

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 août 2019

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Dormond Béguelin et M. Bonard, assesseurs  
Greffière : Mme Kuburas

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Karim Armand Hichri,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), travaillant auprès du R.\_\_\_\_\_ (ci-après : R.\_\_\_\_\_) en qualité d'aide-soignante depuis le 1<sup>er</sup> février 1998 au taux contractuel de 80 %, a déposé le 11 mars 2014 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 faisait état d'une atteinte rhumatismale existant depuis l'année 2000. Elle a joint à sa demande un rapport du 12 octobre 2010 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie au R.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée correspondant vraisemblablement au syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile, anciennement type III.

Dans un rapport du 21 mars 2014 adressé à l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de maladie d'Ehlers-Danlos de type hypermobile existant depuis l'année 2000. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 12 décembre 2013 et a précisé que l'assurée pourrait retrouver une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, mais avec des limitations fonctionnelles (port de charge inférieur à 10 kg, pas de station debout prolongée de plus de quatre heures, travail de deux jours suivi de deux jours de congé).

Par avis du 13 mai 2014, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu ce qui suit :

« Assurée de 53 ans, célibataire, d'origine française, en Suisse depuis 1988, un enfant adulte, certificat Croix-Rouge d'aide-soignante et études en soins infirmiers à 80 % par choix personnel au R.\_\_\_\_\_, aide-soignante au R.\_\_\_\_\_ comme activité habituelle.

Présente un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisé diagnostiqué en 2010 et pour conséquence fait de fréquentes entorses qui occasionnent des incapacités de travail de courte durée. Pour les autres atteintes, nous notons selon les RM [rapports médicaux] des troubles statiques et dégénératifs rachidiens cervico-

lombaires et des dysbalances musculaires avec déconditionnement physique global et focal. Ces deux dernières atteintes ne peuvent être considérées comme invalidantes sur le plan asséculoologique.

Selon le rapport de son employeur et le service de médecine du travail du R.\_\_\_\_\_, notre assurée bénéficie depuis plusieurs années d'aménagements de son poste de travail lui permettant de ne pas faire des horaires de nuit, pas plus de deux jours de travail consécutifs suivis de 2 jours de congé et bien entendu pas de port de charges lourdes.

Actuellement notre assurée est en poste, ce dernier semble avoir été adapté à la situation, elle n'a pas présenté d'incapacité de travail de longue durée et actuellement elle n'est pas en incapacité de travail.

Dans ces conditions l'éventuelle problématique de notre assurée n'est pas du ressort de notre assurance. Il n'y a pas eu d'incapacité de travail de longue durée et actuellement notre assurée n'est pas en incapacité de travail. Dans ces conditions la capacité de travail est pleine dans son activité adaptée. »

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'OAI, l'assurée a participé à une mesure d'orientation professionnelle du 12 juin 2014 au 17 juillet 2014.

Le 18 juillet 2014, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 13 mai 2014 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, dans lequel ce médecin a posé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile de type III. Dans le cadre de cette pathologie, il a préconisé le maintien d'une activité physique.

En parallèle, l'assurée a repris son activité habituelle à un taux de 20 % dès le 12 juin 2014 avec une augmentation progressive jusqu'à son taux de travail contractuel, à savoir 80 % dès le mois de novembre 2015.

Dans un avis SMR du 7 avril 2015, le Dr S.\_\_\_\_\_ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) afin de déterminer la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses troubles ostéoarticulaires somatiques, ainsi que ses limitations fonctionnelles. Cette expertise a été confiée à la Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Z.\_\_\_\_\_), plus particulièrement aux Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie,

P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et  
N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport du 29 juin 2015 adressé au Dr X.\_\_\_\_\_, la  
Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie au R.\_\_\_\_\_, a posé les  
diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos plutôt hypermobile et de  
spondylarthrite avec atteintes axiale et périphérique.

Dans le rapport d'expertise du 26 avril 2016 adressé à l'OAI,  
les Drs B.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ de la Z.\_\_\_\_\_ ont notamment  
observé ce qui suit :

« (...)

#### **DIAGNOSTICS**

**travail :** **Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de**

- ***Nihil [néant]***

**Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :**

- ***Tendinopathie chronique d'Achille bilatérale (M 76.6)***
- ***Gonalgies mécaniques gauches après méniscectomie interne en 1977 (M 23.8)***
- ***Syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne (M 35.7)***
- ***Côlon irritable (K 58.9)***
- ***Rhinoconjonctivite allergique saisonnière (J 30.4)***
- ***Hypovitaminose D substituée (E 55.9)***
- ***Notion d'hypertension artérielle (I 10)***
- ***Status après fracture de clavicule et appendicectomie***

#### **Appréciation**

(...)

Selon l'expert rhumatologue, les diagnostics d'Ehlers-Danlos et spondylo-arthrite reposent donc sur des critères fragiles. Madame C.\_\_\_\_\_ ne possède aucune des caractéristiques permettant une des deux entrées dans la classification des spondylo-arthrites selon les critères actuels (HLA-B27 négatif, pas d'œdème sacro-iliaque suggérant une sacro-illite).

Les documents d'imagerie ne démontrent en effet aucun signe inflammatoire pelvi-spondylien ni des sacro-iliaques évoquant une spondylo-arthropathie.

On relève à l'anamnèse et en parcourant les documents du dossier que les circonstances des interruptions de travail sont survenues dans un climat relativement lourd sur son lieu de travail, l'assurée était entrée en conflit avec ses supérieurs hiérarchiques et avec la direction administrative du R.\_\_\_\_\_, qui selon elle n'avait pas entendu ses doléances de pouvoir être affectée à un service de soins moins lourd. L'expertise psychiatrique nous met face à une assurée compliant à l'entretien, au discours cohérent et informatif, sans trouble de l'orientation, de l'attention ni de mémoire. Elle ne

démontre pas de trouble du dynamisme ou de la psychomotricité. Il n'y a pas de trouble affectif, notamment d'infléchissement thymique, de sentiment de culpabilité, de ruine, d'ambivalence ni de discordance affective. La capacité hédonique est performante. L'assurée parvient à se projeter dans l'avenir. Elle dispose de bonnes ressources intellectuelles, personnelles, sociales et affectives. L'expert ne retient pas de trouble somatoforme en l'absence de comorbidités avec effondrement dépressif caractérisé ou une cristallisation psychique.

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts s'accordent à retenir l'absence de diagnostic incapacitant au plan somatique ou psychique. Les diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos et de spondylo-arthrite ne sont pas retenus par l'expert rhumatologue. On retient un syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne et de diverses tendinites sans répercussion sur la capacité de travail.

L'assurée a présenté une incapacité de travail transitoire secondaire à des rachialgies et aux tendinites en décembre 2013 avec une reprise de son activité à 20 % dès août 2014 et au taux contractuel de 80 % dès novembre 2015. On peut donc admettre une incapacité de travail complète mais transitoire de décembre 2013 à août 2014.

Aucune incapacité de travail ni diminution de rendement n'est retenue à la date de la présente expertise, l'assurée œuvrant à son taux de 80 % dans son activité habituelle depuis le mois de novembre 2015.

Pour cette raison des mesures de reconversion n'entrent pas en considération en l'absence de limitation particulière.

Cette assurée a démontré disposer d'excellentes ressources qui devraient lui permettre de poursuivre son activité à son taux habituel. Cette appréciation peut donc être considérée comme définitive.

On relève toutefois certains facteurs de mauvais pronostic comme le litige avec l'employeur, l'assurée ne se sentant pas reconnue dans les difficultés qu'elle a eues de mener à bien son activité habituelle.

Aucune mesure thérapeutique n'est susceptible d'améliorer le pronostic dans cette situation. »

Dans un avis SMR du 24 mai 2016, le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle de l'assurée que dans une activité adaptée. Il n'a en revanche observé aucune limitation fonctionnelle.

Par projet de décision du 11 juillet 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser l'octroi de prestations, dès lors qu'à l'issue du délai de carence d'une année, elle ne présentait pas d'invalidité.

Contestant ce projet de décision, l'assurée a fait valoir qu'elle présentait des douleurs invalidantes depuis l'année 1999.

Par complément du 20 octobre 2016, l'assurée, désormais représentée par Me Karim Armand Hichri, avocat à Lausanne au sein d'Inclusion Handicap, a encore contesté la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, estimant inconcevable que les médecins de la Z.\_\_\_\_\_ n'aient pas retenu les diagnostics de spondylarthrite et de syndrome d'Ehlers-Danlos, contrairement au Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste de la maladie d'Ehlers-Danlos. Considérant ainsi l'instruction du dossier insatisfaisante, elle a requis un complément d'instruction sur le plan médical.

Dans un rapport du 14 novembre 2016 adressé au conseil de l'assuré et transmis ensuite à l'OAI, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assurée présentait deux pathologies rhumatologiques et qu'une évaluation des capacités fonctionnelles de l'assurée s'imposait. S'agissant du diagnostic de spondylarthrite, ce médecin a considéré que ce diagnostic pouvait être retenu sur la base des symptômes suivants : douleurs inflammatoires axiales et périphériques, synovite du genou gauche, IRM [imagerie par résonance magnétique] des sacro-iliaques positive à deux reprises et amélioration des douleurs par Vimovo [médicament visant à traiter les signes et les symptômes de l'arthrose, de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylite ankylosante].

Par décision du 18 janvier 2017, l'OAI a confirmé son projet du 11 juillet 2016.

**B.** Par acte du 22 février 2017, C.\_\_\_\_\_, par l'entremise de son conseil, interjette recours contre la décision rendue le 18 janvier 2017 par l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. A l'appui de son pourvoi, la recourante conteste les conclusions des médecins de la Z.\_\_\_\_\_. Elle estime que ceux-ci n'ont pas déterminé avec précision sa capacité de travail, en écartant par ailleurs le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos. Elle relève que ces médecins se sont limités à constater la reprise de son activité habituelle pour lui nier toute incapacité de

travail, alors que cette reprise de travail était due exclusivement pour des raisons d'ordre financier.

Par réponse du 20 avril 2017, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse. L'intimé considère, en revanche, que les médecins de la Z.\_\_\_\_\_ ne se sont pas concentrés uniquement sur la reprise de l'activité habituelle de la recourante pour lui nier toute incapacité de travail. L'intimé relève que les médecins de la Z.\_\_\_\_\_ n'ont fait état d'aucune limitation fonctionnelle spécifique qui entraverait la recourante dans l'exercice d'une activité lucrative et que les interruptions de travail de la recourante se sont produites dans un contexte de conflit avec ses supérieurs hiérarchiques et la direction d'administration du R.\_\_\_\_\_.

Par réplique du 11 mai 2017, la recourante maintient qu'elle n'est plus en mesure de travailler et requiert une expertise judiciaire afin d'écartier tout doute quant à sa capacité de travail. Elle joint deux rapports des 13 et 21 février 2017, respectivement des Drs Q.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, médecin au R.\_\_\_\_\_, affirmant de manière catégorique leur désaccord avec les conclusions des médecins de la Z.\_\_\_\_\_.

Par écriture du 2 octobre 2017, la recourante a réitéré sa requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire ou de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Elle joint un rapport du 21 septembre 2017 du Dr T.\_\_\_\_\_, préconisant une expertise afin de déterminer plus précisément la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante, ainsi qu'un rapport d'évaluation de ses capacités fonctionnelles du 25 août 2017 réalisé par L.\_\_\_\_\_, ergothérapeute à l'hôpital orthopédique du R.\_\_\_\_\_.

Par duplique du 23 octobre 2017, l'intimé - se fondant sur un nouvel avis SMR du 17 octobre 2017 - préconise un examen rhumatologique dans le but de clarifier les diagnostics et les limitations fonctionnelles de la recourante. L'intimé joint à son écriture l'avis SMR du 17 octobre 2017, aux termes duquel le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en

médecine interne générale, relève des divergences importantes entre les avis des experts et des médecins consultés par la recourante justifiant, à son sens, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

Par écriture du 27 octobre 2017, la recourante confirme ses conclusions prises au pied de son mémoire de recours, à savoir l'admission du recours, l'annulation de la décision litigieuse et le renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Cela étant, elle a laissé la question ouverte s'agissant de l'opportunité de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par écriture du 4 décembre 2017, l'intimé renvoie à ses remarques complémentaires du 23 octobre 2017.

**C.** Par courrier du 19 décembre 2017, la juge instructrice a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique. Le mandat a été confié au Prof. V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, qui a examiné la recourante le 4 juillet 2018. Après examen clinique, l'expert a rendu son rapport d'expertise le 8 août suivant, dont il ressort notamment ce qui suit :

« (...)

**4. Diagnostics retenus :**

**Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité de travail :**

- Syndrome lombovertébral avec :
  - o Remaniements dégénératifs facettaires L4-L5-S1 et des plateaux vertébraux antérieurs L2-L3-L4 de la colonne lombaire (IRM mai 2015)
  - o Remaniements dégénératifs sacro-iliaques en zone portante compatibles avec une surcharge mécanique
- Syndrome du spectre de l'hypermobilité ne remplissant pas les critères EDS [syndrome d'Ehlers-Danlos] 2017, avec :
  - o Signes de Beighton 9/9
  - o Présence de manifestations systémiques : 2/12, soit une peau hyperextensible et palais haut et étroit
  - o Histoire familiale négative sous réserve de la faible documentation de cette dernière
  - o Douleurs musculo-squelettiques diffuses depuis plus de 3 mois et entorses à répétition des chevilles et entorse du genou gauche sur mécanisme traumatique inadéquat

- o Absence d'un autre diagnostic pouvant possiblement expliquer les symptômes
  - o Fatigue et troubles du sommeil
  - o Symptômes d'ordre dysautonomique (frilosité, intolérance à la chaleur, fièvres inexpliquées, tachycardies et hypotension)
  - o Syndrome de l'intestin irritable
  - o Troubles visuels (myopie, astigmatisme, fatigue visuelle, sécheresse conjonctivale)
  - o Manifestations respiratoires (blocages respiratoires et notions d'affections des voies aériennes supérieures à répétition, antécédents de dysphonie)
- Tendinopathie achilléenne bilatérale (IRM juillet 2012)
  - Tendinopathie péritrochantérienne gauche (IRM mai 2015)
  - Gonalgies mécaniques gauches après méniscectomie interne en 1977

### **Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :**

- Rhino-conjonctivite allergique saisonnière présente depuis longue date
- Cure d'éventration sur cicatrice d'appendicectomie
- Accident de la voie publique avec entorse de l'articulation acromio-claviculaire ostéosynthésée et whiplash syndrome en 1983 sur la base des dires de la patiente
- Exérèse d'un kyste du pouce gauche en 2012

### **5. Appréciation du cas et pronostic**

(...)

**En conclusion**, nous estimons que Madame C.\_\_\_\_\_ a atteint un statu quo sur le plan fonctionnel. Elle effectue un métier exigeant (sic), pour lesquelles ses capacités sont insuffisantes dans les conditions de travail actuelles. Une adaptation de son poste de travail nous paraît donc nécessaire.

### **B. Influences sur la capacité de travail**

#### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

##### **Au plan physique :**

Selon l'ECF [évaluation des capacités fonctionnelles] du 25.08.2017, la patiente présente une incapacité relative pour effectuer les tâches suivantes : les manutentions du patient, l'aide au transfert, les soins d'hygiène, la réalisation de massages et bandages des extrémités, la toilette à effectuer au lit ou au lavabo, la distribution et récupération des plateaux, pousser des lits, la réfection des lits, la manutention du matériel, et chercher et ouvrir les colis (C.F. point 2 ci-dessous).  
(...)

#### **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

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

En raison du manque de force et d'endurance objectivé lors de l'ECF d'un nombre de tâches important que Madame C.\_\_\_\_\_ doit effectuer quotidiennement lors de son travail, elle présente un manque d'endurance et des douleurs ostéo-articulaires. En

raison de son hypermobilité et des troubles proprioceptifs inhérents à cette condition, elle ne peut pas contrôler ses articulations de manière optimale lors des ports de charge et autres travaux de force qu'elle exécute dans le cadre de ses fonctions. Ses articulations se retrouvent donc régulièrement en contrainte mécanique d'hyperflexion ou d'hyperextension. Elle développe donc régulièrement des tendinopathies et ténosynovites focales, ainsi que des douleurs de surcharge de l'appareil locomoteur.

Elle essaie de prévenir la survenue des épisodes douloureux et de surcharge par le port d'orthèses multiples, mais cela ne s'avère pas suffisant.

## **2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

Outre une capacité partielle à effectuer les tâches mentionnées au point 2.1, la patiente possède une pleine capacité pour distribuer les bouteilles d'eau, nettoyer et entretenir le mobilier et le matériel de soin du patient, et rédiger les activités réalisées pour le patient.

## **2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)**

A condition d'une adaptation conséquente de son poste de travail concernant les points mentionnés au chapitre 2.1, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible et ce à temps complet (8h/jour).

## **2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelles mesures ?**

Au vu des éléments mentionnés ci-dessus, nous estimons que le rendement de Mme C. \_\_\_\_\_ est de 80 %, à condition que son activité peut être adaptée.

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

D'après les éléments en notre possession, les limitations persistent depuis au moins 2012.

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

En vue de la fluctuation des symptômes dans le temps qui est expliqué par l'évolution en poussée, les diverses affections du système locomoteur présentées par Madame C. \_\_\_\_\_, le degré de capacité de travail s'est avéré fluctuant dans le temps, notamment à cause des tendinopathies et ténosynovites récidivantes.

A noter un arrêt de travail complet et prolongé depuis décembre 2013 et une reprise progressive d'un 20 % en juin 2014, 40 % en novembre 2014, 50 % en mai 2015, et un taux fluctuant entre 50 et 80 % depuis.

(...)

## **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

### **1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :**

- La possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- L'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- La mobilisation des ressources existantes, si non pour quelles raisons ?

A notre sens, la capacité de travail ne peut être améliorée par d'autres mesures de réadaptation professionnelle.

En effet, l'assurée maintient déjà sa condition de manière adéquate par le sport. Elle utilise des orthèses sur son lieu de travail quand nécessaire. La médication est gérée de manière adéquate également.

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

#### **1.1 Si oui, par quelles mesures ? (Par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)**

#### **1.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?**

Des mesures médicales ou des moyens auxiliaires autres, n'auraient pas d'effet sur la capacité de travail par rapport à ce qui a été instauré jusqu'à présent. Par contre, une adaptation du poste de travail permettrait de Madame C. \_\_\_\_\_ d'améliorer ses capacités selon les points 2.3 et 2.4 du chapitre B.

En fonction de l'ECF réalisé, nous proposons les adaptations suivantes :

- Soulever des charges maximales à 7.5 kg jusqu'à la taille, puis 5 kg au-dessus de la taille
- Transport de charges maximales : 10 kg
- Brèves pauses toutes les minutes lors des activités avec les bras au-dessus de la tête ; toutes les 3 minutes dans des activités avec le tronc penché en avant ; et toutes les 2 minutes, dans les activités à effectuer à hauteur du sol
- Assistance par un tiers, lorsqu'il faut pousser ou tracter une lourde charge comme lit avec patient ou lorsqu'il faut assister un patient lors d'un transfert.

(...)

### **Questions subsidiaires**

(...)

#### **5. Est-ce que l'affirmation de l'assurée qui mentionne qu'elle ne peut travailler comme aide-soignante à un taux supérieur à 80 % pour raison médicale est admissible ?**

Dans un poste non adapté, ou seulement partiellement adapté à sa condition de santé, cela est admissible.

#### **Quelle est la capacité de travail comme aide-soignante ?**

Dans un poste adapté, la capacité de travail est de 100 %, mais avec un rendement diminué à 80 %.

#### **6. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?**

100 % ».

Prenant position sur cette expertise le 10 septembre 2018, la recourante estime avoir droit à une rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 30 novembre 2018 et à une mesure d'ordre professionnel par la suite. En effet, elle constate que l'expert a admis une certaine incapacité de travail dans son poste de travail actuel avec diverses limitations fonctionnelles, contrairement à l'intimé.

Prenant également position sur cette expertise le 1<sup>er</sup> octobre 2018, l'intimé propose le rejet du recours, dans la mesure il considère que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il joint à sa prise de position un avis SMR du 4 septembre 2018, dans lequel le Dr W. \_\_\_\_\_ a notamment retenu ce qui suit :

« (...)

Appréciation :

Du point de vue des règles qui régissent les appréciations de l'AI, les limitations retenues dans cette dernière expertise ne sont plus compatibles avec l'activité d'aide-soignante. Cette conclusion doit être vérifiée par les spécialistes en réadaptation.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 %, grevée d'une diminution de rendement de 0 à 20 % en fonction de l'activité physique requise.

Compte tenu des diagnostics retenus et du fait que ces atteintes sont au mieux stabilisées, mais qu'à l'avenir elles risquent de se manifester davantage, j'estime qu'une diminution de rendement de maximum 20 % dans une activité adaptée est admissible ».

Le 9 octobre 2018, la recourante s'est référée à ses déterminations du 10 septembre 2018.

Par écriture du 22 octobre 2018, l'intimé considère que des mesures d'ordre professionnel ne se justifient pas et propose derechef le rejet du recours.

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

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Singulièrement, il s'agit d'examiner le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

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

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**d)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**4.** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées

par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**6.** En l'espèce, la recourante a déposé une demande des prestations auprès de l'OAI le 11 mars 2014, faisant état d'une atteinte rhumatismale invalidante.

L'intimé a fondé son refus de prestations sur le fait que les investigations médicales, menées notamment sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire confiée à la Z.\_\_\_\_\_, n'avaient pas permis d'objectiver une incapacité de travail, tant dans l'activité habituelle de la recourante que dans une activité adaptée.

**a)** Sur le plan psychique, tous les médecins intervenus dans le dossier ont convergé vers le constat que la recourante ne présente aucune pathologie incapacitante. La recourante ne le conteste du reste pas.

**b)** Sur le plan somatique, se considérant insuffisamment renseignée sur l'état de santé de l'assurée et les effets de celui-ci sur sa capacité de travail, la juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique, qu'elle a confiée au Prof. V.\_\_\_\_\_.

Dans le cadre de cette expertise, l'assurée s'est soumise à un examen clinique le 4 juillet 2018. A l'issue de l'investigation, l'expert a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral, de syndrome du spectre de l'hypermobilité, de tendinopathie achilléenne bilatérale, de tendinopathie péritrochantérienne gauche et de gonalgies mécaniques gauches après méniscectomie interne. Au titre des limitations fonctionnelles, l'expert a estimé que

l'intéressée ne pouvait pas soulever des charges maximales à 7.5 kg jusqu'à la taille, puis 5 kg au-dessus de la taille et des charges maximales de 10 kg, qu'elle devait effectuer des brèves pauses toutes les minutes lors des activités avec les bras au-dessus de la tête, toutes les trois minutes dans des activités avec le tronc penché en avant et toutes les deux minutes dans les activités à effectuer à hauteur du sol, ainsi que la nécessité d'être assistée par un tiers, lorsqu'il faut pousser ou tracter une lourde charge comme un lit avec patient ou lorsqu'il faut assister un patient lors d'un transfert. Plus spécifiquement, l'expert a constaté que la recourante présentait une incapacité - dans le cadre de son activité habituelle - à effectuer les manutentions du patient, l'aide au transfert, les soins d'hygiène, la réalisation de massages et bandages des extrémités, la toilette à effectuer au lit ou au lavabo, la distribution et récupération des plateaux, pousser des lits, la réfection des lits, la manutention du matériel, et chercher et ouvrir les colis (cf. rapport d'expertise du 8 août 2018 p. 15 -17).

L'expert s'est ainsi écarté des diagnostics posés par les différents médecins traitants de la recourante et les experts de la Z.\_\_\_\_\_. On relève du reste que ni la recourante, ni l'intimé, ne contestent les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus par l'expert.

**aa)** S'agissant du syndrome d'Ehlers-Danlos, tel que mis en exergue respectivement par les Drs X.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, le Prof. V.\_\_\_\_\_ a relevé que les critères de diagnostics 2017 n'étaient pas remplis pour retenir un tel syndrome, justifiant ainsi de poser plutôt le diagnostic de syndrome du spectre de l'hypermobilité en se fondant également sur les résultats de l'évaluation fonctionnelle faite le 25 août 2017 par M. L.\_\_\_\_\_. Les Drs F.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ et les experts de la Z.\_\_\_\_\_ ont retenu, pour leur part, que la recourante présentait un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée. Force est de constater que tous ces diagnostics divergent entre eux, mais il sied de relever qu'ils se rapportent tous à une hyperlaxité des articulations.

Cela étant, aucun médecin n'a retenu d'incapacité de travail de longue durée, hormis une incapacité de travail transitoire à partir du 12 décembre 2013 avec une augmentation progressive du taux jusqu'au taux contractuel de la recourante. De plus, ces divergences de diagnostics sont en réalité sans incidence, dans la mesure où ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant, mais l'impact de l'atteinte sur la capacité de travail.

**bb)** L'expert a également réfuté le diagnostic de spondylarthrite posé par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, retenant un syndrome lombo-vertébral. Après avoir procédé à une ré-analyse des imageries figurant au dossier, l'expert considère que les IRM sont compatibles avec des remaniements dégénératifs lombaires et des articulations sacro-iliaques d'ordre mécanique. De plus, l'absence de syndrome inflammatoire et le HLA-B27 négatif sont des éléments pour écarter le diagnostic de spondylarthrite.

Ni la recourante, ni l'intimé n'ont émis une quelconque contestation à l'égard de ce diagnostic et aucun élément au dossier ne permet de le remettre en cause.

**cc)** Concernant la capacité de travail, l'expert a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20 %. S'agissant de l'activité habituelle d'aide-soignante de la recourante, l'expert a expliqué que la capacité de travail de la recourante restait entière pour autant que le poste de travail subisse une adaptation conséquente vis-à-vis de toutes les limitations fonctionnelles indiquées avec une baisse de rendement de 20 %. Il a ainsi admis une capacité de travail dans son activité habituelle, mais il a néanmoins émis une certaine réserve. Il a d'ailleurs indiqué que la recourante effectuait un métier exigeant, pour lesquelles ses capacités étaient insuffisantes dans les conditions de travail actuelles (cf. rapport d'expertise du 8 août 2018 p. 14).

Toutefois, on doit admettre qu'avec de telles limitations fonctionnelles (incapacité d'effectuer les manutentions du patient, l'aide

au transfert, les soins d'hygiène, la réalisation de massages et bandages des extrémités, la toilette au lit ou au lavabo, la distribution et récupération des plateaux, pousser des lits, la réfection des lits, la manutention du matériel, et chercher et ouvrir les colis, ports de charges, alterner position), on ne peut considérer que l'activité habituelle actuelle d'aide-soignante de la recourante est adaptée contrairement à ce que retient l'intimé (cf. prise de position du 1<sup>er</sup> octobre 2018). D'ailleurs, l'expert a souligné que la recourante essayait de prévenir la survenance des épisodes douloureux et de surcharge par le port d'orthèses multiples, mais que cela ne s'avérait pas suffisant (cf. rapport d'expertise du 8 août 2018 p.15).

Dans son avis SMR du 4 septembre 2018, le Dr W.\_\_\_\_\_ a observé que les limitations fonctionnelles retenues n'étaient pas compatibles avec l'activité d'aide-soignante, préconisant un avis de la part des spécialistes en réadaptation. Dans une activité adaptée la capacité de travail était de 100 % grevée d'une diminution de maximum 20 %.

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). 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 citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

Il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à mettre sérieusement en doute les conclusions de l'expert, ce dont les parties conviennent. En particulier, les médecins traitants n'ont pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du Prof. V.\_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise peut donc se voir reconnaître pleine valeur probante.

**dd)** Il apparaît ainsi, en définitive, qu'on ne peut considérer que la recourante peut encore exercer son activité habituelle compte tenu de l'importance des limitations fonctionnelles déterminées par l'expert. La capacité de travail de la recourante est ainsi nulle dans l'activité habituelle. En revanche, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles *stricto sensu*, elle est totale avec une baisse de rendement de 20 % depuis 2012.

Faute d'être renseignée sur l'éventuelle activité adaptée que pourrait exercer la recourante et sur le revenu que celle-ci pourrait en retirer, la Cour ne peut que renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède au calcul du degré d'invalidité et examine le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel, voire à une rente compte tenu du degré d'invalidité.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours déposé le 22 février 2017 par C.\_\_\_\_\_ est admis.
- II. La décision rendue le 18 janvier 2017 par Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C.\_\_\_\_\_ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Karim Armand Hichri (pour C. \_\_\_\_\_), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :