE DE LA CHEVILLE GAUCHE.

APPRÉCIATION DU CAS

L'assurée signale l'apparition de douleurs diffuses à partir de l'âge de 35 ans. Il a persisté un fond douloureux à 5/10 avec des épisodes de fortes douleurs pouvant atteindre 10/10. L'assurée indique qu'au cours des années, les fortes douleurs sont devenues plus fréquentes. À part les douleurs, elle n'a constaté aucune anomalie au niveau articulaire. Elle ne signale pas de rougeur ni de tuméfaction. Les douleurs se calment lorsque l'assurée est au repos et augmentent lors des activités, par exemple passer l'aspirateur. La nuit, l'assurée déclare être réveillée toutes les heures. Au lever, elle indique un dérouillage de 1 heure.

Par rapport à l'examen clinique rhumatologique effectué par le Dr W. _____ le 16.11.2009, nous constatons que l'assurée est restée moins longtemps assise : 50 minutes en 2009, 30 minutes actuellement. L'accroupissement est toujours limité dans le cadre de douleurs. La boiterie est passée du côté gauche au côté droit. La mobilité cervicale est restée identique en flexion et en extension, a diminué pour les rotations, augmenté pour les latéflexions. Au niveau lombaire, le Schober est identique. L'extension reste très limitée. L'antépulsion et l'abduction des épaules sont comparables. La rotation externe a diminué sans que ce mouvement ne provoque de douleurs. La flexion des coudes a également diminué. La flexion des hanches a aussi diminué, mais dans le cadre de contrepulsions. Les rotations ont augmenté. La flexion des genoux a légèrement diminué. La mobilité des chevilles a quant à elle augmenté.

Lors de l'examen de ce jour, on constate que la participation de l'assurée à l'examen est partielle. Cette mauvaise collaboration s'observe par la différence entre la distance doigts-sol debout et la distance doigts-orteils couché, la différence entre le Schober lombaire debout et le Schober lombaire assis, les contrepulsions exercées lors de la mobilisation cervicale, des hanches, une force de serrage des mains quasi inexistante qui contraste avec une préhension spontanée normale. À cela s'ajoutent une boiterie fluctuante, des douleurs non systématiquement reproductibles suivant que l'attention de l'assurée est détournée (chevilles, pieds), des signes comportementaux de Waddell à 5/5. Ces éléments démontrent un comportement douloureux qui ne s'explique pas par une atteinte organique.

Les douleurs diffuses de l'assurée ont d'abord été attribuées à un syndrome somatoforme douloureux (cf rapport du Dr O. _____ du 17.03.2009). À partir de 2012, les rhumatologues les attribuent à une polyarthrite rhumatoïde séronégative (cf rapport du Dr T. _____, Dr P. _____, du 19.09.2012).

Comme éléments contributifs au diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde, nous avons les synovites mentionnées par les rhumatologues (cf rapport du Dr P. _____ du 18.07.2014, du Dr T. _____ et du Dr J. _____ du 27.04.2015, du Dr J. _____ du 12.05.2015, du Dr P. _____ du 27.04.2016). Il y a également des

périodes où la VS est augmentée dont notamment un épisode mentionné par le Dr P. _____ et le Dr J. _____ dans le rapport du 05.08.2015. Comme éléments allant à l'encontre d'une polyarthrite rhumatoïde, il y a également plusieurs descriptions médicales qui excluent la présence d'une synovite (cf rapport Dr O. _____ du 17.03.2009, examen clinique rhumatologique du Dr W. _____ du 17.11.2009, rapports du Dr H. _____ du 21.01.2014 et du 02.04.2014, examen de ce jour). Les examens de laboratoire sont également peu contributifs pour une polyarthrite rhumatoïde avec un facteur rhumatoïde et des anti-CCP négatifs (cf rapport du Dr P. _____ du 12.07.2012), l'absence de syndrome inflammatoire lors des prises de sang effectuées du 03.11.2015 au 14.04.2016. L'imagerie, nettement plus sensible pour la mise en évidence d'inflammation articulaire que l'examen clinique chez une assurée obèse, n'a jamais mis en évidence d'inflammation articulaire significative : scintigraphie osseuse 3 phases du 06.07.2012 sans argument pour une inflammation, radiographies des mains et des pieds du 14.06.2012 sans image d'érosion, US [ultrasons] des mains et des pieds du 07.11.2013 dans la norme avec une synovite de grade I de l'IPP [interphalangienne proximale] 4 à droite et du poignet gauche non significatif pour un diagnostic de PR [polyarthrite rhumatoïde], CT scan des articulations sacro-iliaques du 30.04.2014 sans atteinte érosive, IRM de la colonne lombaire du 15.12.2015 sans signe inflammatoire, sans syndesmophytes, IRM de la cheville droite du 01.03.2017 sans image compatible avec un rhumatisme inflammatoire. Afin d'exclure une inflammation articulaire, compte tenu du manque de sensibilité de l'examen clinique chez une personne obèse, nous avons organisé un US doppler articulaire. L'examen du 13.04.2017 exclut également toute inflammation articulaire évoquant une polyarthrite active ; l'épanchement des genoux s'explique par l'arthrose.

Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative se base donc essentiellement sur les synovites mentionnées par les rhumatologues traitants. Ces synovites sont actuellement en rémission sous traitement de Leflunomide®, Xeljanz® et Arcoxia®. Cette polyarthrite rhumatoïde n'est donc plus incapacitante.

Les douleurs présentées actuellement par l'assurée ne sont pas typiques d'une polyarthrite rhumatoïde. Si les critères ACR 1990 pour le diagnostic d'une fibromyalgie ne sont pas remplis ; les critères ACR 2010 le sont. Une fibromyalgie est également diagnostiquée par le Dr W. _____ lors de son examen du 17.11.2009. Le peu d'effets qu'ont eu sur les douleurs les nombreux traitements spécifiques de la polyarthrite rhumatoïde (Arava®, Metoject®, Enbrel®, Humira®, Orancia®, Actemra®, Xeljanz®) s'explique par une composante essentiellement non inflammatoire aux douleurs. Au vu de l'absence de lésions ostéoarticulaires objectivables provoquées par la polyarthrite rhumatoïde actuellement, il n'y a pas de limitations fonctionnelles en rapport avec cette maladie.

Le syndrome d'hypermobilité articulaire diagnostiqué par le Dr O. _____ (cf rapport du 17.03.2009) touche actuellement essentiellement les doigts. Il s'agit d'une anomalie constitutionnelle qui n'a pas empêché l'assurée d'exercer l'activité de forain. Cette hyperlaxité ligamentaire n'est pas incapacitante.

Au niveau cervical, les cervicalgies étaient déjà mentionnées lors de l'examen clinique du Dr W. _____ du 17.11.2009. Le rapport des radiographies de la colonne cervicale du 13.07.2015 mentionne un pincement discal C5-C6. Lors de l'examen de ce jour, il n'y a pas de radiculopathie irritative ni déficitaire. La mobilité cervicale ne s'est pas détériorée significativement par rapport à l'examen de 2009. Cette légère discopathie, sans signe de gravité, ne justifie pas de limitations fonctionnelles.

Au niveau lombaire, l'atteinte dégénérative touche essentiellement les disques et les articulations postérieures des 3 derniers niveaux. Une hernie discale, qui était au niveau L4-L5 droite selon l'IRM lombaire du 12.01.2009, n'est plus présente sur l'IRM du 15.12.2015. Par contre, une hernie discale est apparue au niveau L3-L4. Cette hernie discale ne se traduit pas par une radiculopathie irritative ni déficitaire. Il n'y a pas d'aggravation significative de l'atteinte lombaire par rapport à 2009. Les limitations fonctionnelles en rapport avec l'atteinte dégénérative lombaire mentionnée[s] dans l'examen du 17.11.2009 sont toujours d'actualité.

Suite à une exacerbation des douleurs lombaires, l'assurée a été hospitalisée dans le service de rhumatologie et de médecine physique et rééducation de [...] (cf lettre de sortie du Dr [...] et du Prof. T. _____ du 14.01.2016). Au vu de la brièveté de l'hospitalisation (du 12.01.2016 au 14.01.2016), avec une évolution rapidement favorable, cette exacerbation douloureuse ne correspond pas à une aggravation durable de l'atteinte lombaire.

Concernant les genoux, nous constatons une aggravation de l'arthrose touchant principalement le compartiment interne du genou gauche. Cette arthrose justifie des limitations concernant la marche, la station debout, les activités en zones basses. La décompensation de cette arthrose et de lésions méniscales a nécessité un traitement par arthroscopie le 27.02.2014. Il y a lieu de s'aligner sur l'avis du Dr E. _____ qui atteste une incapacité de travail de 100% en rapport avec l'atteinte des genoux (cf rapport du 17.02.2014). Dans le rapport du 25.03.2014, le Dr E. _____ indique une évolution favorable concernant les genoux. Le chirurgien dit que Madame V. _____ fonctionne plus ou moins à 100% pour les siens et ne peut pas s'occuper d'elle-même. On conclut qu'à partir de ce moment, l'assurée retrouve une capacité de travail au moins partielle dans une activité adaptée.

Concernant l'épaule droite, l'assurée présente une nouvelle atteinte. L'US du 26.01.2016 montre une arthrose acromio-claviculaire, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Dans le rapport du 27.04.2016, le Dr P. _____ mentionne la tendinopathie de l'épaule droite et l'arthropathie acromio-claviculaire. Ces atteintes dégénératives justifient des limitations fonctionnelles concernant les ports de charges et les activités prolongées situées au-dessus du plan des épaules.

L'IRM des articulations sacro-iliaques du 30.04.2014 montre une atteinte dégénérative débutante. L'examen de ce jour ne met pas en évidence des signes d'irritation des articulations sacro-iliaques. L'IRM de la cheville droite du 01.03.2017, montre de discrets

troubles dégénératifs du pied et des séquelles d'entorse de cheville. Cette arthrose débutante n'empêche pas l'assurée de marcher sur la pointe des pieds ou sur les talons. Ces atteintes dégénératives débutantes ne justifient pas de limitations fonctionnelles.

Malgré les multiples douleurs alléguées par l'assurée, elle garde de bonnes ressources physiques. Elle prépare les repas pour ses enfants. Elle les accompagne comme forains lors des différentes manifestations en Suisse romande. Elle assume une grande partie du ménage. Au vu des ressources de l'assurée, de l'examen clinique rassurant de ce jour, du peu de lésions ostéoarticulaires objectivables du point de vue radiologique, l'incapacité de travail totale dans toute activité mentionnée par le Dr T. _____ dans le rapport du 17.06.2014 et le Dr P. _____ dans le rapport du 31.03.2016 ne se justifie pas sur le plan ostéoarticulaire. Par contre, compte tenu du comportement douloureux de l'assurée qui est très inquiète que sa rente AI lui soit supprimée, aucun employeur n'acceptera de l'engager. L'ampleur de ce comportement douloureux ne s'explique toutefois pas par l'atteinte ostéoarticulaire dégénérative ni par une polyarthrite rhumatoïde actuellement en rémission.

L'aggravation de l'atteinte dégénérative touchant essentiellement le genou gauche et l'épaule droite, ne permet plus à l'assurée d'exercer le travail de forain. Cette activité est trop sollicitante pour les articulations en raison des ports de charges, des postures statiques prolongées. A partir de la décompensation de l'atteinte dégénérative du genou gauche, l'assurée ne peut plus exercer cette activité. Les gonalgies ont conduit à la réalisation d'une IRM du genou gauche le 30.01.2014. On conclut qu'à partir de janvier 2014, l'assurée est en incapacité de travail totale dans toute activité. A partir de l'amélioration de santé constatée par le Dr E. _____ dans le rapport du 25.03.2014, l'assurée retrouve une capacité de travail partielle. Dans l'activité de forain, seule une aide limitée dans le temps pour ses enfants est possible à la caisse. Ce qui représente une capacité de travail de 25%. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assurée retrouve une capacité de travail de 75%. Les multiples atteintes dégénératives justifient une baisse de la capacité de travail de 25%.

Limitations fonctionnelles

Colonne lombaire : positions statiques debout ou assis au-delà de 30 minutes, port de charges au-delà de 5 kilos, postures en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs en flexion/extension ou rotations lombaires, exposition aux vibrations.

Épaule droite : activité prolongée au-dessus du plan de l'épaule, port de charges au-delà de 5 kilos.

Genoux : activité en zone basse accroupie ou à genou[x], port de charges au-delà de 10 kilos, marche au-delà d'une heure, travail sur une échelle ou un échafaudage.

Une activité se déroulant en position assise avec possibilité d'alterner les positions, à hauteur de table, sans port de charges au-delà de 5 kilos est exigible à un taux de 75%.

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

Il y a une incapacité de travail de 100% dans toute activité à partir de janvier 2014. Pour la capacité de travail avant cette date, il y a lieu de se baser sur le rapport de l'examen clinique rhumatologique du Dr W._____ du 17.11.2009. Les poussées d'arthrite mentionnées par les rhumatologues traitants ne justifient pas d'incapacité de travail durable compte tenu de la non persistance de l'inflammation articulaire.

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

L'incapacité de travail comme forain est de 75% à partir du 25.03.2014 et de 25% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance aux contraintes mécaniques des articulations dans le cadre d'atteintes dégénératives multiples, mais dont de nombreuses sont à un stade uniquement débutant. En l'absence d'inflammation articulaire objectivable, la polyarthrite rhumatoïde ne justifie pas d'incapacité de travail.

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

Pronostic

Les fortes douleurs mentionnées par l'assurée ne sont pas corrélées avec les constatations cliniques et les atteintes ostéoarticulaires objectivées sur les bilans radiologiques. Ce comportement douloureux est toutefois de mauvais pronostic quant à une reprise d'une activité professionnelle.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE FORAIN : 25 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 75 %

DEPUIS LE : 25.03.2014.

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

Dans une lettre du 3 mai 2017, le Dr N._____ a fait savoir que l'assurée souffrait d'un lumbago aigu pour lequel elle avait consulté en date du 27 avril 2017 et qui serait apparu à la suite d'une manipulation effectuée par le Dr B._____ au cours de l'expertise.

Dans un avis du 15 juin 2017, l'enquêteur, auteur des enquêtes économiques, a indiqué ceci :

« Ainsi et en reprenant la description des activités, et des avis antérieurs, on ne voit pas en quoi l'activité de vente de billets et de présence sur les stands, serait inadaptée médicalement et ne pourrait pas être exercé à raison de 75 %. On rappelle que l'élément qui nous avait conduit à ne pas exiger en son temps que notre

assurée change d'activité relevait justement du fait que dans le cadre de l'activité choisie, et de son mode de vie, l'organisation, l'entraide et l'adaptation de son activité pouvait être opérée, encore plus aujourd'hui que par le passé, ce d'autant que ses enfants, sont maintenant presque majeurs. Ainsi, et si notre assurée est en mesure de préparer les repas pour elle et ses enfants (manipulations de casseroles et ustensiles, d'un poids supérieur à un ticket en plastique), on ne saisit pas pourquoi elle ne pourrait pas effectuer, sur 10 heures d'ouverture journalière en saison, des fractions d'heures, dans les divers stands que possèdent les membres de sa famille, aux heures moins chargées par exemple, de manière à ménager pour ses enfants des plages horaires de pause sur les longues journées ou w-e. On rappelle également que si le changement d'activité n'avait à l'époque pas été retenu, c'était, en sus du contexte de l'activité, en raison d'une capacité de travail médicale « identique » retenue dans toute activité, et le fait que les enfants étaient encore jeunes, et l'assurée mariée avec un conjoint partageant la même activité. Au vu de l'âge actuel des enfants, du statut de l'assurée et de l'exigibilité définie, pourrait se poser la question de réexaminer cet aspect. En l'état, et dès lors que nous estimons que la capacité de travail dans une activité adaptée peut être mise en valeur dans le contexte de l'activité actuelle, on ne voit pas de raison de revenir sur cet élément.

En effet, si l'on se réfère aux activités décrites dans le contexte des tâches déployées comme foraine, on ne voit ainsi pas quelle activité pourrait être ici mieux adaptée aux limitations décrites. Cependant, et dès lors que le SMR a retenu que la capacité de travail n'était plus que de 75 % dans l'exercice d'une activité adaptée, on doit donc considérer qu'il est fait référence à un horaire de travail normal, soit 41.7 heures selon les statistiques. »

Appliquant la méthode extraordinaire, l'enquêteur a déterminé un taux d'invalidité de 60,74 % et proposé le maintien du trois quarts de rente.

Par projet du 27 juin 2017, l'OAI a fait savoir qu'il avait l'intention de rejeter la demande de l'assurée tendant à une augmentation de sa rente.

Le 25 juillet 2017, le Dr T. _____ et la Dre P. _____ ont écrit le rapport suivant :

« Permettez-nous de réagir directement à l'expertise du Dr B. _____ datant du 05 avril 2017, qui a conduit à un refus d'augmentation de rente pour la patiente susnommée, qui désire faire recours.

Si les diagnostics retenus en 2009 comprenant les diagnostics de fibromyalgie, obésité morbide, céphalées et cervicalgies sur entorse

bénigne et dysthymie étaient jugés comme non incapacitants, il n'en est de loin plus le cas en 2017. La liste des diagnostics a clairement changé et l'état de santé de Madame V. _____ s'est manifestement péjoré.

Nous sommes tout d'abord frappés par quelques éléments pathologiques dans l'examen clinique du Dr B. _____ dont il n'a apparemment plus tenu compte dans son appréciation par la suite (pages 9-10) :

- Il note clairement que, durant son entretien, la patiente tient assise 1x 30 minutes, puis 1x 25 minutes et doit se lever entre deux et par la suite en raison de ses douleurs. Elle est donc capable de tenir assise moins d'une heure et ceci uniquement avec une pause au milieu.
- Son examen clinique révèle aussi une raideur importante du rachis (Schober pathologique) avec une différence non significative, contrairement à ce qu'affirme le Dr B. _____, entre le Schober assis et le Schober debout, un centimètre n'étant certainement pas significatif.
- Même si l'examen clinique ne révèle pas de tuméfaction articulaire – ceci dit chez une patiente sous traitement de fond – on note de nombreuses articulations douloureuses, notamment des MCP, site typique d'une atteinte lors d'une polyarthrite rhumatoïde, avec, en plus, un Gaenslen positif qui est un test de dépistage de la polyarthrite rhumatoïde utilisé en médecine de premier recours. La pondération attribuée dans les scores d'évaluation de l'activité de la maladie est d'ailleurs plus haute pour les articulations douloureuses que les articulations tuméfiées, aussi par le fait que leur évaluation est beaucoup plus reproductible. En conclusion, la description de l'examen rhumatologique par le Dr B. _____ parle donc en faveur d'une maladie active et que partiellement contrôlée sous un traitement, et donc pas une maladie inexistante, absente ou inactive. A noter que le test (Gaenslen) n'a pas été fait aux membres inférieurs, où il a également une bonne valeur sémiologique.
- A signaler également que le FABER ne recherche pas une dysfonction sacro-iliaque (entité controversée), mais signe une douleur de la sacro-iliaque, voire de l'articulation coxo-fémorale, et qu'il n'est pas un test sensible ou spécifique pour une spondylarthrite, ne différenciant pas une spondylarthrite d'une lombalgie non spécifique.

Concernant le dossier radiologique et les laboratoires :

- Il est à noter que le rapport de l'US du 13.04.2017 rapporterait une ténosynovite bilatérale du tendon commun extenseur des doigts avec un épanchement synovial également bilatéral des genoux, ceci chez une patiente qui n'a pas d'activité extraordinaire en utilisant ses mains en raison des douleurs, donc une inflammation au moins au niveau des gaines tendineuses qui reste à expliquer.
- La vitesse de sédimentation s'est effectivement normalisée depuis novembre 2015, ce à quoi on s'attend sous traitement de fond biologique, en particulier tel l'Actemra®.

On n'admet [sic] volontiers que Madame V. _____ souffre de douleurs chroniques de longue date, mais ceci n'exclut pas du tout

le développement d'une atteinte organique, par ailleurs multifactorielle, par la suite. Le Dr B._____ signe la présence de signes de Waddell 5/5 qu'on ne retrouve pas dans son status détaillé. La différence du Schober lombaire assis vs debout (10-13cm vs 10-12cm) est absolument non significative, ne peut être interprété comme un signe de non organicité et, par contre, démontre surtout une importante raideur rachidienne dans le contexte d'importants troubles dégénératifs étagés. La présence de signes de Waddell dénote peut-être une certaine « démonstrativité », mais n'exclut nullement une atteinte organique. On peut avoir une atteinte des plus organique[s] et des signes de Waddell concomitants.

Concernant la polyarthrite, en 2012, nous n'attribuons pas simplement les douleurs chroniques anciennes à une polyarthrite séronégative. L'anamnèse, à ce moment-là, a clairement changé avec le développement de polyarthralgies périphériques symétriques systématisées qui prennent un horaire inflammatoire ce qui n'était pas le cas auparavant. Le Dr O._____ ne décrivait pas de synovite en 2009, évidemment, c'était avant le développement de la polyarthrite. Par la suite, la patiente a clairement développé des synovites cliniquement manifestes, posant le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde.

La scintigraphie osseuse négative ne permet pas d'exclure le diagnostic, la sensibilité et la spécificité de cet examen n'étant de loin pas parfaite.

La Drsse H._____ décrit l'absence de synovites en 2014, ceci, précisons, sous traitement de fond, alors que Madame V._____ allait mieux (l'absence de synovites étant un des objectifs du traitement).

L'US décrit comme négatif n'est en aucun cas un facteur d'exclusion du diagnostic. En effet, un US négatif n'exclut pas une polyarthrite active et, en plus, nous avons deux études récentes qui démontrent également que cet examen, comparé à l'examen clinique, n'est non seulement pas meilleur pour poser le diagnostic, mais ne permet pas non plus de mieux diriger un traitement, contrairement à ce qui est écrit dans l'appréciation du Dr B._____. On ne peut donc pas en faire un critère d'exclusion. Par ailleurs, l'US fait en avril 2017 ne peut être décrit comme négatif vu qu'on y retrouve des ténosynovites, lésions habituellement recherchées dans la polyarthrite rhumatoïde et témoignant donc d'une maladie active.

L'absence de FR et d'anti-CCP n'est pas un critère d'exclusion non plus, et près de 30-40% des polyarthrites rhumatoïdes sont séronégatives, surtout chez les patients avec une obésité, cette dernière étant reconnue comme facteur de risque pour une polyarthrite séronégative.

Le syndrome inflammatoire (vitesse de sédimentation) en soi n'est pas un critère diagnosti[que], nombreux sont les cas de polyarthrites rhumatoïdes qui ne se présenteront pas avec un syndrome inflammatoire. De plus, chez la patiente, le syndrome inflammatoire était présent, puis s'est en effet, corrigé, mais sous traitement comme on peut s'y attendre.

La non-réponse thérapeutique à différents traitements de fond ne parle pas contre le diagnostic de polyarthrite. Par ailleurs, Madame V._____ a eu une réponse partielle favorable en tout cas au niveau de la polyarthrite sous plusieurs traitements, ces derniers ont malheureusement dû être stoppés en raison d'une intolérance (prise pondérale sévère).

La patiente présente toujours des synovites actives à l'examen clinique, même si ces dernières ne se retrouvent pas à l'US. Pour nous, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde est clair et cette dernière reste active et invalidante comme le démontre par ailleurs l'examen du Dr B._____ avec de nombreuses articulations douloureuses. La maladie est active et surtout douloureuse, facteur principal pour son rôle incapacitant. En effet, il a clairement été démontré que l'incapacité ne corrèle pas au nombre de synovites, mais bien aux douleurs et au nombre d'articulations douloureuses. L'inflammation articulaire n'est qu'une des multiples facettes de la maladie. Les limitations fonctionnelles sont manifestes.

Concernant les troubles dégénératifs rachidiens, il suffit de relire les différentes imageries notamment IRM pour conclure que l'atteinte est progressive, sévère et étagée. L'examen clinique en témoigne par des douleurs et une importante raideur. La polymédication antalgique, la prise en charge avec de multiples infiltrations par le Dr N._____ et même une hospitalisation dans notre service témoignent du caractère invalidant.

Pour ce qui est de la gonarthrose, l'atteinte ne peut être jugée comme stable par rapport à 2014. En effet, Madame V._____ se présente régulièrement à la consultation en boitant, il y a un épanchement récidivant et elle a bénéficié de 3 infiltrations en 6 mois, avec un effet très bénéfique, malheureusement limité dans le temps, raison pour laquelle elle sera vue prochainement en consultation en chirurgie orthopédique du Q._____ pour discuter d'une chirurgie prothétique. Il y a donc suffisamment d'éléments pour considérer l'atteinte comme incapacitante.

Il est aussi faux de dire que Madame V._____ garde de bonnes ressources physiques. Elle n'accompagne ses enfants de loin plus à toutes manifestations et a souvent besoin de périodes de repos et consultations en urgences dans les suites en raison de douleurs. En effet, elle fait son ménage, mais de la surface d'une caravane, et ses enfants (la fille est adulte, le garçon le sera dans un an) sont indépendants et ne demandent pas beaucoup de travail.

Finalement, conclure que l'absence de lésions radiologiques ne justifie pas d'incapacité de travail au niveau ostéoarticulaire est tout simplement faux et inacceptable. Les troubles dégénératifs mentionnés et la polyarthrite rhumatoïde sont incapacitants de par la douleur et la gêne fonctionnelle. Dans toutes ces maladies, il n'y a aucune corrélation radioclinique et l'imagerie seule ne doit et ne peut amener à des conclusions sur la capacité de travail de la patiente.

Pour finir, nous soulignons l'utilisation répétée du mot « alléguant » par le Dr B._____ pour parler des douleurs de Mme V._____.

terme qui dénote certainement d'un biais et d'un préavis négatifs. En effet, alléguer est bien défini dans le dictionnaire comme « invoquer un prétexte pour se justifier ou s'excuser ». Mme V. _____ n'allègue pas des douleurs, elle annonce ces douleurs qu'elle seule peut ressentir en réponse aux questions du Dr B. _____.

Pour nous, au vu de tout ce qui précède, la capacité de travail résiduelle doit être considérée de 0% dans son activité de foraine et au maximum de 20% dans toute activité professionnelle adaptée, si une dernière est envisageable au vu des multiples limitations. La vente de billet dans l'humidité et le froid en position assise constante, nécessitant une dextérité suffisante n'étant certainement pas une activité adaptée comme suggéré[...]. »

Ce rapport a été soumis au Dr B. _____ qui s'est déterminé ainsi le 16 novembre 2017 :

« Cet avis médical est effectué en réponse aux lettres du Dr N. _____ du 03.05.2017 et du Prof T. _____ du 25.07.2017.

Le Dr N. _____ indique que, depuis l'examen clinique effectué au SMR par le soussigné le 05.04.2017, l'assuré[e] a développé un lumbago aigu. Le médecin précise que, lors de la consultation du 27.04.2017, elle présentait un status physique superposable au status initial de février 2016. Le médecin ajoute que la situation serait apparue après une manipulation effectuée par l'examineur lors de l'examen clinique du 05.04.2017.

Une manipulation est un geste thérapeutique pratiqué en médecine manuelle. Aucune manipulation n'a été effectuée lors de l'examen rhumatologique du 05.04.2017. L'assuré[e] a eu un examen rhumatologique, effectué selon les règles de l'art, dont le déroulement est décrit dans la rubrique « status » du rapport du 04.05.2017.

Lors de l'examen, l'assuré[e] a indiqué à l'examineur avoir de terribles douleurs partout depuis mai 2012. Les traitements effectués calment les fortes douleurs pendant quelques temps puis elles reviennent. Il est vraisemblable que cet examen a ravivé des douleurs connues depuis de nombreuses années. Les douleurs signalées par l'assurée au cours de l'examen sont mentionnées dans le status. Le Dr N. _____ indique que, lors de sa consultation du 27.04.2017, le status physique est superposable à celui de février 2016. L'examen rhumatologique du 05.04.2017 n'a donc pas modifié l'état de santé de l'assuré[e] de manière durable. 12^{ème} jour après l'examen, le Dr N. _____ retrouve un status clinique comparable à celui de février 2016.

Dans la lettre du 25.07.2017, le Prof T. _____ indique, concernant la partie en rapport avec le status clinique, que l'assurée est capable de tenir assise moins de 1 heure et ceci uniquement avec une pause au milieu. Cette limitation concernant la durée de la position assise est effectivement retenue par l'examineur. Dans les LF [limitations fonctionnelles], il est indiqué que les positions statiques debout et

assise ne doivent pas dépasser 30 minutes, ce qui implique des changements de position en moyenne toutes les 30 minutes.

Le Prof. T. _____ indique qu'une amélioration du Schober de 1 cm n'est pas significative. Un Schober de 10 à 15 cm est considéré normal. Sur une échelle de 5 cm, une amélioration de 1 cm est donc significative.

Lors de l'examen clinique, la participation de l'assuré[e] à l'examen est partielle. Le manque de collaboration est illustré par la différence entre la DDS [distance doigts-sol] debout qui est de 46,5 cm et la DDO [distance doigts-orteils] assise qui est de 12 cm. La diminution des amplitudes articulaires rachidiennes relève donc plus d'auto-limitations que d'enraidissement réel.

Le Prof. T. _____ consent que l'examen clinique ne révèle pas de tuméfaction articulaire. Il s'agit d'un signe important pour le diagnostic d'une inflammation articulaire. L'absence de tuméfaction sous traitement de fond indique un bon contrôle de la maladie inflammatoire. Le Prof. T. _____ ne se base que sur des douleurs articulaires. Les douleurs articulaires ne sont pas spécifiques d'un rhumatisme inflammatoire ; elles se rencontrent également dans une fibromyalgie.

Le Prof T. _____ conteste le test de FABER, qui ne sert pas à rechercher une dysfonction sacro-iliaque mais signe une douleur de la sacro-iliaque. Une dysfonction sacro-iliaque s'exprime aussi par des douleurs, comme le ferait une inflammation. Dans le cas de Mme V. _____, les douleurs ne concordent ni avec une dysfonction de l'articulation sacro-iliaque, ni avec une inflammation de cette articulation.

Le Prof. T. _____ indique qu'on peut avoir une atteinte organique et des signes de Waddell concomitants. A aucun moment cette affirmation n'est contestée. Des atteintes dégénératives de la colonne lombaire (discopathie, arthrose des articulations postérieures, hernie discale médiane et paramédiane D [droite] en L3-L4) sont diagnostiquées lors de l'examen du 05.04.2017.

Concernant le dossier radiologique, le Prof. T. _____ relève que l'US du 13.04.2017 rapporte une ténosynovite bilatérale du tendon commun extenseur des doigts. Toutefois, lors de l'examen clinique du 05.04.2017, l'assurée présente des douleurs articulaires aux mains et des douleurs diffuses au dos du poignet ddc [des deux côtés] lors de la mobilisation de l'articulation. Les douleurs ne correspondent pas aux manifestations d'une ténosynovite des extenseurs. La corrélation entre les plaintes de l'assurée, l'examen clinique et les constatations ultrasonographiques est donc mauvaise. D'autre part, l'US ne montre pas d'hyperémie ce qui tenterait à démontrer que la ténosynovite n'est pas active. L'épanchement synovial d'importance moyenne constaté aux genoux n'est pas spécifique d'une polyarthrite. Compte tenu d'une arthrose des genoux, il est vraisemblable qu'il soit d'origine dégénérative.

Le Prof. T. _____ indique que la scintigraphie osseuse négative ne permet pas d'exclure le diagnostic de polyarthrite. La sensibilité de cet examen est élevée lors de manifestations purement subjectives

(arthralgies) pour mettre en évidence une inflammatoire [sic] articulaire. Les douleurs articulaires peuvent avoir de nombreuses étiolog[ies] différentes dont certaines sans atteinte organique, comme par exemple lors de fibromyalgie, syndrome douloureux somatoforme. Une scintigraphie, même si une hypercaptation n'est pas spécifique d'une polyarthrite, objective une inflammation articulaire si elle est présente. En l'absence d'une hypercaptation articulaire, les douleurs articulaires de l'assurée ne sont donc pas dues à une arthrite.

Pris séparément, l'US ne permet effectivement pas d'exclure un diagnostic de polyarthrite. Toutefois, en l'intégrant avec les autres examens d'imagerie (scintigraphie osseuse), le laboratoire (VS, facteur rhumatoïde, anticorps anti-CCP) et la clinique qui n'est pas spécifique d'une polyarthrite, on obtient un faisceau d'éléments qui montrent que s'il y a une polyarthrite, elle est bien contrôlée par le traitement étant donné des symptômes essentiellement subjectifs sous la forme de douleurs, sans mise en évidence d'inflammation articulaire. L'US est plus sensible que la palpation pour objectiver une atteinte articulaire inflammatoire, d'autant plus chez une personne obèse chez qui les petit[e]s articulations des doigts sont plus difficiles d'accès à la palpation.

Le Prof. T. _____ signale, pour conclure, que « l'absence de lésions radiologiques ne justifie pas d'IT [incapacité de travail] au niveau ostéoarticulaire est tout simplement faux et inacceptable ». Le Prof. T. _____ ne prend visiblement pas en compte tous les diagnostics ostéoarticulaires qui sont mentionnés dans le rapport du 04.05.2017: discopathie, arthrose des articulations postérieures avec hernie discale médiane et paramédiane D en L3-L4, arthrose des genoux, tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule D, arthrose acromioclaviculaire, discopathie C5-C6, arthrose débutante des articulations sacro-iliaques, arthrose de l'articulation cunéo-métatarsienne du rayon du pied G. De plus, des LF et une IT dans l'activité habituelle de forain et dans une activité adaptée sont retenues lors de l'examen d'avril 2017.

Concernant la gonarthrose, contrairement à ce qu'affirme le Prof. T. _____, elle n'est pas considérée comme stable lors de l'examen clinique rhumatologique du 05.04.2017. Une aggravation de l'arthrose, touchant principalement le compartiment interne du genou G est relevée. Les LF en rapport avec cette arthrose sont intégrées dans l'appréciation de la CT. Le Prof. T. _____ évoque une possible chirurgie prothétique. La mise en place d'une prothèse des genoux justifie une ITT [incapacité de travail totale] durant la période de convalescence, qui est de l'ordre de 3 mois, puis on s'attend à une diminution des LF en rapport avec l'atteinte des genoux.

Le Prof. T. _____ signale qu'il est faux de dire que Mme V. _____ garde de bonnes ressources physiques. L'appréciation des ressources physiques se base sur les informations que l'assurée veut bien transmettre. Dans le cadre d'une expertise, il est fréquent que les assurés sous-estiment leurs capacités et ne décrivent que partiellement leurs activités. Mme V. _____ indique toutefois qu'elle prépare les repas pour elle et ses enfants, qu'elle les accompagne comme forains lors des manifestations en Suisse

romande, qu'elle assume une grande partie du ménage. Ces activités démontrent que l'assurée dispose donc de ressources physiques suffisantes pour l'exercice d'une activité légère et qu'une IT de 0 % comme foraine ne se justifie pas. Une participation de l'assurée dans les activités légères comme la vente de billets est exigible. Par contre, les activités les plus lourdes, comme le montage, le démontage et l'intendance du manège, ne sont plus exigibles.

Le Prof. T. _____ reproche à l'examineur d'avoir utilisé le mot « alléguant » pour parler des douleurs de Mme V. _____. Selon le Prof. T. _____, ce terme dénote d'un biais et d'un préavis négatif. Il s'agit d'une appréciation personnelle du Prof. T. _____. Le verbe alléguer est utilisé dans le rapport uniquement pour informer le lecteur des informations transmises par l'assurée lors des différentes parties de l'examen. Dans d'autres parties de l'examen, l'examineur mentionne les déclarations de l'assurée en les mettant entre parenthèses. A noter que le verbe alléguer est fréquemment utilisé dans les expertises sans qu'il soit en relation avec la moindre charge émotionnelle.

La lettre du Dr N. _____ du 03.05.2017 et celle du Prof. T. _____ du 25.07.2017 n'apportent pas de nouveaux éléments qui justifient une modification de l'appréciation de la CT par rapport à celle déterminée lors de l'examen du 05.04.2017. »

Par lettre du 4 décembre 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée que les nouveaux documents produits n'apportaient aucun élément susceptible de modifier son projet de décision.

Ce courrier a été confirmé par une décision du même jour, refusant d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée.

C. L'assurée, représentée par Orion assurance de protection juridique, a recouru contre cette décision le 17 janvier 2018 auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice du canton de Genève. Elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en place d'une expertise médicale actualisée. Par arrêt du 8 février 2018, la Chambre des assurances sociales précitée s'est déclarée incompétente en raison du lieu et a transmis le recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud.

En février 2018, la recourante a produit, en complément à son recours, un nouveau rapport du Dr T. _____ et de la Dre P. _____ établi

le 30 janvier 2018. Ceux-ci ont fait valoir que la limitation de changement de position toutes les 30 minutes n'était pas compatible avec la vente de billets comme foraine, que la différence de 1 cm pour l'indice de Schober n'était pas significative et constituait une variation normale, relevant qu'une étude avait d'ailleurs montré une variabilité et corrélation du Schober avec le BMI, et que cette différence ne permettait pas de démontrer un manque de collaboration de la patiente mais dénotait d'un biais négatif de l'expert. Ces médecins ont soutenu que l'argumentaire du Dr B._____ sur l'absence d'activité de la polyarthrite rhumatoïde était scientifiquement injustifiable et qu'il utilisait de manière inappropriée les critères diagnostiques pour cette maladie. Ainsi, l'absence de tuméfactions articulaires n'empêchait pas d'avoir une maladie active, l'examen le plus fiable et reproductible restant le compte d'articulations douloureuses, étant relevé qu'aucune évaluation du retentissement fonctionnel de celle-ci n'avait été effectuée. Des études avaient démontré que l'ultrason et la scintigraphie osseuse ne permettaient pas de juger de l'activité de la maladie. Le rapport radiologique ne spécifiait par ailleurs pas l'absence d'hypercaptation articulaire mais parlait contre une pathologie osseuse rapidement évolutive. Selon les médecins, on pouvait au contraire voir sur la scintigraphie une hyperactivité modérée des deux carpes, des MCP et des sacro-iliaques, images très suggestives d'un rhumatisme inflammatoire chronique. Les médecins doutaient d'une récupération rapide de la gonarthrose compte tenu du rhumatisme inflammatoire. Ils considéraient que les affirmations sur Dr B._____ en lien avec les ressources physiques de la recourante dénotaient un manque de neutralité. Ils concluaient que l'expertise du Dr B._____ présentait des problèmes méthodologiques sévères, problèmes aggravés par de fortes suspicions d'un biais systématique en défaveur de l'assuré et que ses conclusions n'étaient ni fondées, ni défendables.

Par réponse du 21 juin 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant notamment que l'activité de foraine permettait les aménagements nécessaires au respect des limitations fonctionnelles admises par les médecins. L'office a produit un avis du 6 juin 2018 du Dr A._____ du SMR, qui s'est exprimé sur les points soulevés par le Dr

T._____. Il s'est référé aux réponses déjà apportées par le Dr B._____ et a également estimé que la pathologie inflammatoire n'était pas active, précisant que ce type de maladie ne se décréait pas sur des épiphénomènes, mais bien sur la conjonction d'un diagnostic clinique confirmé à la biologie (anticorps anti-CCP, VS/CRP, dossier radiologique...), et a relevé notamment qu'il n'était pas possible que la maladie soit active « surtout avec une VS/CRP normale ». Il a considéré que l'activité de vente de billets était adaptée aux pathologies de la recourante, celle-ci pouvant faire de courtes pauses chaque demi-heure pendant lesquelles elle peut se faire relayer par l'un ou l'autre membre de sa famille.

Dans un certificat du 21 juin 2018, la Dre J._____, cheffe de clinique adjointe de la Clinique de rhumatologie de l'Hôpital [...], a attesté d'une incapacité de travail de 100 % dans toute activité en raison d'une maladie rhumatismale chronique.

La recourante a répliqué le 11 juillet 2018. Elle a considéré que le rapport du SMR n'apportait aucun élément médical pertinent permettant de remettre en question l'argumentation détaillée du Dr T._____ et que les propos du Dr A._____ étaient purement vexatoires, ce qui ne pouvait que fragiliser la valeur probante de la position du SMR. Elle a joint un rapport du 6 juillet 2018 de la Dre J._____, qui est libellé ainsi :

« Voici quelques renseignements concernant Madame V._____ après notre dernière consultation du 21.06.18.

Concernant la polyarthrite séronégative, sous traitement de Xeljanz® 2 x 5 mg/j., les arthralgies ont partiellement régressé. Toutefois, il persiste des douleurs des IPPs 2-5 de la main droite et aussi 2-3 de la main gauche ainsi qu'un Gänsslen positif aux pieds avec des synovites du poignet gauche, des MCPs 1-3 bilatérales et des IPPs 2-3 de la main droite. Le syndrome inflammatoire est par ailleurs en augmentation avec une VS (vitesse de sédimentation) à 38 mm/h. La maladie n'est dès lors pas tout à fait contrôlée et le traitement de Xeljanz® est majoré à 2 x 10 mg/j. dans l'attente de le remplacer par un autre inhibiteur des JAK kinases, à savoir l'Olumiant®.

Ces derniers mois, Madame V._____ est surtout gênée par une omalgie droite avec de multiples réveils nocturnes et une limitation à l'abduction et à la rotation interne, dans le cadre des troubles arthro-tendineux suivants (IRM du 01.09.2016) :

- tendinopathie distale du sus-épineux, petite déchirure partielle du tiers postérieur du tendon supra-épineux, enthésopathie avec déchirure partielle du sous-scapulaire, tendinopathie du long chef du biceps, bursite sous-acromio-deltoïdienne, arthrose acromio-claviculaire.

Les infiltrations locales n'ayant amené qu'un soulagement partiel et limité dans le temps, un avis orthopédique a été demandé. La patiente attend une convocation par l'équipe du Dr U._____.

Quant aux lombalgies chroniques et gonalgies sur troubles dégénératifs, elles semblent stables et restent dès lors invalidantes au quotidien.

Au vu de la somme des plaintes actuelles, Madame V._____ présente ce jour une incapacité de travail à 100 % dans une quelconque activité. »

Pour pouvoir se déterminer utilement sur ce rapport et celui du 21 juin 2018, l'OAI a demandé à pouvoir consulter la documentation relative aux examens pratiqués tout en relevant que les éléments amenés concernaient vraisemblablement un état de fait postérieur à la date de la décision attaquée.

Le 3 octobre 2018, la recourante a produit différents documents dont :

- Un rapport du Prof. S._____, radiologue, faisant suite à une IRM du genou droit du 31 août 2016 selon lequel était présente une déchirure méniscale interne sans évidence de synovite floride.
- Un rapport du Prof. Y._____, faisant suite à une IRM de l'épaule droite du 1^{er} septembre 2016, suite à des douleurs inflammatoires intolérables, qui conclut à ce qu'il ne s'agissait probablement pas d'une arthrite mais de lésions dégénératives et micro-traumatiques de la coiffe des rotateurs, associées à une réaction inflammatoire micro-traumatique et non rhumatismale inflammatoire.
- Un rapport du 1^{er} mars 2017 du Prof. Y._____, faisant suite à une IRM de la cheville droite, qui conclut à une lésion antérieure de la syndesmose tibio-fibulaire et à une lésion dégénérative tarso-métatarsienne du deuxième rayon, le médecin estimant que ces lésions étaient plutôt d'origine mécanique et non inflammatoire. Il

relevait qu'il n'y avait pas d'évidence de synovite articulaire ni de ténosynovite visible.

- Un rapport du Prof. Y. _____ du 19 octobre 2017 faisant suite à l'IRM de l'arrière et de l'avant-pied gauche réalisée à la suite d'une chute dans les escaliers dix jours plus tôt, qui a montré une rupture traumatique proximale de l'aponévrose plantaire au niveau du court fléchisseur plantaire et de l'abducteur digiti minimi avec inflammation locorégionale et absence de fracture sous-jacente.
- Une attestation du 19 septembre 2018 de la Dre J. _____ ayant la teneur suivante :

« Les diagnostics avec une conséquence sur la capacité de travail sont les suivants :

- Polyarthrite rhumatoïde séronégative
- Omalgie droite chronique avec tendinopathie chronique du sous-scapulaire et du sus-épineux, arthrose acromio-claviculaire
- Cervicalgies et lombalgies chroniques
- Gonarthrose bilatérale
- Arthrose des chevilles bilatérale

Au vu de ces multiples diagnostics, Madame V. _____ présente une limitation dans les mouvements articulaires touchant tant les membres supérieurs que les membres inférieurs, dans les mouvements répétitifs, de préhension, de position accroupie, à genoux, la marche en terrain irrégulier, la montée d'escaliers ou d'échelle, les mouvements en porte-à-faux, les mouvements avec les bras au-dessus des épaules. Les positions statiques debout ou assise ne peuvent être tenues de manière soutenue et nécessitent des changements de position ainsi que des pauses régulières. En lien avec le rhumatisme inflammatoire chronique, une importante asthénie, des effets indésirables et des traitements ainsi que de nombreux suivis médicaux et des traitements physiothérapeutiques sont préconisés, rendant une capacité de travail nulle.

Le pronostic est défavorable au vu des troubles dégénératifs déjà associés ainsi que de l'absence de réponse satisfaisante aux traitements immuno-suppresseurs. Les traitements dégénératifs étant situés sur plusieurs sites, les traitements conservateurs n'ont pas non plus montré d'amélioration satisfaisante. Actuellement, un avis orthopédique est attendu auprès d'un spécialiste chirurgien de l'épaule. »

L'OAI s'est déterminé sur ces pièces le 22 novembre 2018, estimant qu'elles ne contenaient aucun indice sérieux en faveur d'une modification significative de la situation médicale qui pourrait avoir une influence sur la décision attaquée, comme cela ressort de l'avis du Dr A. _____ du SMR du 15 novembre 2018 annexé.

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, le recours a été déposé en temps utile auprès du Tribunal cantonal genevois qui l'a transmis à la Cour de céans pour raison de compétence (art. 58 al. 3 LPGA et art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Le recours respecte en outre les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur le fait que l'OAI a confirmé son droit à trois quarts de rente d'invalidité et refusé de la mettre au bénéfice d'une rente entière dans le cadre de la révision initiée en février 2014.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit

à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur

provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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).

Le fait qu'une expertise n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les

expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

4. En l'occurrence, la recourante bénéficie de trois quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2012 selon la décision du 27 février 2013. Il était admis que la capacité de travail de la recourante dans son activité de foraine consistant à monter et démonter les manèges était nulle, selon le rapport d'examen SMR du 17 novembre 2009. Sur la base de l'expertise de la Dre D._____, il a été constaté que dès le mois d'août 2011, sa capacité de travail était limitée à 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mais que dans l'activité de foraine, seule une capacité de travail de 50 % pour la vente de billets était reconnue. L'OAI a considéré que l'abandon de l'activité indépendante de foraine n'était pas exigible.

Dans le questionnaire en vue de la révision, la recourante a invoqué une aggravation de son état de santé dans le sens d'une déchirure des deux ménisques du genou gauche. Dans son rapport du 17 juin 2014, le Dr T._____ a également signalé une aggravation de l'état de santé de la recourante en 2013 en lien avec la polyarthrite rhumatoïde séronégative qu'elle présente depuis août 2012. Il a fait état d'une maladie active avec des synovites des épaules, des coudes, des poignets et des doigts.

Afin de déterminer si la situation de la recourante s'était modifiée, l'OAI a fait réaliser une expertise psychiatrique par le Dr M._____ ainsi qu'un examen clinique rhumatologique par le Dr B._____. Chacun de ces médecins a posé ses conclusions de manière détaillée et motivée en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse de la recourante, sur la base de l'examen clinique auquel chacun a

respectivement procédé. Leurs rapports peuvent par conséquent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les termes utilisés par le Dr B. _____ ne sauraient suffire à démontrer une quelconque prévention de sa part. Au contraire, la motivation de son rapport d'examen montre qu'il a tenu compte de l'ensemble des éléments afin de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

a) Dans son rapport du 4 mai 2017, le Dr B. _____ mentionne de manière détaillée les éléments contributifs au diagnostic de polyarthrite rhumatoïde ainsi que les éléments allant à l'encontre de ce diagnostic (rapport p. 14). Il constate que celui-ci repose sur la présence de synovites ainsi que l'augmentation de la vitesse de sédimentation, qui avaient été constatées à certaines périodes. Il expose qu'en raison de l'obésité de la recourante, l'imagerie est préférable à un examen clinique pour mettre en évidence une inflammation articulaire significative, remarquant que les examens pratiqués (scintigraphie osseuse, US, CT scan, IRM) n'ont pas mis en évidence une telle inflammation. Il a lui-même organisé un US doppler articulaire à cet effet, examen qui a permis d'exclure une polyarthrite active. Il en conclut que les synovites sont en rémission en raison du traitement suivi, de sorte qu'une éventuelle polyarthrite rhumatoïde n'est plus incapacitante.

De son côté, dans ses rapports des 25 juillet 2017 et 30 janvier 2018, le Dr T. _____ estime que la polyarthrite rhumatoïde est toujours active et qu'elle entraîne une totale incapacité de travail chez la recourante ou permet tout au plus une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée.

Les deux médecins ont un avis divergent sur le fait qu'une différence de 1 cm sur 5 cm au test de Schober serait significative ou non. Le Dr T. _____ considère qu'une telle différence ne peut pas être interprétée comme un signe de non-organicité, mais qu'elle démontre au contraire une importante raideur rachidienne dans le contexte de troubles dégénératifs étagés. Selon lui, cet argument est la démonstration du parti pris du Dr B. _____ à l'encontre de la recourante. Son point de vue ne

saurait être suivi. Il faut constater que dans son rapport d'examen, le Dr B._____ a effectivement relevé une participation partielle de la recourante à l'examen mais il ne s'est pas fondé uniquement sur la différence entre le Schober lombaire debout et le Schober lombaire assis. Il a aussi mentionné les contrepulsions, les différences entre la force de serrage des mains et la préhension spontanée, une boiterie fluctuante, et des douleurs non systématiquement reproductibles suivant que l'attention de la recourante était détournée notamment. Dans sa prise de position, il revient également sur le fait que la différence entre la distance doigts-sol debout, de 46,5 cm, et la distance doigts-orteils assise, de 12 cm, illustre un manque de collaboration de la part de l'assurée. Il en conclut que la diminution des amplitudes articulaires rachidiennes relève donc plus d'auto-limitations que d'enraidissement réel. L'ensemble de ces éléments, sur lesquels le Dr T._____ ne se prononce pas, permet effectivement de constater un manque de collaboration de la part de la recourante.

Le Dr T._____ reproche en outre au Dr B._____ de ne pas avoir détaillé dans le status les signes comportementaux de Waddell qu'il a observés et précise que ceux-ci n'excluent nullement une atteinte organique. Force est de constater que le Dr T._____ ne conteste pas la présence en soi de signes de Waddell et reconnaît que ceux-ci dénotent une certaine « démonstrativité » (rapport du 25 juillet 2017 p. 2). Quoiqu'il en soit, le Dr B._____ n'a pas exclu l'existence de toute atteinte organique sur la base de ceux-ci puisqu'il a conclu à la présence d'atteintes dégénératives de la colonne lombaire.

Dans ses rapports, le Dr T._____ apporte de nombreuses critiques à l'encontre du rapport d'examen du Dr B._____ dans le but de démontrer l'existence d'une polyarthrite rhumatoïde active et invalidante. Selon lui, le test de FABER n'est pas sensible ni spécifique pour une polyarthrite. Dans le même sens, une scintigraphie osseuse négative de même qu'un US négatif ne permettent pas d'exclure ce diagnostic. Il mentionne également que l'absence de FR et d'anti-CCP ne sont pas des critères d'exclusion non plus, précisant que 30 à 40 % des polyarthrites rhumatoïdes sont séronégatives, surtout chez les patients obèses. La

vitesse de sédimentation ne constitue pas non plus à elle seule un critère diagnostique et il était selon lui cohérent que celle-ci soit normalisée depuis novembre 2015 étant donné le traitement de fond biologique.

Dans sa prise de position du 11 novembre 2017, le Dr B._____ reconnaît qu'à lui seul, l'US ne permet effectivement pas d'exclure un diagnostic de polyarthrite. Il précise cependant qu'en l'intégrant avec les autres examens d'imagerie, le laboratoire et la clinique - qui n'était pas spécifique d'une polyarthrite - on obtenait un faisceau d'éléments qui montraient que s'il y avait eu une polyarthrite, elle était bien contrôlée par le traitement.

Contrairement à ce que le Dr T._____ soutient, le Dr B._____ a fait une lecture correcte de l'US du 13 avril 2017, et a tenu compte du fait que cet examen montre la présence d'une ténosynovite bilatérale au niveau des doigts ainsi que d'un épanchement synovial des genoux (cf. rapport d'examen p. 12). Le Dr B._____ précise cependant à ce sujet, dans sa prise de position du 16 novembre 2017, que les douleurs dont se plaignait la recourante ne correspondaient pas aux manifestations d'une ténosynovite des extenseurs et que l'US ne montrait pas d'hyperémie, ce qui tenterait à démontrer que la ténosynovite n'est pas active. Il a par ailleurs fait savoir que l'épanchement synovial d'importance moyenne constaté aux genoux n'était pas spécifique d'une polyarthrite et qu'il était vraisemblablement d'origine dégénérative compte tenu de l'arthrose aux genoux.

Il faut constater que le Dr B._____ a fait un examen global des éléments allant ou non dans le sens de la présence d'une polyarthrite active. Ainsi, le fait qu'un test ou qu'un résultat d'imagerie ne permette pas, à lui seul, de fonder, respectivement d'exclure le diagnostic de polyarthrite comme le mentionne le Dr T._____ n'apparaît en l'occurrence pas décisif dans la mesure où le Dr B._____ a tenu compte de l'ensemble des indices en faveur ou défaveur de l'activité de la maladie. Cette manière de faire apparaît pleinement convaincante.

Pour sa part, le Dr T._____ estime qu'il y a lieu de mettre l'accent sur le caractère douloureux des articulations, lequel permettait de reconnaître l'activité de la polyarthrite rhumatoïde et précise que le test de Gaenslen positif allait également dans ce sens. Il insiste sur le fait que l'examen le plus fiable et reproductible pour diagnostiquer cette atteinte est le compte d'articulations douloureuses (rapport du 30 janvier 2018 p. 2). Par cette approche, le Dr T._____ se fonde avant tout sur les douleurs dont se plaint la recourante pour justifier son diagnostic. Cette manière de procéder présente un caractère éminemment subjectif, lié au ressenti des douleurs par l'assurée, et ne saurait pour cette raison prévaloir en l'occurrence.

Enfin, il faut souligner que le Dr B._____ n'exclut pas l'existence d'une polyarthrite rhumatoïde, mais considère qu'en l'absence de lésions, respectivement d'inflammations ostéoarticulaires objectivables, il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail ni de limitations fonctionnelles en rapport avec cette maladie (rapport d'examen pp. 14 et 16). Le fait qu'une maladie existe ne signifie en effet pas forcément qu'elle entraîne une incapacité de travail. Tant dans son rapport d'examen (p. 14) que dans sa prise de position du 16 novembre 2017, le Dr B._____ mentionne que les synovites sont actuellement en rémission grâce au traitement et que l'absence de tuméfaction sous traitement de fond indique un bon contrôle de la maladie inflammatoire. Le Dr T._____ reconnaît que le syndrome inflammatoire présenté par la recourante a pu être stabilisé sous traitement, lequel a entraîné une stabilisation de la vitesse de sédimentation (rapport du 25 juillet 2017 p. 2 et 3). De même, il relève que l'absence de synovite lors des examens de la Dre H._____ en 2014 s'explique par les effets du traitement, qui visait notamment à faire disparaître les synovites, et précise que la recourante a eu une réponse partielle favorable sous plusieurs traitements, qui ont malheureusement dû être stoppés en raison d'une intolérance, sous la forme d'une prise pondérale sévère. Il ne donne toutefois aucune indication précise au sujet des effets des traitements actuellement pris par la recourante. Il faut en outre relever que son appréciation de la capacité de travail de la recourante n'est pas dépourvue de contradictions. Ainsi, il

indique dans son rapport du 25 juillet 2017 que la Dresse H._____ a décrit l'absence de synovites en 2014 (examens des 21 janvier et 2 avril 2014) alors que la recourante allait mieux grâce au traitement de fond, ce qui va à l'encontre du certificat médical qu'il a établi le 17 juin 2014, dans lequel il notait une péjoration de l'état de santé de la recourante en raison de la polyarthrite active avec des synovites des épaules, des coudes, des poignets et des doigts, ainsi qu'une péjoration de l'atteinte dégénérative du genou et estimait que l'ensemble de ses atteintes entraînaient une incapacité de travail complète dans toute activité.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante aux conclusions du Dr B._____, qui expose de manière convaincante pourquoi il ne retient ni incapacité de travail ni limitations fonctionnelles en lien avec la polyarthrite rhumatoïde.

b) Dans son rapport, le Dr B._____ évoque en outre un diagnostic de fibromyalgie en lien avec les douleurs présentées par la recourante, diagnostic qui avait également été posé par les Drs W._____ et L._____ dans leur rapport du 24 novembre 2009, avant que la polyarthrite rhumatoïde ne soit diagnostiquée en mai 2012. Le Dr B._____ précise que les critères ACR 1990 pour le diagnostic d'une fibromyalgie ne sont pas remplis, mais que les critères ACR 2010 le sont. Ce diagnostic n'apparaît ainsi pas posé de manière indubitable. S'agissant des éventuelles répercussions d'une telle atteinte sur la capacité de travail, le Dr B._____ relève la présence d'un comportement douloureux chez la recourante ainsi qu'une collaboration partielle à l'examen clinique (rapport p. 13), lesquels constituent des motifs d'exclusion du caractère invalidant d'une fibromyalgie au sens de la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Le Dr B._____ a en outre mis les douleurs dont se plaint la recourante en lien avec ses ressources physiques, qui demeurent bonnes (rapport p. 15). Dans son rapport du 25 juillet 2017, le Dr T._____ estime au contraire que la recourante n'a que peu de ressources. Le fait que la recourante n'accompagne pas sa famille à toutes les manifestations et que son ménage soit limité à la surface d'une caravane ne permet toutefois pas de conclure à des ressources diminuées, pas plus que l'âge

de ses enfants puisqu'elle a elle-même expliqué qu'elle continuait à leur préparer les repas (rapport d'examen clinique p. 9). Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'avis du Dr B._____, qui estime que le diagnostic de fibromyalgie n'est pas incapacitant.

c) Il n'est pas contesté que la recourante présente des lombalgies communes non déficitaires dans le cadre de discopathie et d'arthrose des articulations postérieures, avec hernie discale médiane et paramédiane droite en L3-L4, une arthrose des genoux prédominant du côté gauche ainsi qu'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec une arthrose acromio-claviculaire. Le Dr B._____ a détaillé les limitations fonctionnelles impliquées par ces troubles (rapport p. 16) et estimé que ces multiples atteintes dégénératives justifiaient une baisse de rendement de la capacité de travail de 25 %. Il a ainsi tenu compte du caractère invalidant des troubles dégénératifs rachidiens que le Dr T._____ mentionne dans son rapport du 25 juillet 2017. Le médecin du SMR a également pris en compte le fait que la recourante ne peut pas rester assise plus d'une heure. Cela n'est pas contesté et fait précisément partie des limitations fonctionnelles retenues par le Dr B._____. Le Dr T._____ l'admet dans son rapport du 30 janvier 2018 mais il s'exprime sur la possibilité de respecter cette limitation dans l'activité de vente de billets de la recourante. Il sort là de son rôle qui, comme la jurisprudence le rappelle, 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

Le Dr T._____ conteste en outre que la gonarthrose soit stable et évoque une éventuelle mise en place de prothèse. Le Dr B._____ a tenu compte de l'atteinte aux genoux présentée par la recourante et a déterminé des limitations fonctionnelles en lien avec celle-ci. Les questions relatives à une éventuelle chirurgie prothétique ne se posent pas dans le cadre du présent examen, puisqu'une telle chirurgie n'avait pas eu lieu au moment de la décision litigieuse. Selon une

jurisprudence constante, le juge apprécie en effet la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

Le Dr B. _____ considère que l'hypermobilité articulaire et les cervicalgies ne justifient pas de limitations fonctionnelles, pas plus que les atteintes dégénératives débutantes au niveau des articulations sacro-iliaques et des pieds. Ces éléments ne sont pas contestés.

d) Les rapports médicaux de la Dre J. _____ des 6 juillet 2018 et 19 septembre 2018 sont postérieurs à la décision attaquée, rendue le 4 décembre 2017. Il faut constater que les atteintes dont elle fait état et qui étaient déjà présentes au moment où la décision litigieuse a été rendue ont été prises en compte dans l'examen du Dr B. _____, que ce soit la polyarthrite rhumatoïde, l'omalgie droite, les cervicalgies, la gonarthrose et l'arthrose des chevilles. Les rapports de la Dre J. _____ ne permettent dès lors pas de remettre en cause la valeur probante du rapport d'examen du Dr B. _____ dont les conclusions sont pleinement détaillées et argumentées.

e) Au niveau psychique, le Dr M. _____ a constaté à l'occasion de l'expertise qu'il a réalisée le 27 août 2016 que la recourante ne présentait plus qu'une dysthymie, diagnostic qui n'est pas incapacitant. Dans son rapport d'expertise, il explique de manière motivée et convaincante pourquoi les diagnostics précédemment posés par la Dre D. _____ et le I. _____ n'ont plus lieu d'être retenus, exposant que l'état de santé psychique de la recourante s'est significativement amélioré entre 2014 et 2016. Dans la mesure où il écarte clairement tout diagnostic psychique invalidant, le fait que son expertise a été réalisée au regard des anciens critères jurisprudentiels importe peu. Son rapport d'expertise peut dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante, comme déjà mentionné, et n'est d'ailleurs remis en cause par aucun autre document médical.

On peut encore préciser que la dysfonction exécutive et attentionnelle ainsi que les troubles praxiques mis en évidence par l'examen neuropsychologique de la psychologue K._____ en juin 2012 se sont à l'évidence amendés, au vu du status décrit par le Dr M._____. La psychologue suggérait d'ailleurs dans son rapport que ces troubles étaient liés à l'anxiété et à la dépression que la recourante présentait à ce moment-là, qui ne sont plus d'actualité.

f) En résumé, si la recourante présente désormais une pleine capacité de travail sur le plan psychique, ses atteintes somatiques ne lui permettent d'exercer qu'une activité adaptée à 75 %, à savoir une activité en position assise avec possibilité d'alterner les positions, à hauteur de table, sans port de charges au-delà de 5 kg.

5. a) La méthode générale de comparaison des revenus connaît deux sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus hypothétiques provenant d'une activité lucrative, ce qui peut être le cas pour les personnes de condition indépendante, il convient de recourir à la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, soit en procédant à une comparaison des activités et en évaluant le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique. L'invalidité n'est pas évaluée uniquement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la

comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références citées ; TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.2).

b) En l'occurrence, l'OAI a procédé au calcul du taux d'invalidité de la recourante au moyen de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus, estimant que celle-ci pouvait continuer à travailler à 75 % dans l'activité de vente de billets. Contrairement aux affirmations du Dr T._____, on ne voit pas en quoi cette activité ne serait pas adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante. Comme le précise le spécialiste en réinsertion de l'OAI (avis du 15 juin 2017), la recourante peut compter sur l'entraide familiale afin de pouvoir alterner les positions et aménager les pauses qui lui seraient nécessaires. Dans la mesure où les foires ont principalement lieu à la belle saison, on ne saurait par ailleurs considérer qu'il s'agit d'une activité « dans l'humidité et le froid » comme le soutient le Dr T._____.

La recourante ne présente aucun grief à l'encontre de la comparaison des revenus à laquelle l'OAI a procédé. Celle-ci n'apparaît en effet pas critiquable, de sorte que le taux d'invalidité de 60,74 % peut être confirmé.

c) C'est en définitive à juste titre que l'OAI a, par la décision attaquée, confirmé le droit de la recourante à trois quarts de rente d'invalidité et refusé de la mettre au bénéfice d'une rente entière.

6. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision du 4 décembre 2017 confirmée.

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 des frais de justice (art. 69 al. 1bis première

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

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 4 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- ORION Assurance de protection 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 :