

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 avril 2015

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Thalmann et Mme Pasche, juges  
Greffière : Mme Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

**A.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7, 8, 16 LPGA, 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, titulaire d'une licence en sciences sociales et pédagogiques, travaille depuis 2003 comme collaboratrice sociale auprès de la Fondation N.\_\_\_\_\_ à [...]. Le 2 avril 2010, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a précisé avoir été en incapacité totale de travail du 7 décembre 2009 au 28 février 2010, puis en incapacité partielle de travail (50%) à compter du 1<sup>er</sup> mars 2010. Elle a indiqué souffrir de douleurs chroniques dans la région lombaire rendant les stations debout, assise et couchée difficiles, ainsi que de burn out suite à un manque de repos. Elle a précisé que l'établissement des diagnostics était en cours auprès de différents médecins.

Dans un rapport médical du 24 avril 2010 à l'OAI, la Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombalgies sur discopathie L5-S1 et de hernie discale L5-S1. Sans effet sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué une obésité et un status post-dépression moyenne, actuellement asymptomatique. Dans l'anamnèse, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée avait présenté des douleurs lombo-sacrées depuis l'enfance. En janvier 2005 était apparue progressivement une lombo-sacralgie sans traumatisme et l'assurée avait présenté à cette époque une incapacité de travail de janvier à mars 2005. L'IRM lombaire avait témoigné d'une discopathie L5-S1. Par la suite les douleurs s'étaient amendées sans disparaître. La patiente gérait bien ces dernières par des exercices journaliers, une bonne hygiène de vie et la consultation d'une diététicienne pour perdre du poids. Le 7 décembre 2009, l'assurée avait de nouveau consulté la Dresse B.\_\_\_\_\_ car elle présentait des insomnies depuis une année à cause des dorso-lombalgies ainsi qu'une dépression induite par l'insomnie, des problèmes de couple et de travail. Un traitement anti-dépresseur et anti-douleur avait été introduit et les investigations sur les douleurs avaient été reprises. Une nouvelle

IRM lombaire réalisée par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, montrait la présence d'une hernie médiane droite L5-S1 pour laquelle de la physiothérapie avait été prescrite. Au plan psychique, la dépression avait évolué favorablement, puis il y avait eu une rechute après le décès brutal de son compagnon en janvier 2010 ; par la suite l'évolution était favorable et il n'y avait plus de symptôme dépressif à la date du rapport. La Dresse B.\_\_\_\_\_ attestait d'une incapacité de travail de 50% au long cours. A cet égard elle a expliqué que sous traitement médicamenteux et physiothérapie, la patiente parvenait progressivement à dormir 4 heures puis elle était réveillée par la douleur. Elle pouvait donc assumer un mi-temps, mais qui devrait idéalement être un 40%. Ensuite la douleur et la fatigue avaient raison de sa capacité de concentration. Comme pronostic, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a estimé que sans amendement des douleurs et vu l'impossibilité d'allonger le sommeil à plus de quatre heures, la patiente continuerait la physiothérapie, les exercices à domicile et les mouvements continuels. Comme la patiente gérait déjà au maximum sa douleur et avait une activité adaptée à ses compétences et variée, la doctoresse était d'avis qu'une réadaptation professionnelle ne devrait pas permettre une augmentation de la capacité de travail qui devrait rester de 50% au maximum.

Avec son rapport du 24 avril 2010, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI divers rapport médicaux, dont un rapport d'IRM lombaire du 13 mai 2009 du Dr [...], spécialiste en radiologie, qui concluait à la présence d'une volumineuse hernie médiane à droite, probablement du niveau L5-S1. Elle a également joint un rapport du 8 juin 2009 du Dr J.\_\_\_\_\_ lequel expliquait qu'il ne savait pas si ces découvertes radiologiques expliquaient la symptomatologie atypique de douleurs intenses, nocturnes, soulagées dès que la patiente faisait quelques pas. Il relevait toutefois que les examens complémentaires effectués au plan radiologique et biologique ne mettaient pas en évidence d'élément en faveur d'une atteinte inflammatoire. Il relevait que la patiente souffrait d'un possible syndrome d'apnée du sommeil, des troubles de ce type pouvant s'accompagner de plaintes ostéo-articulaires. Etait encore joint un rapport médical du 28 septembre 2009 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en

pneumologie, qui a expliqué que la polygraphie nocturne qui avait été réalisée sur la patiente le 24 septembre 2009 était discrètement anormale avec un index d'apnées-hypopnées à 7/heure. Selon le Dr V.\_\_\_\_\_, ces perturbations n'étaient pas suffisantes, dans un contexte de probabilité clinique relativement faible, pour pouvoir poser le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil. La fatigue de la patiente pouvait certainement s'expliquer en bonne partie, tout au moins, par les nombreux réveils dus aux douleurs du rachis.

Dans un rapport du 3 mai 2010 à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une volumineuse hernie L5-S1 médiane droite, une tendinite d'Achille chronique à gauche et une épicondylite du coude gauche, ces affections ayant un effet sur la capacité de travail. Il a précisé qu'il avait pris en charge l'assurée pour un traitement ambulatoire depuis le 29 octobre 2009. Il a expliqué que c'était sans évènement particulier que s'étaient développées autant les douleurs lombo-sacrées que celles de la cheville gauche et du coude gauche. Il avait été consulté pour trouver une solution en particulier pour le tendon d'Achille, problème pour lequel il avait prescrit de la physiothérapie, avec un résultat mitigé.

Dans un rapport médical du 24 juin 2010 à l'attention de l'assurance perte de gain, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il était difficile de dire si les douleurs dorsales allaient s'améliorer, cela dépendrait du traitement mis en place par le Dr [...], au centre de la douleur d[...]. Elle a attesté de la continuation de l'incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle à compter du 14 mars 2010, l'assurée ayant eu une période d'incapacité totale de travail du 31 janvier au 20 février 2010, puis une incapacité de 70% du 21 février au 13 mars 2010.

L'assurée a suivi une thérapie manuelle pour les troubles fonctionnels du rachis du 1<sup>er</sup> au 30 mars 2010 (traitement ambulatoire) auprès du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport médical du 29 octobre 2010 à l'OAI, il a expliqué que les thérapies avaient des résultats intéressants mais que des

récidives étaient « programmées » en raison de l'anomalie transitionnelle S1. Il a précisé que l'exercice d'une activité dans différentes positions était à tester à temps complet, l'assurée ne pouvant pas exercer une activité uniquement assise ou debout.

Dans un rapport du 5 mai 2011 à l'assureur perte de gain, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisé (syndrome d'Ehlers-Danlos), de lombalgies basses et discopathies L5-S1 et hernie médiane droite. Elle a pronostiqué des douleurs chroniques qu'il faudrait gérer à long terme. Elle a attesté la continuation de l'incapacité de travail de 50% dans la profession habituelle et que l'on ne pouvait pas raisonnablement envisager une activité professionnelle moins pénible. Elle a précisé qu'aucune mesure ne pouvait être prise pour améliorer la capacité de gain, la patiente étant très bien formée et ayant une activité qui lui permettait au mieux de changer de position et de gérer la douleur.

La Dresse B.\_\_\_\_\_ a joint à son rapport du 5 mai 2011 un rapport médical du 27 avril 2011 que lui avait adressé le Dr K.\_\_\_\_\_. Ce dernier a posé le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée (syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile). Il a précisé ce qui suit :

« Conclusions, traitement et évolution

Madame Z.\_\_\_\_\_ présente un syndrome d'hypermobilité articulaire, correspondant vraisemblablement, en l'état actuel de la littérature scientifique, au syndrome d'Ehlers-Danlos anciennement type III, actuellement hypermobile. Elle a déjà eu une prise en charge par une physiothérapeute qui semble avoir compris son problème puisqu'elle lui fait pratiquer des exercices de mobilisation, de tonification et de correction des dysbalances, sous forme en particulier d'une approche de type chaînes musculaires. A son attention et à toutes fins utiles, je précise que la littérature montre essentiellement, dans le cadre des syndromes d'hypermobilité, des déficits proprioceptifs à l'origine des désordres et des dysharmonies dans le mouvement. Une approche visant à récupérer cette déficience semble porter ses fruits au très long cours, selon des séances tri-hebdomadaires. En outre, il convient de tenir compte, comme semble d'ailleurs le faire cette physiothérapeute, du seuil douloureux abaissé et de la tolérance diminuée à la fatigue dans la rééducation.

En ce qui concerne sa capacité de travail, elle est actuellement de l'ordre de 50%, ce qui est objectivement et organiquement justifiable,

compte tenu de l'ensemble du tableau. Madame Z. \_\_\_\_\_ semble avoir atteint les limites de sa résistance physique, il convient donc de lui laisser le temps, sous la direction d'une physiothérapie bien conduite, de pouvoir récupérer et recouvrer une capacité de travail supérieure, sans que je puisse donner de chiffre et de pronostic quant à l'évolution et à sa durée.

[...] ».

Le 7 juin 2011, l'assurée a été convoquée par le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) pour la réalisation d'un examen clinique, par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans le rapport médical du 5 juillet 2011, celui-ci a retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de rachialgies diffuses avec surtout des lombosciatalgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec anomalie transitionnelle lombosacrée et hernie discale L5-S1. Sans effet sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un excès pondéral, status après dépression moyenne actuellement asymptomatique, status après tendinite d'Achille gauche, syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée, un discret status variqueux des membres inférieurs, une suspicion de syndrome du tunnel carpien gauche et un flexum du pouce gauche post-traumatique. Il a conclu que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail du 7 décembre 2009 au 28 février 2010, puis une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'intervenante socio-thérapeutique et entière dans une activité mieux adaptée depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010. Il a précisé à cet égard que dans une activité strictement adaptée aux limitations requises par l'atteinte ostéoarticulaire, il n'y avait aucune raison biomécanique à attester d'une incapacité de travail et que l'activité mieux adaptée était à « traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ». Il a précisé les limitations fonctionnelles suivantes : travail essentiellement en position assise, nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges de plus de 5 kg, pas de travail en port-à-faux statique prolongé du tronc et pas d'exposition à des vibrations.

Il a écrit ce qui suit sous « appréciation du cas » :

« Depuis l'enfance, l'assurée faisait souvent des chutes avec des luxations des articulations (hanches, épaules, coudes, mâchoire, chevilles et doigts). Elle a d'ailleurs le pouce G [gauche] qui est resté en flexum suite à une de ces luxations. Elle se luxe encore 2-3 fois par jour la mâchoire. Depuis l'enfance l'assurée présente des blocages lombaires et de la hanche à D [droite]. En 1976, elle a eu une appendicite avec péritonite et occlusion intestinale. Après l'opération, l'assurée a eu des traitements pendant plusieurs mois pour douleurs abdominales. Depuis cette période, l'assurée a développé des lombalgies. A la puberté, elle a développé également une endométriose qui a nécessité de nombreuses interventions chirurgicales. Elle a donc toujours eu des règles très douloureuses, avec lombalgies. Les lombalgies se sont aggravées au début 2005. L'assurée a été bloquée pendant 1 mois et elle a par la suite repris le travail, sans nette amélioration de la symptomatologie douloureuse. L'assurée a continué à avoir mal, jusqu'à ce qu'en 2009, elle craque totalement physiquement et psychologiquement. D'ailleurs, en septembre 2009, elle a consulté une psychologue, Mme [...] à [...], qu'elle consulte toujours. En 2009, les douleurs lombaires se sont encore aggravées. Actuellement, l'assurée présente des douleurs lombaires avec parfois douleurs dorsales et rarement cervicalgies. Elle signale également des sciatalgies prenant la face externe de la cuisse D et la face interne de la jambe D, irradiant jusqu'à mi-mollet. Elle présente un peu la même symptomatologie au membre inférieur G. L'assurée se plaint également de douleurs articulaires au coude G, aux poignets, aux épaules, aux deux chevilles, aux deux pieds et à la hanche D à la face externe de cette dernière, sans inguinalgies. L'assurée a eu récemment une tendinite d'Achille G qui a nécessité 6 mois de physiothérapie. Cette tendinite s'est ainsi améliorée, mais la gêne encore à la marche. L'assurée signale également des crampes du mollet G, de la cuisse D, des deux pieds et des deux avant-bras, autant diurnes que nocturnes. Les rachialgies augmentent à la toux et à l'éternuement, mais pas à la défécation. Les lombalgies limitent la position assise et debout à 15 min. Après 15 min de position debout, l'assurée présente aussi des tiraillements des membres inférieurs. Les douleurs des chevilles et des pieds limitent le périmètre de marche à plat à 1 heure, mais l'assurée marche lentement. Elle signale plusieurs réveils nocturnes par les douleurs et un dérouillage matinal d' ½ heure à ¾ d'heure.

Auparavant, l'assurée avait mal aux deux genoux, mais grâce à la physiothérapie, ces douleurs se sont améliorées. L'assurée signale également parfois des tuméfactions des doigts et des chevilles.

Au status, on note une assurée en bon état général, normocarde, normotendue. L'auscultation cardio-pulmonaire met en évidence un souffle cardiaque systolique éjectionnel 1 à 2/6, il existe un discret status variqueux des membres inférieurs. L'abdomen est souple, sensible à l'épigastre, sans défense, ni détente. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ou de masse palpable.

Au status ostéoarticulaire, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est satisfaisante. La mobilité cervicale également, mis à part la flexion cervicale qui est légèrement limitée. On ne note qu'un seul signe de non organicité selon Waddel sous forme de lombalgies à la rotation du tronc, les ceintures bloquées. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. L'assurée

présente même un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée, avec un score de Beighton à 7/9 s'accompagnant de l'autre critère majeur et de plusieurs critères mineurs. On note des douleurs à la palpation de 6 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant insuffisant pour poser ce diagnostic, surtout en présence d'un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée. Il n'y a par ailleurs pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note un flexum du pouce G ayant fait suite à une luxation.

Le status neurologique est sp [sans particularités], si ce n'est la présence d'une manoeuvre de Tinel positive au poignet G, laissant suspecter cliniquement la possibilité d'un syndrome du tunnel carpien, que le médecin traitant pourrait infirmer ou confirmer par la pratique d'un électromyogramme qui semble d'ailleurs déjà être prévu. Au status neurologique, on note également une hypoesthésie de la face externe de la cuisse D ainsi que de toute la jambe et de tout le pied D.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec anomalie transitionnelle lombosacrée et hernie discale L5-S1. Une IRM du tendon d'Achille G de 2009 a mis également en évidence une tendinopathie chronique.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas entièrement respectées dans l'activité habituelle d'intervenante socio-thérapeutique à la Fondation N.\_\_\_\_\_. Effectivement, dans cette activité, l'assurée devait auparavant lever des charges, notamment lorsqu'elle faisait des pique-niques avec les résidents ou lorsqu'elle les aidait à déménager leur appartement. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est de 50%. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail. Cependant, l'assurée, suite à un burn-out qu'elle aurait fait à la fin 2009, se plaint toujours d'une fatigue qui l'empêche de travailler plus d'une 1/2 journée. Cette fatigue s'accompagne en fin de journée d'une sensation de sifflements dans les oreilles, avec impossibilité de se concentrer.

Dans cette situation, nous laissons le soin au médecin responsable du dossier au SMR de juger de la nécessité de demander un rapport à la psychologue-traitante de l'assurée, Mme [...] à [...] ou de faire pratiquer un examen psychiatrique complémentaire. Il faut cependant noter que la Dresse B.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 24.04.2010, retient un diagnostic de status après dépression moyenne, actuellement asymptomatique. Par ailleurs, en cours d'examen l'assurée nous a paru parfaitement euthymique. Il n'y a par ailleurs pas de perte de l'intégration sociale ».

Dans un rapport du 9 août 2011, Mme [...], psychologue et psychothérapeute FSP, a exposé que l'assurée suivait régulièrement une psychothérapie depuis 2009. Elle a expliqué que suite au diagnostic de syndrome Ehlers-Danlos, le constat avait été posé que pour soulager la douleur, seul un soutien psychothérapeutique et physiothérapeutique

pouvait s'avérer efficace. La patiente suivait un traitement avec antidépresseurs depuis 2009 en complément à la psychothérapie dans le cadre d'une symptomatologie dépressive liée à la douleur et aux troubles du sommeil en dérivant. La fatigue chronique rendait très difficile la gestion du quotidien. La psychologue précisait que même si le soutien psychologique permettait à l'assurée de mieux gérer sa vie quotidienne et digérer les épisodes de vie en lien avec la douleur physique et psychologique, et qu'elle disposait de bonnes ressources psychologiques, intellectuelles et sociales, l'état de douleur chronique ne permettait pas une récupération complète, et provoquait un stress émotionnel et physique permanent.

Lors d'un entretien téléphonique du 16 août 2011, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle estimait ne pas avoir une capacité de travail de plus de 50% dans toutes activités. Son poste de travail était déjà adapté et une autre formation ne lui permettrait pas d'augmenter sa capacité de travail.

L'OAI a alors confié à la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise. La Dresse D.\_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 16 décembre 2011. Dans son rapport du 10 janvier 2012, elle a retenu comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail des « notions somatiques de douleurs ostéo-articulaires chroniques (syndrome d'Ehlers-Danlos posé début 2011). Pas d'atteinte psychiatrique à la santé ». Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué un status post notions de burn-out et de dépression, actuellement en rémission complète. Elle a conclu à une capacité de travail entière dans toute activité au plan strictement psychiatrique. Elle a précisé que s'il était possible qu'un burn-out soit survenu lors de l'arrêt de travail de décembre 2009, la durée et l'intensité des symptômes psychiatriques ne correspondait pas aux critères d'une atteinte invalidante à la santé. De plus étant donné que les symptômes psychiatriques de l'expertisée avaient bien répondu à un traitement ciblé (médicament antidépresseur et suivi régulier par une psychologue), l'état de santé s'était rapidement amélioré. Il y avait lieu de considérer que l'assurée

n'avait plus présenté d'incapacité de travail depuis le 24 avril 2010, puisque la Dresse B. \_\_\_\_\_ avait mentionné dans son rapport de ce jour un status post dépression moyenne actuellement asymptomatique. La Dresse D. \_\_\_\_\_ a expliqué ce qui suit sous appréciation du cas :

«[...]»

L'examen de ce jour est motivé par l'annonce d'un burn-out et la notion d'antécédents dépressifs.

Sur le plan familial, l'expertisée ne retrace pas d'antécédent psychiatrique hormis une consommation d'alcool en rémission chez son père qui, également, aurait été décrit comme paranoïaque. Sur le plan personnel, le développement psychomoteur de l'enfance est décrit comme rapide, avec un parcours scolaire brillant. Des symptômes d'épuisement sur insomnies causés par des douleurs chroniques motivent la survenance d'un syndrome de burn-out décrit fin 2009, mis en lien avec un arrêt de travail total qui a débuté le 7 décembre 2009. Des éléments dépressifs associés auraient cédé à un traitement antidépresseur de [...]. L'expertisée n'a, depuis lors, plus de plainte d'ordre psychiatrique.

À l'examen de ce jour, il s'agit d'une femme vive et collaborante, dont les performances sont compatibles avec des capacités intellectuelles largement supérieures à la moyenne. L'examen psychiatrique ne révèle aucun signe d'atteinte à la santé, notamment de l'ordre de la dépression. Les antécédents de burn-out et de symptômes dépressifs ne sont pas contestés, leur description est crédible, mais leur caractère réactionnel et leur durée relativement courte, avec bonne réponse au traitement psychopharmacologique et au suivi psychologique ne leur confèrent pas un caractère invalidant au sens de l'AI.

En conséquence, l'examen de ce jour permet d'attester que l'expertisée ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique à la santé pouvant porter préjudice à son exigibilité professionnelle.

Au cas où le syndrome d'Ehlers-Danlos serait accompagné de douleurs chroniques sans substrat objectivable, les critères jurisprudentiels de gravité selon Foerster ont été évalués : l'expertisée n'a pas de comorbidité psychiatrique. Les affections corporelles chroniques sont dûment instruites dans l'examen SMR du 7 juin 2011 réalisé par le Dr C. \_\_\_\_\_. Le processus maladif apparaît comme présent au long cours, puisque l'expertisée signale déjà des douleurs ostéoarticulaires dans l'enfance. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale. Le processus défectueux de résolution de conflit n'a pas été clairement établi, mais le quotidien de l'intéressée qui dit lire durant 3 heures par jour, pratiquer des exercices au domicile à raison de plus d'une heure par jour, en plus de ses séances de physiothérapie et des autres traitements exécutés pour sa santé, occupe largement le 50% pour lequel elle est en arrêt de travail. Les traitements conformes aux règles de l'art ont été tentés avec une bonne amélioration subjective quant aux symptômes dépressifs, mais pas pour les symptômes douloureux. Il n'y a pas de signe de non coopération.

En conséquence, l'examen de ce jour ne révèle pas de comorbidité psychiatrique pouvant grever l'exigibilité professionnelle de l'intéressée. Son exigibilité professionnelle est donc strictement

tributaire des conclusions de l'appréciation rhumatologique réalisée le 7 juin 2011 par le Dr C.\_\_\_\_\_.

Quant au positionnement face aux rapports médicaux adressés :

Le rapport signé le 9 août 2011 par Madame [...] mentionne qu'elle suit sa patiente en soutien psychologique en raison de douleurs, de symptômes dépressifs, de troubles du sommeil et d'une fatigue chronique. Dans la situation actuelle, les symptômes dépressifs sont en rémission complète. La fatigue chronique est attribuée aux troubles du sommeil en lien avec les douleurs.

- Quant au rapport d'examen rhumatologique signé le 7 juin 2011 par le Dr C.\_\_\_\_\_, un diagnostic d'atteinte ostéoarticulaire est posé dans ce rapport, qui impose des limitations fonctionnelles. Ce rhumatologue décrit l'assurée comme paraissant parfaitement euthymique, ce qui est concordant avec l'examen de ce jour. Les antécédents anamnestiques de dépression moyenne et de burn-out ne sont pas contestés, mais leur durée n'entre pas dans les critères de l'AI ceux-ci sont par ailleurs en rémission complète et sans séquelle.

- Quant aux rapports médicaux des Drs W.\_\_\_\_\_, [...] et H.\_\_\_\_\_, ceux-ci ne mettent pas en avant d'atteinte psychiatrique à la santé ; l'appréciation est donc consensuelle.

- Quant au rapport médical signé le 24 avril 2010 par la Dresse B.\_\_\_\_\_, un status post dépression moyenne actuellement asymptomatique y est mentionné. L'examen de ce jour s'accorde à cette appréciation ».

Par projet de décision du 16 mars 2012, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'AI (pas de droit à des mesures d'ordre professionnel ni à une rente). Il a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail dès le 7 décembre 2009, début du délai d'attente d'une année, mais qu'elle présentait depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010 une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que fixées par le Dr C.\_\_\_\_\_. L'OAI a précisé que le poste de travail de l'assurée auprès de la Fondation N.\_\_\_\_\_ avait été adapté puisqu'elle n'effectuait plus de déménagements, ne devait plus porter des charges et pouvait alterner les positions à sa convenance et qu'elle pouvait l'effectuer à 100%. Selon l'OAI, l'assurée pouvait également exercer son activité à 100% dans un autre milieu éducatif.

Dans un rapport médical du 19 avril 2012 à la Dresse B.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a écrit ce qui suit :

« La patiente a organisé sa vie en fonction de cette pathologie [syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile] qui est effectivement invalidante. Elle luxé spontanément ses coudes ou ses épaules, les

articulations temporo-mandibulaires à la mastication, les chevilles, les doigts. Indépendamment de cet aspect les articulations sont douloureuses et il est clair qu'elle développe progressivement des lésions cartilagineuses menant à des lésions de type arthrosique. Dans ce contexte elle a dû organiser sa vie, en effet les douleurs sont particulièrement aiguës au lever et nécessitent une mobilisation progressive au niveau articulaire. Au vu du peu d'efficacité des antalgiques et des anti-inflammatoires la patiente utilise des techniques de gymnastique douce et de relaxation (Taï chi et Qi gong). Elle consacre ses matinées à ses soins. L'après-midi elle travaille. Elle présente également des douleurs lors d'activités physiques. Son taux d'activité est de 50%. Je pense qu'il est déconseillé qu'elle augmente son rendement professionnel.

D'autre part toutes les activités sportives et la kinésithérapie active sont déconseillées dans ce contexte car traumatogène. Par contre les techniques de physiothérapie douce ou de relaxation peuvent améliorer la gestion des douleurs.

Au status: on constate un hypermobilité articulaire en particulier des mains et des poignets, des coudes, des épaules et des articulations tempo-mandibulaire. Au niveau des membres inférieurs et particulièrement les genoux elles présentent une hypermobilité rotulienne avec une douleur sous-rotulienne à l'hyper pression. L'hypermobilité des chevilles occasionne également des douleurs de type ligamentaire.

Au niveau du rachis on constate également une hypermobilité mais qui est relativement peu douloureuse.

Il n'y a pas de tuméfaction articulaire particulière ni de déformation.

Appréciation : il est possible qu'actuellement la patiente présente moins d'hypermobilité articulaire mais ceci est la conséquence d'une arthrose secondaire. Je pense qu'il est souhaitable que Madame Z. \_\_\_\_\_ bénéficie d'un traitement au long cours de chondroïtine. Je lui ai prescrit du structome à raison de 2x500 mg par jour.

Il n'y a pas lieu d'utiliser d'anti-inflammatoire ou d'antalgique car ceux-ci ont relativement peu d'effet et les techniques de gestion de la douleur sont actuellement bien maîtrisées. Je ne pense pas qu'il y ait besoin actuellement d'attelles de positionnement car il n'y a pas d'articulation nettement touchée par l'arthrose et ces attelles seraient plus gênantes que bénéfiques.

Par contre si la patiente présente [une] poussée plus douloureuse d'une articulation il pourrait être souhaitable de réévaluer la situation ».

Le 16 mai 2012, l'assurée, par son conseil Me Joël Crettaz, a formulé des objections au projet de décision. En substance, elle a fait valoir que sa capacité de travail était de l'ordre de 50%, se référant aux rapports médicaux des Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ et critiquant le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR, lui reprochant d'avoir exclu le syndrome d'Ehlers-Danlos des maladies invalidantes, sans expliquer pourquoi il s'écartait des conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical complémentaire du 11 septembre 2012 réalisé à la demande de l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit :

« Le syndrome d'Ehlers-Danlos est une pathologie héréditaire du tissu conjonctif. Il existe plusieurs sortes de syndromes d'Ehlers-Danlos. Dans le cas de cette assurée, elle présente un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée qui correspond vraisemblablement au syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile, anciennement de type III. Le syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile et le syndrome d'hypermobilité articulaire généralisé, sont donc des noms synonymes pour une pathologie identique. Le syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile est le moins grave des divers types de syndromes d'Ehlers-Danlos. Cependant, cette pathologie est potentiellement invalidante. L'atteinte somatique objectivable est une hyperlaxité des articulations diagnostiquées notamment par les critères de Beighton. Cette maladie s'accompagne d'articulations instables, sujettes à des entorses fréquentes, à des dislocations, à des subluxations et à des hyperextensions des articulations d'intensité variable selon la gravité du syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile. Cette hyperlaxité s'accompagne donc parfois de douleurs permanentes chroniques diffuses, périarticulaires, musculaires, ligamentaires, parfois abdominales et parfois d'une hyperréactivité à la douleur. Un syndrome douloureux diffus et omniprésent chronique peut être présent. Une hypermobilité articulaire qui peut entraîner des subluxations telles que des subluxations de la clavicule, du genou, de la rotule, de la hanche, du bassin, de la mâchoire, des côtes flottantes, peut être également présente. Les patients peuvent se plaindre d'arthralgies, de myalgies et de fatigue. Les patients peuvent présenter une peau qui marque ou qui se déchire facilement avec des bleus et des cicatrices inesthétiques. La peau peut être douce et soyeuse, parfois elle est élastique. Il existe parfois des faiblesses musculaires souvent accrues par temps froid. Il existe parfois une arthrite prématurée. Il n'y a pas de doute chez cette patiente quant à la présence d'un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisé correspondant vraisemblablement au syndrome d'Ehlers-Danlos anciennement type III, actuellement type hypermobile. Ce syndrome d'Ehlers-Danlos type hypermobile est le syndrome d'Ehlers-Danlos le moins handicapant, mais j'en pose bien le diagnostic.

Comme le Dr K. \_\_\_\_\_ et le Dr L. \_\_\_\_\_, je retiens une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'intervenante sociothérapeutique à la Fondation N. \_\_\_\_\_. Cependant, depuis le 01.03.2010, je retiens une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Selon la réadaptation, le poste de l'assurée aurait été adapté dans le cadre de cette Fondation et la décision AI a donc retenu une capacité de travail complète dans cette activité professionnelle maintenant adaptée. Evidemment, si les limitations fonctionnelles sont strictement suivies dans le cadre du poste actuel adapté à la Fondation N. \_\_\_\_\_, je retiens également une capacité de travail de 100% dans cette activité. Par contre, si ce n'est pas le cas, je retiens toujours une incapacité de travail de 50%. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, je ne retiens pas comme les médecins traitants, une incapacité de travail de 50%, la position assise étant bien tolérée par

l'assurée en cours d'examen et la mobilisation des articulations périphériques au status n'entraînant pas de douleurs contrairement à ce que retient le Dr L.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, comme le relève le Dr L.\_\_\_\_\_, l'assurée ne présente pas de troubles dégénératifs (arthrose) des articulations périphériques comme on pourrait le craindre dans les suites d'un syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile ou d'un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisé. Ainsi, ce syndrome d'Ehlers-Danlos est peu handicapant pour le moment et la capacité de travail doit être jugée comme complète dans une activité adaptée. Néanmoins, nous laissons le soin au juriste d'estimer la nécessité d'une expertise externe complémentaire en fonction des réponses que nous avons données. Par ailleurs, il faut relever que le syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile ne peut être assimilé à un trouble somatofome douloureux ».

Par décision du 7 novembre 2012, l'OAI a confirmé son projet du 16 mai 2012. Par courrier annexé à la décision, il a précisé se rallier au rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 11 septembre 2012, celui-ci ayant expliqué pourquoi il s'écartait des conclusions des médecins traitants au sujet de la capacité de travail de l'assurée. Il a encore précisé se rallier aux conclusions de la Dresse D.\_\_\_\_\_ s'agissant de la situation psychiatrique.

**B.**            **a)** Par acte du 11 décembre 2012, Z.\_\_\_\_\_, par son conseil, a recouru contre la décision de l'OAI du 7 novembre 2012 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'à compter du mois de mars 2010, elle soit reconnue invalide à 50% et qu'une rente d'invalidité calculée sur ce taux soit allouée. Elle fait valoir que le syndrome d'Ehlers-Danlos dont elle souffre est doublement invalidant en raison des troubles qu'il génère et des soins quotidiens qu'il requiert, l'empêchant de travailler au-delà d'un mi-temps dans quelque activité que ce soit. Elle se réfère à cet égard aux différents rapports médicaux des Drs K.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_. Dans ses moyens, la recourante requiert à titre subsidiaire la mise en œuvre d'une expertise confiée à un spécialiste du syndrome d'Ehlers-Danlos pour évaluer sa capacité de travail. La recourante produit deux rapports médicaux du 23 novembre 2012 adressés à son conseil, dont l'un de la Dresse B.\_\_\_\_\_ et l'autre du Dr L.\_\_\_\_\_. La première précise qu'elle voit trois raisons expliquant l'incapacité de travail de 50% (dans toute activité adaptée) de sa patiente, à savoir la douleur pluri-articulaire nécessitant un constant

changement d'activités et des efforts non soutenables plus d'une demi-journée, le manque de sommeil induit par les séquences de sommeil d'une heure et demie qui ne peut pas être réglé par une médication et le temps quotidien consacré à la thérapie et son intensité qui induisent une surcharge. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a quant à lui précisé ce qui suit :

« J'ai revu Mme Z.\_\_\_\_\_ le 19 novembre 2012 qui présente des douleurs articulaires en continu dans le contexte d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile.

Elle est handicapée dans sa vie quotidienne par des douleurs qui régressent avec le repos cette symptomatologie peut être attribuée à une chondropathie par hypersollicitation articulaire et ceci à peu près sur tous les groupes articulaires.

J'ai fait faire des radiographies des genoux qui confirment une chondropathie déjà avancée il est probable que l'on trouve les mêmes images radiologiques sur les épaules, les poignets, les hanches.... Il n'est pas possible de pratiquer des radiographies à tous niveaux.

Cette problématique va probablement s'aggraver au fur et à mesure des années et limitera encore plus la capacité de travail de cette patiente.

[...] ».

Dans sa réponse du 31 janvier 2013, l'OAI conclut au rejet du recours, en se référant à l'avis médical du SMR du 22 janvier 2013 établi par le Dr V.\_\_\_\_\_, duquel il ressort qu'aucun élément objectif nouveau n'est amené par les rapports du 23 novembre 2012. Le Dr V.\_\_\_\_\_ considère que les trois points avancés par la Dresse B.\_\_\_\_\_ n'ont pas de raison d'être dans une activité adaptée telle que définie dans l'avis complémentaire du Dr C.\_\_\_\_\_ du 11 septembre 2012. Quant au rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, il n'apportait rien qui n'était pas déjà connu.

Dans sa réplique du 26 février 2013, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a expressément requis la mise en oeuvre d'une expertise confiée à un spécialiste du syndrome d'Ehlers-Danlos pour déterminer si et dans quelle mesure sa maladie est invalidante. Elle a proposé de nommer la Dresse [...] ou la Dresse [...], médecins associées auprès du Service de génétique du Centre hospitalier P.\_\_\_\_\_ (ci-après : P.).

Dans ses déterminations du 21 mars 2013, l'OAI a indiqué n'avoir rien à ajouter, confirmant ses précédentes écritures.

**b)** Le 29 avril 2014, le juge instructeur a informé les parties qu'il avait confié aux Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecin interne générale, G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de la policlinique médicale [...] (ci-après : la [...]) le soin de réaliser une expertise pluridisciplinaire, le premier étant chargé de juger de la nécessité d'organiser une consultation en génétique médicale.

Par courriers des 7 et 8 mai 2014, les parties ont signalé n'avoir pas de motifs de récusation à faire valoir à l'encontre des médecins proposés.

Dans leur rapport du 18 novembre 2014, les experts ont conclu que la recourante présentait une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle, laquelle était adaptée à son état de santé, précisant qu'il n'était pas possible de se prononcer sur la capacité de travail de manière rétroactive. Au plan psychiatrique, le Dr S.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de réaction dépressive au décours et de douleurs multiples dans le cadre du syndrome d'Ehlers-Danlos. Il a expliqué ce qui suit sous « discussion » :

« Sur le plan strictement psychiatrique, l'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux permettent d'identifier chez cette expertisée une réaction dépressive se manifestant en 2009. Cette réaction dépressive s'est faite dans le contexte de douleurs articulaires importantes, de difficultés conjugales et de débordement professionnel. La réaction dépressive a été prise en charge de manière tout à fait adéquate par l'expertisée elle-même et son entourage (traitement psychologique, antidépresseur, aménagement au travail) et a pu ainsi évoluer favorablement. L'évolution a permis en particulier de renoncer aux antidépresseurs après deux ans de traitement. Actuellement, les symptômes psychiques se sont amendés et sur le plan exclusivement psychiatrique, on n'observe pas de limitation de la capacité de travail chez cette expertisée qui montre sa volonté de conserver une activité professionnelle. La situation médicale par ailleurs reste évidemment en suspens avec les troubles de l'équilibre récemment apparus et la découverte par IRM de deux méningiomes ».

Le Dr G.\_\_\_\_\_ a quant à lui posé le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne. Il a expliqué ce qui suit, à l'appui de ce diagnostic :

« Ce diagnostic est retenu sur la base des critères de Brighton pour le diagnostic d'hypermobilité articulaire bénigne (Brighton), avec les critères majeurs suivants : score de Brighton actuel de 2/9, à savoir une hyperextension des coudes au-delà de 90° des deux côtés et un score de Brighton anamnestique de 9/9, à savoir que dans le passé elle pouvait en effectuant une flexion passive des pouces, toucher la face antérieure de ses avant-bras des deux côtés (2 points), que la dorsiflexion du 5<sup>ème</sup> doigt sur la face postérieure de l'avant-bras s'effectuait au-delà de 90° des deux côtés (2 points), qu'elle présentait dans le passé une hyperextension passive des coudes au-delà de 10° (2 points), et qu'elle pouvait mettre à plat les deux mains sur le sol lors de l'antéflexion du rachis genoux tendus (1 point). Le score minimal est donc de 7 il existe peut-être un doute sur l'hyperextension passive des genoux supérieurs à 10°, lesquels ne sont pas décrits, notamment dans les status de l'orthopédiste consulté, ni dans les divers documents médicaux, le score de 7 ou 9 n'étant cependant pas discriminatif pour remplir un critère majeur de Brighton.

Le 2<sup>ème</sup> critère de Brighton majeur consiste en des arthralgies prédominant depuis plus de 3 mois dans 4 ou plusieurs articulations, critère majeur pouvant également être retenu.

Parmi les critères mineurs, on relève la présence de lombalgies, l'anamnèse de subluxations de plus d'une articulation, la notion d'épicondylites et de tendinites d'Achille, par contre pas d'hyperextensibilité cutanée, absence d'hernie ou de prolapsus utérin et rectal, de status variqueux.

Dans le diagnostic différentiel, on peut actuellement raisonnablement exclure un syndrome de Marfan, qui est une forme du syndrome d'Ehlers-Danlos et on rappellera au passage qu'il existe environ 46 types de syndrome d'Ehlers-Danlos, dont 6 considérés comme majeurs.

Le syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne est considéré par certains experts en rhumatologie et génétique clinique comme n'étant pas différenciable de la variété la plus courante du syndrome d'Ehlers-Danlos, voire identique à celui-ci, à savoir le type Ehlers-Danlos hypermobile, ou anciennement de type III. Je relèverai cependant qu'il n'y a pas unanimité dans la littérature, les critères retenus pour le syndrome d'Ehlers-Danlos type hypermobile variant entre les données fournies par Girodet et collaborateurs dans le chapitre EM consulte et ceux mentionnés dans Up To Date, à savoir que dans Up To Date 3 critères majeurs sont requis pour retenir le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos, à savoir une atteinte cutanée avec une hyperextensibilité de la peau (pas présente dans le cas de Madame Z.\_\_\_\_\_), absence de cicatrice atrophique ou d'évidence pour une fragilité cutanée, une hypermobilité articulaire.

L'aspect de la peau reste, pour ma part, discutable et compte tenu qu'il n'y a pas d'hyperextensibilité cutanée, cette dernière étant définie comme un pli cutané supérieur à 4 cm à la face antérieure des coudes, critère également non retenu à la consultation de génétique

du P.\_\_\_\_\_, raison pour laquelle je ne peux pour ma part pas formellement retenir le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos, sachant cependant que tant dans l'article Up To Date de joint hypermobility syndrome, il est mentionné que le syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne ne peut être distingué du syndrome d'Ehlers-Danlos, type hypermobile, en mentionnant encore qu'il pourrait éventuellement être identique à celui-ci, mais que la relation précise entre le syndrome d'Ehlers-Danlos type hypermobile et celui du syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne demeure incertain.

Il n'y a également pas de marqueur génétique, biologique ou radiologique pour ces deux affections.

Les bases physiopathologiques du syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne et du syndrome d'Ehlers-Danlos type hypermobile ne sont pas connues, dans les deux cas, pas de mise en évidence d'anomalie structurelle du collagène ou protéines relatives ou dans les gènes codant ce type de molécules dans la grande majorité des patients avec hypermobilité articulaire. Dans moins de 10% des cas, un déficit de ténascine X a été rapporté sans que les conséquences physiopathologiques ne soient mentionnées ».

L'expert a répondu ce qui suit aux questions de la recourante :

*« 4. Quelles sont d'une manière générale les symptômes du syndrome d'Ehlers-Danlos? Ces symptômes sont-ils présents dans le cas de Z.\_\_\_\_\_ ? En quoi consistent-ils et quel est leur impact sur la vie quotidienne et l'activité professionnelle? »*

De manière générale, les symptômes du syndrome d'Ehlers-Danlos type hypermobile sont voisins du syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne, ils peuvent consister en douleurs articulaires sous forme d'arthralgies pouvant toucher toutes les articulations de manière intermittente (présentes dans le cas de Z.\_\_\_\_\_), de déformations musculo-squelettiques sous forme de déformations des orteils, cyphoscoliose (absentes dans ce cas), spondylolisthésis, troubles neurologiques (également absents dans ce cas), on décrit des épanchements articulaires (absents dans ce cas), des compressions nerveuses, présentes sous forme de syndrome du tunnel carpien bilatéral dans ce cas, mais pas spécifiques à l'hypermobilité articulaire bénigne ou au syndrome d'Ehlers-Danlos. Il n'a pas nécessité d'opération.

On décrit également des subluxations, luxations articulaires, les subluxations étant anamnestiquement présentes dans ce cas et peuvent être attribuables à l'hypermobilité articulaire, des luxations vraies (n'ont pas été objectivées chez la patiente, cette dernière décrivant cependant des luxations de l'articulation temporo-mandibulaire à droite), d'entorses à répétition, avec la mention que l'étirabilité excessive des ligaments pourrait éviter la plupart du temps leur rupture, en particulier aux chevilles, où il y a cependant eu une rupture anamnestique dans le cas présent. On décrit également des troubles de l'équilibre, attribués aux difficultés biomécaniques du fonctionnement de capteurs proprioceptifs. Pas de troubles proprioceptifs mis en évidence chez Madame Z.\_\_\_\_\_ suite à une consultation neurologique spécialisée.

La relation d'hypermobilité articulaire et arthrose est très débattue et n'est pas acceptée de manière consensuelle. A l'heure actuelle, je n'ai pas suffisamment d'arguments pour retenir le diagnostic d'arthrose précoce chez Madame Z.\_\_\_\_\_. L'arthrose étant par ailleurs rencontrée avec une prévalence élevée dans la population générale.

On relève également une tendance à l'ostéopénie et aux fractures non révélées objectivées chez Madame Z.\_\_\_\_\_. Il est également évoqué plusieurs complications viscérales, toutes, à mon avis, non spécifiques et non présentes chez l'assurée. On rapporte également une fatigue intense, des saignements, des épistaxis, des dysfonctions mandibulaires.

On décrit également des troubles vésico-sphinctériens avec fuite ou dysurie ou incontinence urinaire ou anale, des prolapsus utérin et rectal, non présents chez l'expertisée. Enfin, on mentionne un état d'anxiété en relation également avec le syndrome d'Ehlers-Danlos que je ne puis évaluer en tant que rhumatologue chez l'assurée.

La fréquence des symptômes parmi les patients atteints est inconnue, incertaine. Tous les symptômes associés ou décrits comme étant associés au syndrome d'Ehlers-Danlos ne sont pas présents chez Madame Z.\_\_\_\_\_, les symptômes présents dans le cas de Madame Z.\_\_\_\_\_ sont les douleurs articulaires, l'anamnèse de subluxation, la fatigue. La dysfonction mandibulaire droite, les épistaxis dans les antécédents personnels, non présents actuellement, les douleurs et la fatigue sont des éléments subjectifs, non mesurables, propres à chaque individu, si bien qu'il est difficile d'avoir une mesure objective sur leur impact sur la vie quotidienne et l'activité professionnelle.

Il n'y a pas de lésion anatomique structurelle, hormis la hernie discale, chez Madame Z.\_\_\_\_\_, mise en évidence. Cette dernière n'explique pas l'ensemble des symptômes présentés.

Le mécanisme physiopathologique des symptômes décrits du syndrome d'Ehlers Danlos type hypermobile n'est pas connu ni établi.

*5. a) Le syndrome d'Ehlers-Danlos entraîne-t-il chez Z.\_\_\_\_\_ l'apparition de subluxations, luxations et entorses ? A quelle fréquence?*

Des phénomènes de subluxations, de luxations sont mentionnés par l'expertisée et sont possibles théoriquement, mais n'ont jamais été objectivés d'un point de vue médical, si bien qu'on ne peut affirmer formellement leur existence, sans cependant mettre en doute l'authenticité de l'anamnèse. Leur fréquence n'est pas évaluable à l'heure actuelle, Madame Z.\_\_\_\_\_ mentionnant des épisodes de subluxations aux chevilles à raison d'environ 2 fois par mois à l'heure actuelle. Elle effectue ses déplacements à pieds, la durée quotidienne est estimée à deux heures.

Pas de lésion anatomique structurelle consécutive aux subluxations présentes en l'état actuel.

*b) De quelle manière la patiente peut-elle les prévenir?*

En évitant les activités sportives, la marche en terrain irrégulier, les sauts, la course à pied, la marche rapide. Port d'orthèses éventuel aux chevilles ou aux articulations ayant tendance à se subluxer anamnestiquement, le port d'une gouttière à la mâchoire devant être évalué par un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale/ORL.

Pas de dysfonction, luxation de la mâchoire, de l'articulation temporo-mandibulaire droite décrite lors de la mastication, prise de repas.

6. a) *Le syndrome d'Ehlers-Danlos entraîne-t-il chez Z. \_\_\_\_\_ une fatigabilité importante, des troubles du sommeil, ainsi que des difficultés de récupération?*

Ceci est possible, encore une fois la fatigabilité importante, les troubles du sommeil, ainsi que les difficultés de récupération sont des données subjectives, non mesurables, que je ne peux quantifier.

b) *Entraînent-ils des périodes d'épuisement ? A quelle fréquence?*

Je ne peux répondre à cette question.

7. *Le syndrome d'Ehlers-Danlos entraîne-t-il chez Z. \_\_\_\_\_ des lésions de nature orthopédique de type ostéo-arthrite et d'ostéo-arthrose?*

Pas d'éléments ni pour une arthrite ou ostéo-arthrite ni pour une arthrose ou ostéo-arthrose actuellement.

8. a) *Le syndrome d'Ehlers-Danlos entraîne-t-il chez Z. \_\_\_\_\_ l'apparition de douleurs permanentes au niveau des articulations?*

Possible, mais non mesurable ni objectivable. La douleur étant à la fois une sensation et une émotion.

b) *Le cas échéant, ces douleurs peuvent-elles être jugulées?*

Pas de réponse possible compte tenu que la douleur est un phénomène subjectif, non mesurable, d'étiologie multifactorielle, avec composante émotionnelle, culturelle, socioculturelle, vécu personnel entre autres.

9. *Le syndrome d'Ehlers-Danlos a-t-il des répercussions sur l'équilibre psychologique de Z. \_\_\_\_\_?*

Je ne peux pas répondre à cette question en tant que rhumatologue.

10. a) *Le syndrome d'Ehlers-Danlos requiert-il, chez Z. \_\_\_\_\_, des soins quotidiens?*

Possible.

b) *Dans l'affirmative, l'expert peut-il décrire la nature et l'importance de ces soins?*

De manière générale, le traitement recommandé comprend des exercices visant à améliorer la stabilité articulaire, la tonification musculaire, l'équilibre musculaire de manière globale. D'éviter les chutes, sports de contact, les traumatismes.

11. *L'expert peut-il décrire dans le détail la prise en charge médicale mise en place par le réseau de soins de Z. \_\_\_\_\_?*

Je ne peux décrire dans le détail la prise en charge des divers médecins mentionnés, ni leur pratique (Voir Rappel anamnestique, Prise en charge thérapeutique actuelle).

12. *Cette prise en charge est-elle adéquate et conforme à son état de santé? Y a-t-il d'autres mesures médicales que Z.\_\_\_\_\_ pourrait mettre en oeuvre de nature à améliorer son état de santé et maintenir sa capacité de travail, voire à l'améliorer?*

La prise en charge semble adéquate et conforme à l'état de santé actuel. Pas d'autres propositions thérapeutiques, le traitement devant être essentiellement adapté de manière personnelle à Madame Z.\_\_\_\_\_ par ses divers médecins traitants et thérapeutes.

C'est en fait à l'expertisée elle-même de déterminer si ses traitements sont adéquats ou non. D'un point de vue médical strict et au vu des éléments connus, je ne mets pas en évidence de traitements inadéquats.

13. *L'expert peut-il décrire quels sont les soins quotidiens que Z.\_\_\_\_\_ doit mettre en oeuvre pour maintenir sa capacité de travail, voire l'améliorer?*

Non. Le traitement de l'hypermobilité articulaire bénigne, quelle soit ou non identique au syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile, doit être individualisé, basé sur les symptômes, les constatations cliniques et les réponses aux traitements entrepris. Le traitement est avant tout symptomatique.

14. *Ces soins sont-ils adéquats et adaptés à son état de santé?*

Probable, cf réponse question 13.

15. *L'expert peut-il décrire la manière dont évolue de manière générale et/ou statistique l'état de santé du malade atteint du syndrome d'Ehlers-Danlos ?*

Non. Que l'on considère ici que le syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne soit identique au syndrome d'Ehlers-Danlos type hypermobile ou non, un pronostic n'est pas possible faute d'études épidémiologiques ou d'études concernant le pronostic à long terme du syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne, ou du syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile.

16. *Dans le cas particulier de Z.\_\_\_\_\_, l'expert peut-il faire un pronostic de la manière dont son état de santé évoluera dans les prochaines années?*

Non. On relèvera que d'une manière générale, l'hypermobilité articulaire bénigne a tendance à diminuer avec l'âge, ce qui est le cas cliniquement chez Madame Z.\_\_\_\_\_ actuellement.

[...]

22. *L'expert a-t-il d'autres remarques à formuler ?*

Les facteurs limitant l'activité professionnelle mentionnés par l'expertisée sont la fatigue, les douleurs. Les deux plaintes sont subjectives, non mesurables, et propres à chaque individu, les douleurs étant en particulier d'étiologie multifactorielle. Ces éléments ne mettent cependant pas en doute l'authenticité des plaintes de

l'expertisée. Madame Z. \_\_\_\_\_ n'évoque pas que ce sont les subluxations et les luxations articulaires qui l'handicapent actuellement dans son activité, elle ne mentionne également pas d'épisode de luxation articulaire dans l'activité professionnelle actuelle, de manière spontanée.

Les épisodes de subluxation, voire d'éventuelles luxations articulaires n'ont pas empêché Madame Z. \_\_\_\_\_ de suivre une scolarité normale ni d'effectuer une formation universitaire en exerçant parallèlement une activité professionnelle pour subvenir financièrement à ses besoins à un taux de 80% selon l'expertisée elle-même. Madame Z. \_\_\_\_\_ a et entreprend actuellement tout ce qu'il est possible pour s'adapter à son état de santé ou à son syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne, la remarque étant également valable pour le syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile si l'on considère que celui-ci est identique ou non au syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne seul.

Ces exigences sont cependant requises par les assurances sociales, où sauf erreur de ma part, il est mentionné que l'assuré doit tout mettre en oeuvre pour recouvrer un état de santé ou s'adapter à ce dernier.

En fait, l'appréciation de la capacité de travail et la réponse aux questions ci-dessous ne diffèrent pas d'un point de vue rhumatologique seul selon que l'on considère que le syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne est identique ou non au syndrome d'Ehlers-Danlos. Pour ma part, d'un point de vue ostéo-articulaire/rhumatologique, on peut admettre que le syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne est voisin du syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile ou anciennement de type III, la différence se faisant sur la présence ou non d'une atteinte dermatologique, à savoir absence du critère majeur d'hyperélasticité cutanée, impossibilité de répondre quant à la qualité de texture de la peau, à savoir une peau "pulpeuse", et concernant ce point précis, à savoir l'atteinte cutanée, il y aurait formellement lieu de demander encore un avis dermatologique spécialisé, si possible auprès d'un confrère familier avec ce type de problématique cutanée.

D'une manière générale, on relèvera que l'hypermobilité articulaire est relativement courante dans la population, affectant approximativement 10 à 20% d'individus à des degrés divers. Elle peut être présente de manière isolée à quelques articulations ou à une articulation ou être généralisée à l'ensemble du corps. Elle est plus fréquente dans l'enfance et l'adolescence, chez les femmes, en Asie et en Afrique d'Ouest, que l'hypermobilité articulaire tend à diminuer avec l'âge, et a une héritabilité certaine. La plupart des individus avec une hypermobilité articulaire bénigne n'ont pas de problème particulier lié à cet état, et ne nécessitent pas de traitement.

Absence d'étude épidémiologique ou d'étude systématique quantifiant la fréquence et l'association de la fatigue, des douleurs du système locomoteur ou ostéo-articulaire, et de leur impact sur les activités professionnelles et de la vie quotidienne.

Certains auteurs ne faisant pas de différence entre les douleurs du syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne et le syndrome polyalgique idiopathique diffus, voire le syndrome somatoforme douloureux, estimant qu'il n'était pas possible de faire la différence entre ces différents syndromes ».

L'expert G.\_\_\_\_\_ a estimé que, d'un point de vue rhumatologique strict, la recourante présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit : pas d'activité physiquement lourde, pas d'activité où le risque de chute est plus élevé que la norme, pas d'activité nécessitant de marcher, courir, monter ou descendre les escaliers de manière répétitive et prépondérante sur l'horaire de travail, possibilité de demander des déplacements à pieds occasionnels au rythme personnel de l'expertisée, absence de port de charges supérieur à 10 kg, activité avec maintien en flexion antérieur du tronc, activité répétitive, pas d'activité avec rendement imposé, activité où elle puisse varier sa position le plus fréquemment possible et activité ne requérant pas des positions statiques debout, assise, voire accroupie de plus d'une heure d'affilée. L'expert a précisé que ces limitations fonctionnelles tenaient également compte du syndrome lombospondylogène avec troubles statiques, dégénératifs, avec discopathies possiblement L5-S1, hernie discale L5-S1 droite selon IRM du 13.05.2009, sans signes radiculaires irritatifs, déficitaires moteurs ou réflexes documentés). Il a précisé que dans la mesure où le cahier des charges de l'activité habituelle de la recourante respectait ces limitations fonctionnelles, il n'y avait pas de contre-indication à la poursuivre. Bien qu'une diminution de rendement ponctuelle soit possible, il n'y avait en tout cas pas de diminution de rendement de manière continue.

Les trois experts ont par ailleurs retenu conjointement ce qui suit :

**« Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail**

- Aucun

**Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail**

- Syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne (M35.7)
- Réaction dépressive au décours (F43.21)
- Possible syndrome de PEAFAs (periodic fever with aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis)
- Status après probable neuronite vestibulaire en septembre 2014
- Intolérance au lactose et intolérance au gluten non coeliaque
- Asthme allergique saisonnier

- Status après endométriose entre 1999 et 2002 avec multiples interventions
- Status après plastie du ligament latéral externe de la cheville gauche en 1981
- Status après appendicite avec péritonite et occlusion après appendicectomie en 1970
- Troubles dégénératifs du rachis avec hernie discale L5-S1
- Syndrome lombo-spondylogène

### **APPRECIATION DU CAS**

Madame Z.\_\_\_\_\_, née le [...], suisse, divorcée, sans enfant, titulaire d'une licence en sciences sociales et pédagogiques ([...]), travaille comme intervenante socio-thérapeutique à la Fondation N.\_\_\_\_\_ depuis le 15.04.2003.

Elle a été en incapacité de travail depuis le 07.12.2009 pour des lombalgies chroniques L5-S1 et hernie discale L5-S1, ayant repris le travail à 50% dès le 01.03.2010. En raison d'éléments nouveaux et sans lien avec les précédentes affections (voir plus bas), Madame Z.\_\_\_\_\_ a été en incapacité de travail à 100% du 04.09 au 11.09.2014, et reste depuis à une incapacité de 90% dès le 12.09.2014. La situation sera réévaluée mi-octobre.

Ce n'est que le 30.03.2011, que le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile, anciennement de type III, est posé.

Examinée le 07.06.2011 par le Dr C.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, dans le cadre du SMR, Madame Z.\_\_\_\_\_ présentait des douleurs lombaires, avec parfois des douleurs dorsales, et rarement des cervicalgies. Elle signale également des sciatalgies des deux côtés. Ainsi, le spécialiste a retenu comme diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail des rachialgies diffuses, avec surtout lombo-sciatalgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec anomalie transitionnelle lombo-sacrée et hernie discale L5-S1. Il est retenu que le syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. La capacité de travail a été estimée de 50% dans l'activité habituelle d'intervenante socio-thérapeutique, et de 100% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes travail essentiellement en position assise, nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. Sur cette base, l'Al a rendu un projet de décision d'absence de droit à des prestations. Par l'intermédiaire de son défenseur, Me Joël Crettaz, Madame Z.\_\_\_\_\_ a fait opposition à ce projet de décision du 16.03.2012, arguant que le syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile qu'elle présente est bel et bien handicapant.

L'Al ayant rendu sa décision d'absence de droit à des prestations Al le 07.11.2012, Me Crettaz a déposé recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois le 11.12.2012. Celle-ci mandate la présente experte.

Invitée à exprimer ses doléances, Madame Z.\_\_\_\_\_ signale en premier lieu une grande fatigue. Travaillant actuellement à 50%,

uniquement les après-midis, grâce à un arrangement avec son employeur compréhensif, elle explique qu'à l'issue de sa demi-journée, elle doit impérativement se reposer 2-3 heures, avant de pouvoir se faire à manger vers 20 heures et profiter de ce qu'il reste de la journée.

En second lieu, elle se plaint de douleurs musculaires et articulaires quotidiennes, évaluées à 50/100 sur l'EVA la journée, à 80 - 90/100 durant la soirée, ce qui, souvent, l'empêche de s'endormir. Elle dort d'ailleurs avec des orthèses aux poignets et au pouce gauche qui la soulagent bien. Les réveils nocturnes sont fréquents, et le sommeil donc perturbé.

Madame Z.\_\_\_\_\_ rapporte ensuite qu'elle a présenté depuis début 2014 des épisodes de fièvre récurrente, avec température montant jusqu'à 39-40° durant 4 à 5 jours, avec récurrence après une période d'environ 6 semaines. Au début de chaque épisode, elle note des adénopathies, des aphtes, puis des douleurs dans les membres.

Au mois de juin 2014, elle a présenté des nausées, puis des vertiges, raison pour laquelle elle a été hospitalisée du 4.09. au 11.09.2014 dans le service de médecine interne de l'Hôpital [...] où l'on aurait suspecté initialement une neuronite vestibulaire, mais finalement conclu à une maladie de Ménière. Lors d'une IRM cérébrale effectuée dans le cadre des investigations, 2 méningiomes ont été fortuitement mis en évidence et Madame Z.\_\_\_\_\_ va bientôt faire le point avec ses médecins sur l'attitude à suivre suite à cette découverte fortuite. Depuis le 12.09 donc, elle est en incapacité de travail de 90% n'assurant plus que le suivi d'un stagiaire sur sa place de travail Cette incapacité sera réévaluée mi-octobre. Spontanément, Madame Z.\_\_\_\_\_ explique qu'elle a présenté en automne 2009 un burn out, suivi d'une période de deuil en janvier 2010, suite au décès subit et inattendu de son compagnon, mais qu'elle a pu surmonter ; ces épreuves lui ont permis de constater qu'elle était capable de se battre, de donner un sens à ce qu'elle fait.

Finalement, elle dit avoir été démolie par la décision de l'AI, qui ne veut pas comprendre qu'elle ne peut pas travailler à plus que 50%.

Sur le plan de la médecine interne, l'examen clinique est peu contributif. Le status de médecine interne est dans les normes. Il n'y a notamment pas d'adénopathie. L'examen cardio-vasculaire met en évidence une tachycardie sinusale, certainement liée au contexte de l'expertise. Il existe un petit souffle systolique 1/6, fonctionnel, attribuable à la tachycardie.

Il est prévu que Madame Z.\_\_\_\_\_ subisse prochainement une échographie cardiaque afin de dépister d'éventuels signes évocateurs d'une amyloïdose, en raison d'un dosage augmenté de serum amyloidA (SAA) lors de sa consultation d'immunologie et allergie.

On se rappelle cependant que Madame Z.\_\_\_\_\_ a bénéficié le 13 juillet 2011 d'un bilan cardiaque incluant une échocardiographie trans-oesophagienne, auprès du Dr [...], cardiologue à [...], dans le cadre d'investigations en relation avec son diagnostic d'Ehlers-Danlos. Ce bilan s'était révélé parfaitement normal.

Madame Z.\_\_\_\_\_ a consulté à deux reprises le service d'immunologie et allergologie du P.\_\_\_\_\_ en raison de poussées de fièvre récurrentes. Dans le compte-rendu que nous nous sommes procurés, il a été retenu un probable diagnostic de syndrome de PFAFA (periodic

fever with aphtous stomatitis, pharyngitis and adenitis). Madame Z. \_\_\_\_\_ a été invitée à consulter en cas de crise pour une évaluation clinique et biologique immédiate. Etant donné la normalité des paramètres inflammatoires entre les crises, ce diagnostic ne saurait être incapacitant sur le long terme, et il y aura lieu d'admettre de courtes incapacités de travail en cas de poussée.

Dans le document médical de transmission du séjour du 04.09 au 10.09.2014 dans le service de médecine interne de [...] [établissements hospitaliers [...]] de l'expertisée pour vertiges, le Dr [...] retient le diagnostic de neuronite vestibulaire. Les symptômes ont disparu. Le diagnostic de syndrome ou maladie de Ménière, évoqué par Madame Z. \_\_\_\_\_ au cours de l'entretien, n'est pas mentionné. Ce dernier diagnostic nous semble très peu probable en l'absence d'acouphènes ou de perte de l'audition. De même, il n'y a pas de rapport d'IRM ou de CT, si bien que nous ne pouvons nous prononcer sur la découverte fortuite de deux méningiomes rapportée par l'expertisée, et la suite à y donner.

Sur le plan rhumatologique, nous renvoyons le lecteur au rapport de l'expert rhumatologue, le Dr G. \_\_\_\_\_. En conclusion, ce dernier retient chez Madame Z. \_\_\_\_\_ le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne. Il estime la capacité de travail à 100% avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité physiquement lourde, pas d'activité où le risque de chute est plus élevé que la norme, pas d'activité nécessitant de marcher, courir, monter ou descendre des escaliers de manière répétitive, port de charges supérieures à 10kg, activité avec maintien en flexion antérieure du tronc, activité répétitive, pas d'activité avec rendement imposé, activité où elle puisse varier sa position le plus fréquemment possible et activité ne requérant pas des positions statiques debout assise, voire accroupie de plus d'une heure d'affilée (à relever que lors de l'examen clinique, Madame Z. \_\_\_\_\_ mentionne que la position accroupie est sa meilleure position et dans laquelle elle peut également le mieux récupérer). Actuellement, les troubles dégénératifs du rachis et le syndrome lombo spondylogène sont paucisymptomatiques et n'ont plus de retentissement sur la capacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, nous relevons que Madame Z. \_\_\_\_\_ a présenté une réaction dépressive en 2009, dans un contexte de débordement professionnel, de difficultés conjugales, puis de deuil, ainsi que de douleurs articulaires importantes. Madame Z. \_\_\_\_\_ a été correctement prise en charge, tant par l'expertisée elle-même que par son entourage (traitement psychologique, antidépresseurs, aménagement au travail), permettant après 2 ans de traitement d'évoluer favorablement et de renoncer à la médication. Il n'y a actuellement aucune limitation de la capacité de travail pour motif psychiatrique.

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts retiennent que Madame Z. \_\_\_\_\_ présente une atteinte de sa santé physique (syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne) qui ne limite pas sa capacité de travail estimée à 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles détaillées ci-dessus. Son activité actuelle avec un poste qui a été évalué et amélioré est une activité adaptée.

Madame Z. \_\_\_\_\_ ne présente actuellement pas d'atteinte à sa santé psychique.

Les autres diagnostics relevés peuvent entraîner des incapacités ponctuelles de courte durée, mais pas sur le long terme. Les vertiges ayant disparu, les experts s'étonnent de la prolongation d'une incapacité de travail de 90% jusqu'à mi-novembre annoncée par Madame Z. \_\_\_\_\_, dont ils ne comprennent pas le motif.

### REPONSES AUX QUESTIONS :

• *Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé ?*

100%.

• *A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins?*

Le 07.12.2009.

• *Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors?*

Les incapacités de travail figurant au dossier sont les suivantes: 100% du 31.01.2005 au 13.03.2005, 50% du 14.03.2005 au 30.03.2005, 100% du 07.12.2009 au 28.02.2010, et 50% dès le 01.03.2010, qui s'est poursuivie, hormis quelques courts arrêts de travail, jusqu'au 03.09.2014. ITT 100% du 04.09. au 11.09.2014, puis à 90% selon Madame Z. \_\_\_\_\_, qui se poursuit au jour de l'expertise, probablement jusqu'à mi-novembre 2014, une réévaluation devant intervenir à mi-octobre.

• *Pronostic (de la capacité de travail) ?*

Il n'y a pas suffisamment d'études épidémiologiques sur le syndrome d'hypermobilité bénigne pour établir un pronostic de certitude. On relèvera que d'une manière générale, l'hypermobilité articulaire bénigne a tendance à diminuer avec l'âge.

La situation médicale reste en suspens en ce qui concerne la découverte fortuite de 2 méningiomes annoncée par l'expertisée.

Les autres diagnostics retenus ne devraient pas limiter durablement la capacité de travail.

• *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales*

O oui Ø non

• *Si non, pour quelles raisons?*

La prise en charge actuelle semble déjà adéquate.

[...]

• *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel?*

O oui Ø non (si non, pour quelles raisons)

La capacité de travail est entière dans l'activité exercée. Son poste a déjà été adapté.

[...]

• *Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté ?*

L'activité exercée par Madame Z. \_\_\_\_\_ est une activité adaptée. La capacité de travail est de 100%.

• *Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-elle exigible ?*

Il n'est pas possible de se déterminer rétroactivement.

[...] ».

Le juge instructeur a invité les parties à se déterminer sur l'expertise du 18 novembre 2014. Par courrier du 8 décembre 2014, l'OAI a confirmé ses conclusions, relevant que les conclusions de l'expertise rejoignaient celles qui avaient fondé la décision attaquée, à savoir que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, y compris son activité habituelle, et ne présentait de ce fait pas de préjudice économique. Par courrier du 11 décembre 2014, la recourante a quant à elle requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, arguant que celle réalisée par la M. \_\_\_\_\_ violait son droit d'être entendue et était de ce fait inutilisable, car elle avait été faite par des médecins non spécialistes de la maladie d'Ehlers-Danlos.

### **E n d r o i t :**

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

**b)** Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le

recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Singulièrement, la recourante critique l'évaluation de sa capacité de travail par l'intimé et requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, arguant que l'expertise judiciaire du 18 novembre 2014 viole son droit d'être entendue.

**3. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- 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 ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins.

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40% au moins, une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60% au moins, et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI)

**b)** 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPG et 28a al. 1 LAI). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré,

l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa).

**4.** Dans la décision litigieuse, l'OAI a retenu que la recourante avait présenté une incapacité totale de travail du 7 décembre 2009 - date du début du délai d'attente d'un an prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI - jusqu'au 28 février 2010. L'OAI a considéré qu'à compter du 1<sup>er</sup> mars 2010, elle avait une capacité de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que décrites par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans ses rapports des 5 juillet 2011 et 11 septembre 2012 et estimé que son activité auprès de la Fondation N. \_\_\_\_\_ était adaptée à son état de santé. Son poste de travail avait en effet été adapté par l'employeur en ce sens que l'assurée n'avait plus à effectuer de déménagements et porter des charges et pouvait alterner les positions à sa convenance.

La recourante quant à elle a contesté cette appréciation dans son acte de recours, estimant que sa capacité de travail est de 50% depuis le mois de mars 2010, en se référant aux rapports médicaux de la Dresse B. \_\_\_\_\_ et des Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_.

**a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements médicaux fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaines des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves

administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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. 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 125 V 351 consid. 3a ; ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Toutefois, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se

fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6) (voir également TF 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; TF 9C\_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3).

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

**5. a)** En l'occurrence, au vu des conclusions divergentes des médecins consultés par l'assurée, soit la Dresse B.\_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne générale) et les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ (tous deux rhumatologues) - tous les trois considérant que la recourante a une capacité de travail de 50% -, d'une part, et celles du Dr C.\_\_\_\_\_, d'autre part, et en l'absence d'éléments permettant de les départager clairement, le tribunal a ordonné une expertise afin de clarifier les faits. A cet effet, il a mandaté la M.\_\_\_\_\_ de [...], en particulier les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie.

**b)** La recourante requiert que le rapport d'expertise soit « retranché » du dossier, faisant valoir qu'il est inutilisable car il viole son droit d'être entendue, les experts n'étant pas des spécialistes de la maladie d'Ehlers-Danlos.

**aa)** L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 p. 370 et les références ; cf. TF 9C\_699/2009 consid. 2.2 du 24 février 2010). La jurisprudence a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.9 ; cf. TF 9C\_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 3.2).

**bb)** En l'occurrence, le tribunal a désigné la M. \_\_\_\_\_ de [...] pour la réalisation de l'expertise, après que les Hôpitaux universitaires [...] aient refusé le mandat. Par courrier du 29 avril 2014, le juge instructeur a communiqué aux parties les noms et domaines de spécialisation des experts et leur a fixé un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation. Par courrier du 8 mai 2014, la recourante n'a émis aucune objection à l'égard des experts. Par ailleurs, la recourante a pu soumettre un questionnaire aux experts et se prononcer sur le rapport d'expertise du 18 novembre 2014. Dans ces conditions, son droit d'être entendue a été respecté.

Pour le surplus, la question de la pertinence de l'appréciation faite par un médecin au regard de sa spécialisation relève plutôt de l'appréciation des preuves que de la garantie formelle du droit d'être entendu et est donc examinée ci-après (infra consid. 5c).

**c)** Dans le rapport du 18 novembre 2014, les experts de la M. \_\_\_\_\_ ont retenu que la recourante présente une capacité de travail

de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que l'activité qu'elle exerce auprès de la Fondation N. \_\_\_\_\_ est une activité adaptée, compte tenu des aménagements qui ont été faits (cf. expertise p. 36). Les experts ont établi un rapport d'expertise convainquant sur lequel il convient de se fonder. En effet, au plan rhumatologique en particulier, l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_ a été établie en pleine connaissance du dossier médical de la recourante, en particulier des rapports médicaux divergents de ses confrères, à savoir celui du 23 novembre 2012 de la Dresse B. \_\_\_\_\_ à Me Crettaz (notamment), les rapports des 19 avril et 23 novembre 2012 du Dr L. \_\_\_\_\_ ainsi que le rapport du 27 avril 2011 du Dr K. \_\_\_\_\_. L'expert rhumatologue a posé le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne au lieu de celui de syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile retenu par ces derniers. Cela étant, l'expert a clairement relativisé l'importance de la distinction, en précisant que la doctrine était divisée à cet égard (cf. rapport d'expertise p. 25 sous « appréciation » et p. 26) et que les symptômes des deux formes de maladie étaient voisins (expertise p. 27). L'expert a également expliqué que d'un point de vue rhumatologique, l'appréciation de la capacité de travail de la recourante était la même selon que l'on considère que le syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne était identique ou non au syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile (cf. expertise p. 31). Ne se limitant pas au seul critère du diagnostic, le Dr G. \_\_\_\_\_ s'est fondé sur l'intensité de l'atteinte qu'il a constatée chez la recourante pour fixer sa capacité résiduelle de travail. Dans son appréciation, l'expert a d'ailleurs tenu compte des symptômes qui ont conduit les médecins consultés par la recourante à retenir une diminution de sa capacité de travail à savoir les douleurs pluri-articulaires, la fatigue et le temps quotidien consacré à des soins (voir en particulier le rapport médical de la Dresse B. \_\_\_\_\_ du 23 novembre 2012). Sans remettre en question l'authenticité des plaintes de la recourante à cet égard (voir rapport d'expertise p. 31, où l'expert dit ceci : « Les facteurs limitant l'activité professionnelle mentionnés par l'expertisée sont la fatigue, les douleurs. Les deux plaintes sont subjectives, non mesurables, et propres à chaque individu, les douleurs étant en particulier d'étiologie multifactorielle. Ces éléments ne mettent cependant pas en doute l'authenticité des plaintes de l'expertisée »), ni le

fait qu'elle entreprend tout ce qu'il est possible pour s'adapter à son état de santé (voir rapport d'expertise pp. 29 et 31), l'expert retient néanmoins qu'elle dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, celle exercée auprès de la Fondation N.\_\_\_\_\_ étant une activité adaptée, compte tenu des aménagements qui ont été faits (cf. expertise p. 36). L'expertise corrobore ainsi l'appréciation de la capacité de travail qui a été faite par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son rapport complémentaire du 11 septembre 2012, lequel a estimé que le syndrome présenté par la recourante était peu incapacitant en l'état actuel.

On relèvera encore qu'au plan de la médecine interne, les conclusions de la Dresse F.\_\_\_\_\_ et du Dr Q.\_\_\_\_\_ sont également claires et dûment motivées et ne contredisent au demeurant pas les autres rapports médicaux du dossier. Ces médecins retiennent en effet que les autres diagnostics que celui de syndrome d'Ehlers-Danlos peuvent entraîner des incapacités de travail ponctuelles de courtes durée, mais pas sur le long terme. Ainsi, ils expliquent notamment que les troubles dégénératifs du rachis et le syndrome lombospondylogène sont actuellement paucisymptomatiques et n'ont plus d'effet sur la capacité de travail de la recourante. De même le probable syndrome de PFAPA (periodic fever with aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis) ne saurait être invalidant sur le long terme et il y aurait lieu d'admettre de courtes incapacités de travail en cas de poussées.

Au plan psychiatrique, les conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_ rejoignent celles de la Dresse D.\_\_\_\_\_ (expertise du 10 janvier 2012) en ce sens que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail pour motif psychiatrique. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a en effet retenu, de manière motivée et claire, que la recourante avait présenté, en 2009, une réaction dépressive dans le contexte de douleurs articulaires importantes, de difficultés conjugales et de débordement professionnel. Cette réaction dépressive a été prise en charge de manière adéquate (traitement psychologique, antidépresseur, aménagement au travail) et a ainsi pu évoluer favorablement, de sorte qu'après deux ans de traitement, la recourante a pu renoncer aux antidépresseurs.

On ne saurait enfin suivre la recourante lorsqu'elle estime que le rapport d'expertise est « inutilisable », car les experts, en particulier le Dr G.\_\_\_\_\_, ne sont pas des spécialistes de la maladie d'Ehlers-Danlos. En effet, d'une part, ce médecin est spécialisé en rhumatologie et était de ce fait à même d'apprécier les symptômes et les plaintes de la recourante relevant de ce registre, ce qu'il a fait, comme on l'a constaté plus haut. Par ailleurs, si cet expert avait eu un doute sur son aptitude à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, on doit admettre qu'il aurait été suffisamment consciencieux pour proposer de s'adjoindre un confrère spécialisé de la maladie en question. On relèvera que les experts n'ont pas fait appel à un spécialiste en génétique, comme cela leur avait été proposé, le Dr G.\_\_\_\_\_ précisant qu'il n'y avait pas de marqueur génétique pour le syndrome d'Ehlers-Danlos, ni pour l'hypermobilité articulaire bénigne.

**d)** Les experts ne se sont pas déterminés clairement sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante avant leur expertise. Toutefois, au plan rhumatologique, le Dr C.\_\_\_\_\_ avait constaté dans son rapport du 5 juillet 2011 et son rapport complémentaire du 11 septembre 2012 que la recourante avait présenté au plan physique (compte tenu des rachialgies et du syndrome d'hypermobilité articulaire généralisé) une capacité de travail entière dans une activité adaptée, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010. De plus rien au dossier n'indique que les symptômes physiques de la recourante auraient notablement évolué entre la fin de l'année 2010 et l'expertise. Par ailleurs, au plan psychiatrique, il ressort de l'expertise de la Dresse D.\_\_\_\_\_, dont les conclusions sont corroborées par celles de l'expert judiciaire S.\_\_\_\_\_, que si la recourante avait présenté une incapacité de travail temporaire lors de l'arrêt de travail de décembre 2009, dans un contexte de burn-out notamment, son état de santé s'était rapidement amélioré (les symptômes dépressifs ayant bien répondu à la médication antidépressive et au suivi régulier par une psychologue) de sorte que l'assurée n'avait plus présenté d'incapacité de travail depuis le 24 avril 2010, date à laquelle la Dresse B.\_\_\_\_\_ avait attesté un status post dépression moyenne asymptomatique. Dès lors, on

doit retenir pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante que moins d'une année après le début de l'incapacité de travail de décembre 2009, la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Elle n'a ainsi pas le droit à une rente d'invalidité, les conditions de l'art. 28 LAI n'étant pas réunies.

**e)** Vu ce qui précède, il apparaît que les faits déterminants pour l'issue du litige ont pu être établis à satisfaction de droit, sur la base de rapports médicaux convainquants, en particulier sur la base d'une expertise judiciaire probante dont il y lieu de suivre les conclusions. Il n'y a dès lors pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise comme le requiert la recourante.

**6. a)** Il découle de ce qui précède que le recours, mal fondé, est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

**b)** Les frais judiciaires, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** La recourante n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

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

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz (pour Z. \_\_\_\_\_),
- 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 :