

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juillet 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 2
RAI**

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, ressortissante portugaise au bénéfice d'un permis C, sans formation professionnelle, a travaillé comme concierge simultanément pour le compte de plusieurs employeurs, ainsi que comme nettoyeuse dans le cadre d'activités accessoires.

Le 25 mai 2009, l'assurée, par l'assureur perte de gain maladie de son employeur principal, a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être en incapacité de travail à 50% dès le 27 avril 2009, à la suite d'une incapacité totale débutée le 8 janvier 2009, en raison d'une hernie discale.

Selon un entretien téléphonique du 15 juin 2009, l'époux de l'assurée a informé l'OAI qu'un entretien de détection précoce n'était pas nécessaire, que son épouse avait donné son congé au 30 juin 2009, qu'elle n'avait donc plus de contact avec son employeur et l'assurance perte de gain maladie, qu'elle avait repris son activité à un taux de 50% le 27 avril 2009 et qu'une reprise à plein temps était prévue dès le 1^{er} juillet 2009.

Le 29 janvier 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir depuis 2001 d'une « hernie discale avec complication, quiste au genou droite, torsion de l'indexe gauche invalide, problème d'articulation au niveau de la main et du bras droite, etc... (sic) ».

Dans un formulaire « Détermination du statut (part active / part ménagère) » complété le 9 février 2010, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 100% dès le 1^{er} janvier 2002 et qu'elle exerçait la profession de concierge par nécessité financière.

Dans un rapport du 1^{er} mars 2010, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale traitant l'assurée depuis le 13 janvier 2009, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombosciatalgies gauches persistantes ainsi que de status 13 mois post-cure chirurgicale de hernie discale L4-L5 gauche et, sans effet sur la capacité de travail, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de diabète de type II, de suspicion de coronaropathie actuellement en investigation, d'hémorroïdes internes et de probable tunnel carpien du poignet droit. S'agissant des lombosciatalgies, il a indiqué qu'elles existaient depuis octobre 2008 avec péjoration puis hospitalisations et cure chirurgicale début 2009, l'évolution étant lentement favorable avec une nouvelle aggravation début 2010. Ce praticien a attesté une incapacité de travail totale de l'intéressée du 8 janvier au 29 mars 2009, une incapacité de 50% du 30 mars au 27 mai 2009, une incapacité totale du 28 mai au 14 juin 2009, une incapacité de 50% du 15 au 30 juin 2009 et une incapacité totale depuis le 11 janvier 2010. Il a exposé que dans son activité de concierge, l'assurée ne pouvait plus travailler, les efforts qu'elle devait fournir sollicitant son dos et exacerbant la pathologie actuelle, et qu'une autre activité sans sollicitation vertébrale devrait être envisagée. Quant aux limitations fonctionnelles, le Dr L._____ a relevé que depuis janvier 2010, une activité dans différentes positions pouvait être exigée à raison de 4 ou 5 heures par jour et qu'une activité uniquement en position assise ou uniquement en position debout pouvait être exigée à raison de 2 fois une heure par jour. En annexe à ce rapport figuraient notamment :

- un protocole opératoire, selon lequel l'assurée a subi le 11 janvier 2009 une « cure de hernie discale L4-L5 foraminale gauche par hémilaminectomie étendue de L5 gauche » pratiquée par les Drs [...] et [...], spécialistes en neurochirurgie au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier K._____ ;
- un rapport du 9 février 2009 du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier K._____, relatant que l'assurée y a séjourné du 11 au 15 janvier 2009 en raison de lombosciatalgies gauches avec déficit

sensitivomoteur gauche installé depuis 24 heures, résistantes sous traitement conservateur, posant le diagnostic principal de syndrome radiculaire irritatif L5 gauche déficitaire d'un point de vue sensitivomoteur sur hernie discale L5-S1 foraminale à gauche, ainsi que les diagnostics secondaires et comorbidités d'hypertension, de status post hystérectomie et de coxarthrose à gauche traitée depuis 4 ans ayant bénéficié de traitement corticostéroïdes 3 fois par voie intramusculaire, et indiquant que les suites opératoires étaient « simples et afebriles » avec une bonne évolution ;

- un rapport du 3 mars 2009 du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier K._____, indiquant que l'assurée présentait une évolution tout à fait favorable 6 semaines après sa cure de hernie discale L5-S1 ;

- un rapport du 21 janvier 2010 du Dr B._____, spécialiste en neurologie, relatif à un examen de l'assurée du même jour, qui a rédigé l'appréciation suivante :

« Sur la base de l'ensemble de ces éléments, je n'ai donc actuellement aucun argument en faveur d'une neuropathie compressive pour le tronc médian au passage du poignet droit justifiant une sanction chirurgicale. On peut sans autre en rester à des mesures conservatrices simples avec application de Flector Tissugel et le port d'une attelle de posture de type Spencer pour les périodes de repos. En ce qui concerne la lombosciatalgie gauche, il n'y a à ce jour aucun syndrome lombovertébral ou radiculaire de caractère déficitaire. Je pense que l'approche par corticothérapie a été tout à fait efficace. Il n'y a aucun élément qui nous pousse à envisager une nouvelle exploration neuroradiologique. On peut poursuivre les mesures de ménagement et reprendre une physiothérapie de tonification. » ;

- un rapport du 22 janvier 2010 du Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, relatif à une consultation de l'assurée du 19 janvier 2009, posant les diagnostics de douleurs du poignet et thénars de la main droite sur probable syndrome du tunnel carpien, d'état après lombalgies et status post chirurgie de cure de hernie discale L4-L5 en janvier 2009, de lombalgies résiduelles, d'hypertension artérielle traitée et d'hypercholestérolémie traitée.

L'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional (SMR). Dans un rapport du 11 mai 2010, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale au SMR, a retenu comme atteinte principale à la santé des lombosciatalgies L5 gauches persistantes après cure de hernie discale L4-L5 gauche en janvier 2009. Il a indiqué que l'intéressée présentait depuis janvier 2009, d'une part, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de concierge et, d'autre part, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « pas de port de charges de plus de 10 kg ; pas de porte-à-faux ; alternance des positions ». Ce praticien a par ailleurs fait état de ce qui suit :

« Cette assurée de 48 ans, mariée et mère de deux enfants adultes, n'a pas de formation. Elle travaille comme concierge et se trouve en IT [incapacité de travail] depuis janvier 2009 en raison de lombosciatalgies gauches. Elle a été opérée en urgence le 11.01.2009 d'une hernie discale L4-L5 gauche qui comprimait la racine L5 gauche et causait une sciatique déficitaire. L'évolution a été initialement favorable, avec même tentative de reprise partielle de l'activité habituelle. Mais depuis fin 2009, les lombosclatalgies gauches se sont à nouveau intensifiées. Il existe des limitations fonctionnelles pour le rachis qui rendent l'activité habituelle inadaptée. Dans une activité légère avec alternance de positions, la CT [capacité de travail] est entière. ».

Par communication du 10 juin 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il prendrait en charge, à titre de mesures d'intervention précoce, les frais pour des cours de formation, soit un cours de gestion du changement du 19 mai au 15 juillet 2010 et un cours « Vers une nouvelle activité professionnelle » du 9 août au 30 septembre 2010.

Par courrier du 18 juin 2010, l'assurée a informé l'OAI qu'étant en incapacité totale de travail, elle ne participerait pas au cours de gestion du changement du 22 juin au 15 juillet 2010 et a produit un certificat du 16 juin 2010 du Dr L._____, faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 5 mai 2010. Elle a par ailleurs requis qu'une décision sur son droit à une rente soit rendue dans les plus brefs délais.

Selon projet de décision du 15 juillet 2010, l'OAI a refusé d'octroyer une rente et des mesures professionnelles en faveur de l'assurée, au motif qu'elle présentait un degré d'invalidité de 10%.

Le 13 septembre 2010, l'assurée a déposé des objections au projet de décision susmentionné, faisant valoir qu'elle ne pouvait pas exercer d'activité, même adaptée, de sorte que sa perte de gain était de 100%. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise indépendante pour déterminer notamment son statut médical, le diagnostic, sa capacité de travail et les traitements à entreprendre.

Dans un rapport du 31 janvier 2011, le Dr L. _____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombosciatalgies gauches persistantes avec status postcure chirurgicale d'une hernie discale L4-L5 gauche, de polyarthrite séronégative ainsi que de syndrome fibromyalgique et, sans effet sur la capacité de travail, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de diabète de type II et de probable tunnel carpien du poignet droit. Il a notamment indiqué qu'il n'y avait pas de changement notable par rapport à l'examen médical du début de l'année 2010, relevant s'agissant des restrictions relatives à l'activité de concierge que la situation de l'assurée s'était péjorée en raison de son affection rhumatismale. Il a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées par l'OAI :

« **Evolution depuis votre rapport du 01.03.2010 ?** Sur le plan lombaire, la situation est relativement stationnaire, par contre la patiente a eu des problèmes articulaires qui ont été investigués et un diagnostic de polyarthrite séronégative pour laquelle un traitement de Méthotrexate a été initié au début de cette année.

D'autre part, la patiente a eu des troubles digestifs qui ont également [été] investigués (épigastralgies et douleurs sternales sans signe de maladie de reflux).

Quelle est la capacité de travail actuelle dans une activité adaptée ménageant le rachis ?

Voir ancien rapport de mars 2010 ».

En annexe à ce rapport, figuraient notamment :

- un rapport de consilium du 26 février 2010 du Dr [...], spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, posant le diagnostic principal de douleurs rétrosternales avec probabilité élevée de maladie coronarienne ;

- un rapport du 3 mai 2010 relatif à une scanographie lombaire de l'assurée, rédigé par la Dresse [...], spécialiste en radiologie, dont la conclusion est la suivante :

« Légère discopathie étagée et arthrose étagée. Canal étroit relatif à léger lombaire de L2 à L5. Léger rétrécissement des trous de conjugaison droits de L3 à L5, rétrécissement modéré à important des trous de conjugaison en L5 - S1, prédominant à gauche, pouvant donc entraîner un conflit radiculaire en particulier L5 gauche. Ceci pourrait peut-être expliqué (sic) la symptomatologie douloureuse. » ;

- un rapport du 11 juin 2010 du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier K._____ relatif à une consultation de l'assurée du 7 juin 2010, mentionnant que l'intéressée présentait des signes radiologiques qui pourraient expliquer sa symptomatologie douloureuse, soit une lombosciatalgie L5 gauche non déficitaire ;

- un rapport du 13 juillet 2010 du Dr B._____, qui a retenu la présence d'une lombosciatalgie L5 gauche irritative, à ce jour non déficitaire, associée à une manœuvre de Lasègue sensible en fin de course à gauche, et a estimé qu'il n'y avait pas d'indication immédiate à une sanction chirurgicale ;

- un rapport du 4 août 2010 du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier K._____ relatif à une consultation de l'assurée du 23 juillet 2010, mentionnant que l'intéressée présentait un syndrome radiculaire L5 gauche irritatif non déficitaire sans explication avec une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire du 10 juin 2010 ;

- un rapport du 24 septembre 2010 du Dr G._____, exposant que face aux douleurs persistantes, un trouble somatoforme persistant était possible, auquel cas le traitement serait difficile ;

- un rapport d'IRM des poignets de l'assurée du 12 octobre 2010 rédigé par les Drs [...] et [...], spécialistes en radiologie, concluant à une érosion de la tête des 3^e et 4^e métacarpes de la main gauche actuellement en poussée inflammatoire, à une érosion non inflammatoire de la tête du 3^e métacarpe de la main droite, à une discrète synovite carpienne dorsale et à l'absence de ténosynovite ;

- un rapport du 2 novembre 2010 du Dr G._____, posant les diagnostics de probable polyarthrite rhumatoïde avec synovite et érosions de la tête des 3^e et 4^e métacarpiens de la main gauche et du 3^e métacarpien de la main droite, d'état après lombalgies et status post chirurgie de cure de hernie discale L4-L5 en janvier 2009, de lombalgies résiduelles, d'hypertension artérielle traitée et d'hypercholestérolémie traitée ;

- un rapport du 8 décembre 2010 du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, dont il résulte notamment ce qui suit :

« Au total, sur le plan médical, il y a donc trois problèmes :

des lombo-sciatalgies gauches chroniques pour lesquelles plusieurs examens ont été faits, notamment au Centre hospitalier K._____, qui justifient une prise en charge au Centre d'Antalgie du Centre hospitalier K._____ par le Dr [...].

Deuxièmement, elle présente des polyarthralgies avec des synovites de la main gauche compatibles avec une polyarthrite séronégative. Pour ce problème un traitement de méthotrexate est envisagé. Il y a cependant une altération des tests hépatiques et la patiente mentionne avec (sic) eu des troubles digestifs dernièrement. J'ai proposé de faire une scintigraphie osseuse qui montrera s'il y a effectivement plusieurs arthrites.

En effet, la situation est intriquée avec le troisième problème, à savoir un syndrome fibromyalgique. Le méthotrexate ne sera, évidemment, pas actif sur ce dernier problème.

En ce qui concerne la capacité de travail, la patiente serait en recours contre une décision de l'Al. Compte tenu des lombo-sciatalgies et de la polyarthrite, le travail de concierge est médicalement contre-indiqué. Il faudrait envisager une reconversion dans un travail léger sans port de charge, sans flexion et rotation du

tronc, sans effort des mains et permettant des changements de position. Au stade actuel, je ne vois pas ce qu'elle pourrait faire mais la situation peut s'améliorer avec le traitement antirhumatismal. » ;

- un rapport du 22 décembre 2010 du Dr P._____, rédigé en ces termes :

« La scintigraphie osseuse effectuée le 13 décembre 2010 n'a rien montré de particulier.

Au total, le diagnostic de polyarthrite est posé uniquement sur les images d'IRM alors qu'il n'y a pas de syndrome inflammatoire sanguin ni de marqueur rhumatologique. Cliniquement, il n'y a pas clairement des synovites.

Il s'agit donc d'une polyarthrite séronégative discrète. Un traitement de méthotrexote commencera le 2 janvier 2011 avec contrôle sanguin tous les 15 jours pendant 2 mois puis 1 x/mois.

Les lombo-sciatalgies après cure d'hernie discale n'ont aucun rapport avec le problème précédent. Pour ce problème, elle prend de l'Oxycontin 2 x 10mg/jour et est suivie par le Centre d'Antalgie du Centre hospitalier K._____.

Comme déjà mentionné dans ma lettre du 8 décembre 2010, il se surajoute un syndrome fibromyalgique qui complique singulièrement la prise en charge et qui est responsable d'une partie non négligeable des douleurs. ».

Par communication du 23 février 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'une évaluation médicale était nécessaire et serait effectuée par le Centre d'expertise R._____, à [...].

Le 4 mars 2011, l'assurée a signifié à l'OAI qu'elle récusait le Centre d'expertise R._____ au motif que son indépendance et son impartialité n'étaient pas garanties et a proposé le nom de deux autres experts.

Par courrier du 10 mai 2011, l'OAI a informé l'assurée que la mise en œuvre d'une expertise auprès du Centre d'expertise R._____ était maintenue.

Le 23 mai 2011, l'assurée a requis de l'OAI qu'il rende une décision incidente à ce sujet.

Par décision incidente du 27 mai 2011, l'OAI a confirmé que l'expertise serait confiée au Centre d'expertise R._____.

Par acte du 1^{er} juillet 2011, l'assurée a recouru contre dite décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans un arrêt incident du 1^{er} novembre 2011, la Cour des céans a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision du 27 mai 2011 de l'OAI.

L'assurée a été examinée le 10 mai 2012 par le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et le 22 mai 2012 par le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins au Centre d'expertise R._____. Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 14 août 2012, ces praticiens, après avoir résumé les éléments médicaux du dossier, relaté l'anamnèse et les plaintes de l'intéressée, ont notamment exposé ce qui suit :

« *Situation actuelle et conclusions*

Sur le plan rhumatologique, Madame N._____ se plaint lors de la présente évaluation, de douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur gauche accompagnées de troubles neurologiques. Elle se plaint aussi d'importantes douleurs quotidiennes des membres supérieurs, prédominant aux mains.

Du point de vue objectif, on constate une surcharge pondérale et de discrets troubles statiques du rachis. Lors de l'examen physique, on relève une collaboration insuffisante et, surtout, une discordance entre l'attitude lorsque l'expertisée se sent observée et la gestuelle spontanée. Au plan neurologique les troubles de la sensibilité décrits ne correspondent pas à une organisation anatomique. Les déficits de force que rapporte l'expertisée, par exemple pour la marche sur la pointe des pieds ou sur les talons, ne sont pas réels au vu de la marche spontanée qui est correcte. En fait l'examen n'apporte pas la preuve d'une atteinte neurologique significative.

En ce qui concerne l'éventuelle polyarthrite, il n'y a pas de signe d'arthrite ou de synovite typique. Pour rappel, le bilan biologique est négatif, la scintigraphie osseuse n'apporte pas d'argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire et les radiographies récentes des mains ne montrent pas d'érosion. On ne peut nier les images décrites à l'IRM, mais cet élément, certes suspect, n'est pas suffisant à lui seul pour poser le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Il y a lieu de suivre attentivement l'évolution. Même si l'on retenait une

polyarthrite rhumatoïde séronégative, la présentation clinique est de faible importance et ne justifie pas une gêne fonctionnelle de l'importance décrite par l'expertisée, contredite d'ailleurs par l'observation des mouvements fins effectués avec les doigts, par exemple pour déboutonner ou reboutonner le chemisier.

Il convient d'intégrer ces plaintes dans le contexte général à l'examen clinique, on trouve les points algiques typiques d'une fibromyalgie mais également de nombreux autres points douloureux à la palpation. Cela évoque une fibromyalgie ou plutôt, vu les points de contrôle positifs, un trouble somatoforme douloureux persistant. Comme le décrit Madame N._____, les médecins ont effectué de nombreuses investigations, sans comprendre ni trouver la cause des symptômes. Cela est confirmé par les éléments du dossier, montrant les nombreuses investigations effectuées en 2010 sur le plan cardiologique, neurologique et digestif.

Le seul substrat anatomique à considérer pour établir les limitations fonctionnelles est le status après cure de hernie discale L5-S1 et l'éventuelle polyarthrite rhumatoïde séronégative. Il s'ensuit que Madame N._____ est limitée dans l'exécution de travaux physiques lourds et que, pour cette raison, la capacité de travail en tant que concierge est de l'ordre de 50 %. Par contre dans une activité physiquement adaptée, la capacité de travail est préservée.

A relever, que Madame N._____ avait signalé avoir fait une attaque cérébrale à gauche peut (sic) avant notre examen. L'IRM cérébrale effectuée le 14 mai 2012 s'avère sans anomalie.

Sur le plan psychique, Madame N._____ ne signale spontanément aucune plainte permettant de conclure à un trouble psychique spécifique. A l'anamnèse orientée, on relève une anxiété modérée et de légères ruminations anxieuses, toutefois épisodiques, modulées par l'état de fatigue générale ou l'environnement. Pour autant, cela ne s'accompagne d'aucun symptôme neurovégétatif.

Sur le plan dépressif, l'expertisée ne signale qu'une baisse de l'énergie secondaire aux douleurs, le ralentissement est surtout moteur. Cette fatigue épisodique est surmontable. Des troubles neurocognitifs sont décrits - mais sont variables - ainsi qu'une perte légère de l'appétit et de la libido. Tous ces symptômes sont influencés par les douleurs et le stress ; ils ne suffisent pas à retenir un épisode dépressif.

Au status, on ne met en évidence qu'une légère fatigabilité, une humeur par moment déprimée et quelques troubles de la mémoire. Il n'y a pas d'autres signes anxieux, dépressifs, psychotiques ou en relation avec un trouble de la personnalité.

En conclusion, l'évaluation psychiatrique ne retient aucun diagnostic dans ce domaine. Il n'y a donc pas de comorbidité psychiatrique au syndrome somatoforme douloureux persistant. Il n'y a pas non plus de perte de l'intégration sociale chez cette expertisée qui continue à voir régulièrement ses amies. Les limitations dans les activités quotidiennes que décrit Madame N._____ n'ont pas de lien avec une atteinte psychique. ».

Les Drs D._____ et H._____ ont par ailleurs répondu comme suit aux questions qui leur ont été posées :

« 4 *Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)* _____

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

Depuis quand sont-ils présents ?

- Status après opération d'une hernie discale L5-S1 gauche (2009)

4.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail*
Depuis quand sont-ils présents ?

- (2010)
- Syndrome somatoforme douloureux persistant F 45.4
 - Possible polyarthrite rhumatoïde séronégative
 - Troubles statiques modérés du rachis
 - Surcharge pondérale
 - Hypertension artérielle traitée

(...)

B. *Influences sur la capacité de travail*

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

Les limitations sont en rapport avec le status après opération de hernie discale. Les activités physiques exigeantes sont contre-indiquées, notamment le port de charge de plus de 10 kg, les mouvements répétitifs en flexion/extension/rotation du tronc ou les positions statiques prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux

Sur le plan psychique et mental
Aucune limitation

Sur le plan social
Aucune limitation

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

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

Certains travaux demandés dans l'activité de concierge peuvent être lourds et sont médicalement contre-indiqués dans ce cas

2.2 *Description précise de la capacité résiduelle de travail*

de 50 % La capacité de travail en tant que concierge est de l'ordre

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

Oui, à plein temps

2.4 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?*

Oui, de 50 % environ

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

Depuis que l'expertisée bénéficie d'une incapacité de travail médicalement attestée, soit janvier 2010

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

Pas d'évolution significative

3 *En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de*
s'adapter à son environnement professionnel ?

==

Oui

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

1 la possibilité de s'habituer à un rythme de travail

2 l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social

3 la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons ?

Des mesures professionnelles sont envisageables d'un point de vue médical. Toutefois on relève que l'expertisée s'estime incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle et qu'elle se fait aider pour les tâches ménagères. Elle retire d'évidents bénéfices secondaires, mais inconscients, de ses troubles. Dans cette situation, sans motivation réelle, des mesures de réadaptation professionnelle risquent de se solder par un échec

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

Non

- 2.1 *Si oui par quelles mesures ? (par ex mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)*
- 2.2 *A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?*

3 D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

Oui

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

Toute activité qui respecte les limitations physiques décrites plus haut

- 3.2 *Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex heures par jour) ?*

A plein temps

- 3.3 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?*

Non, si les limitations sont respectées

- 3.4 *Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? ».*

Dans un avis du 21 août 2012, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie au SMR, a exposé ce qui suit :

« L'expertise du Centre d'expertise R._____ a finalement été réalisée après deux ans de procédures juridiques.

Au plan somatique, on retient un status après opération d'une hernie discale L5-S1 gauche en 2009. Cette atteinte entraîne des limitations fonctionnelles, notamment le port de charges lourdes, les mouvements répétitifs en flexion/extension/rotation du tronc et les positions statiques prolongées en porte-à-faux du tronc. Il est relevé que le nombre et l'intensité des plaintes émises par l'assurée n'ont pas de substrat organique. Il existe une discordance entre la gestuelle lorsque l'assurée se sent observée et sa gestuelle spontanée. Il n'y a pas de signe d'arthrite ou de synovite, ni de syndrome inflammatoire biologique, de sorte que le diagnostic de polyarthrite séro-négative ne peut être ni confirmé ni totalement exclu. Au vu des limitations fonctionnelles objectives, les experts concluent à une capacité de travail de 50% comme concierge, et à une pleine exigibilité dans une activité adaptée.

Il n'y a pas de maladie psychiatrique incapacitante.

Au total, les experts nuancent quelque peu le contenu du rapport SMR du 11.5.2010 en retenant une capacité de travail de 50% comme concierge, au lieu de 0%. Ils nous rejoignent dans l'appréciation de l'exigibilité qui est de 100%.

Les limitations fonctionnelles restent les mêmes.

Compte tenu de ce qui précède, nous nous rallions à l'avis des experts. ».

Par courrier du 21 septembre 2012, l'assurée a signifié à l'OAI qu'elle contestait la valeur probante ainsi que les conclusions de l'expertise du Centre d'expertise R._____ et que des examens complémentaires étaient actuellement en cours au Centre hospitalier K._____ afin de pouvoir objectiver ses graves troubles invalidants.

Il ressort d'une communication interne à l'OAI du 8 novembre 2012 qu'une capacité de travail de 50% de l'assurée dans le métier de concierge était peu vraisemblable et qu'il était plus adéquat de tabler sur une capacité de travail nulle dans cette activité.

Par courrier du 30 novembre 2012 à l'OAI, l'assurée a contesté la valeur probante de l'expertise du Centre d'expertise R._____ et a produit un rapport du 16 octobre 2012 du Dr P._____, rédigé en ces termes :

« J'ai reçu votre demande du 21 septembre 2012 ainsi que la copie de l'Expertise Pluridisciplinaire du Centre d'expertise R._____ datée du 14 août 2012.

Sur l'appréciation médicale, je n'ai pas de commentaire à faire celle-ci recouvrant bien la mienne hormis pour le syndrome somatoforme douloureux persistant. En effet, pour ma par[t] j'ai retenu plutôt une fibromyalgie car il manque pour le syndrome somatoforme douloureux persistant la présence du syndrome de détresse. Sur le plan de l'appréciation de l'incapacité de travail cela ne change rien, car ces deux affections n'étant pas reconnues comme incapacitantes en l'absence de co-morbidité psychiatrique significative ce qui est le cas chez Mme N._____.

Appréciation de la capacité de travail : je pense que si l'on tient compte des problèmes après la cure d'hernie discale avec des douleurs dans les membres inférieurs ainsi que des douleurs des membres supérieurs en rapport avec le rhumatisme, la profession de concierge ne peut pas être exercée et ceci à 100%. C'est d'ailleurs l'avis du SMR du 11 mai 2010.

Dans une activité adaptée c'est-à-dire épargnant le dos et les mains, il sera difficile de justifier l'incapacité de travail complète. Il me semble qu'un taux de 50% serait justifié compte tenu de l'ensemble des problèmes somatiques. ».

Dans un avis du 8 janvier 2013, le Dr Z. _____ du SMR a exposé ce qui suit :

« Rapport du Dr P. _____ à Me Duc du 16.10.2012 : il est intéressant de noter que le Dr P. _____ est d'accord avec l'appréciation médicale des experts. Il introduit cependant une nuance, dans le sens qu'il substitue le diagnostic de fibromyalgie à celui de trouble somatoforme douloureux persistant, en l'absence de sentiment de détresse. Il ajoute à juste titre que cette différence ne modifie en rien l'appréciation de la capacité de travail, ces deux entités étant considérées comme non incapacitantes en l'absence de comorbidité psychiatrique.

Le seul point divergent se rapporte à l'appréciation de la capacité [recte : l'incapacité] de travail dans l'activité de concierge. Elle serait de 100% pour le Dr P. _____ (et le SMR), et de 50% pour les experts. En clair, il s'agit d'une appréciation différente d'une même situation. C'est sur le descriptif du poste de travail, et non sur l'état de santé, que porte la controverse (IT 50% versus 100%).

A cet égard, je souligne que le rapport SMR du 11.5.2010 retenait déjà une incapacité de travail totale comme concierge. J'observe aussi que la note interne du 8.11.2012 retient aussi que l'incapacité de travail comme concierge est complète. Dans ces conditions, il n'y a pas d'objection médicale à l'admettre. Nous rejoindrions ainsi l'avis du Dr P. _____, à la satisfaction de Me Duc. ».

Il ressort d'un avis du Dr T. _____ du SMR du 3 avril 2013, qu'il avait initialement retenu mars 2010 comme date du début de l'aptitude à la réadaptation de l'assurée, mais que dans la mesure où le médecin traitant mentionnait janvier 2010 comme date de validité des limitations fonctionnelles, on pouvait « tout à fait retenir cette date ».

Le 8 avril 2013, l'OAI a rendu un projet de décision, annulant et remplaçant celui du 15 juillet 2010, selon lequel il refusait d'octroyer une rente et des mesures professionnelles en faveur de l'assurée, au motif qu'elle présentait un degré d'invalidité de 10%.

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assurée que les conditions pour le droit au placement étaient remplies, de sorte

qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis par son service de placement.

Par courrier du 8 mai 2013, l'assurée a présenté des objections au projet de décision du 8 avril 2013, concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 29 janvier 2010 et requérant la mise en œuvre d'une expertise. Elle a notamment exposé être totalement invalide, que l'expertise du Centre d'expertise R. _____ n'était pas probante et que les revenus avec et sans invalidité ainsi que l'abattement retenus dans le cadre du calcul de son degré d'invalidité étaient erronés.

Le même jour, l'assurée a signifié à l'OAI que la mesure d'aide au placement lui semblait prématurée dès lors que son état de santé s'était aggravé et lui a demandé d'y surseoir.

Le 1^{er} avril 2014, après avoir recalculé les revenus avec et sans invalidité, l'OAI a rendu un projet de décision, annulant et remplaçant celui du 8 avril 2013, selon lequel l'assurée avait droit à un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2010.

Par courrier du 1^{er} mai 2014, l'assurée a présenté des objections audit projet de décision, concluant à l'octroi d'une rente entière, et a produit un rapport du 14 avril 2014 du Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, qui a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées :

« 1. [Quel est le status, le diagnostic, en rapport avec les atteintes à la santé ?]

On peut être formel en disant que Madame N. _____ souffre d'un rhumatisme inflammatoire, qu'on l'on (sic) peut classier le plus probablement de spondylarthropathie entérocolique. Le type exact de rhumatisme inflammatoire reste difficile à classier, certains de ces critères de classification étant auto-exclusif[s] et l'atteinte érosive n'étant pas typique pour le diagnostic le plus probable et le plus facile à poser de spondylarthropathie entérocolique chez une patiente qui souffre d'une maladie de Crohn établie. Toutefois, l'atteinte érosive n'est nullement un critère d'exclusion.

Madame N. _____ souffre d'un rhumatisme inflammatoire chronique, agressif, périphérique et axial. L'atteinte axiale se

manifeste cliniquement par des douleurs avec à l'examen clinique des signes d'enthésopathies au niveau de la cage thoracique, de la ceinture pelvienne et de tout le rachis, ainsi qu'une limitation de l'ampliation thoracique à 2,5 cm et quelque peu des inclinaisons latérales mesurées à 8 cm ddc [des deux côtés]. Une IRM pratiquée le 5 juin 2013 au Centre hospitalier K._____ a objectivé de façon définitive cette atteinte en démontrant des spondylites inflammatoires sous forme d'hyperintensité dans la séquence pondérée T2 avec prise de contraste après injection de gadolinium, aussi bien sur la vertèbre D6 que D7. Cet examen démontre également une atteinte sacro-iliaque sous forme d'épanchement intra-articulaire bilatéral. Ces anomalies radiologiques confirment l'atteinte axiale, atteinte pathognomonique des groupes des spondylarthropathies.

Madame N._____ présente aussi une atteinte périphérique assez importante chez une patiente qui subjectivement se plaint d'une raideur matinale de plus d'une heure, la persistance de douleurs des mains, des poignets et des coudes, associées à de légères tuméfactions des mains. Objectivement, à l'examen du 24 février, je retrouvais des synovites des deux poignets, des MCPs III et IV droites, II, III et IV gauches, ainsi que de l'IPP III de la main droite. Il existe également une atteinte au niveau du membre inférieur avec une synovite de la cheville gauche et des MTPs II ddc. Une fois encore, cette atteinte articulaire périphérique est confirmée objectivement par l'examen clinique avec la présence de synovites, mais également par des examens radiologiques avec une échographie SONAR en juillet 2013 qui démontre la présence de ténosynovites des fléchisseurs, les 2^e et 4^e rayons à droite et 4^e rayon à gauche, alors que les radiographies standard et l'IRM démontrent une maladie érosive avec une atteinte des MCPs III et IV gauche, IV à droite connue, atteinte qui avait fait poser le diagnostic initial de polyarthrite rhumatoïde par le Dr P._____.

Compte tenu de ces deux atteintes, une périphérique érosive et l'autre axiale, il est difficile de classifier la maladie de manière absolue. Mme N._____ présente des critères de classification d'une polyarthrite rhumatoïde érosive séronégative, mais également des signes objectifs d'atteinte axiale compatibles avec une spondylarthropathie chez une patiente qui souffre d'une maladie de Crohn. Les spondylarthropathies ne sont quasiment jamais érosives et le rhumatisme qui associe le plus souvent ces deux traits est une arthrite psoriasique chez une patiente qui n'a toutefois pas de psoriasis.

Je n'ai pas examiné spécifiquement Madame N._____ pour ses autres problématiques, mais il existe également bien sûr cette maladie de Crohn, des troubles dégénératifs rachidiens et un status post cure hernie discale L4-L5 en 2009, ainsi qu'une thrombopénie isolée dont l'origine reste indéterminée, mais qui n'est pas typique du tout et ne peut pas être mise en relation directe avec le rhumatisme ou une autre maladie déjà connue. Il existe également quelques signes cliniques pour un tunnel carpien bilatéral qui mériterait probablement des investigations spécifiques auprès d'un neurologue.

2. [Existe-t-il une capacité de travail résiduelle compte tenu des atteintes à la santé ?]

Non, en l'état actuel et en me basant uniquement sur le problème rhumatologique, Madame N. _____ n'a pas de capacité résiduelle dans un travail physique. Elle présente une atteinte axiale touchant aussi bien le rachis cervical, dorsal que lombaire, atteinte rachidienne associée à des atteintes périphériques touchant les coudes, les poignets, les mains, les chevilles et les pieds. Les limitations fonctionnelles sont majeures puisqu'elle doit éviter le port de poids, la flexion, les mouvements répétés, la manutention, les éléments défavorisant de type froid, humidité, etc. De plus le rendement est réduit à plus de 50% de par cette atteinte articulaire. La patiente nécessite également des pauses et des changements de position beaucoup trop fréquents, besoins synonymes d'une diminution majeure de la productivité. On peut également s'attendre à l'apparition irrégulière de problèmes de santé compte tenu des multiples comorbidités avec des absences répétées.

3. [Dans l'affirmative, dans quel domaine d'activité (merci d'indiquer les professions possibles) ?]

Nihil.

4. [Dans quelle mesure ?]

Les activités professionnelles possibles restent très théoriques si l'on tient compte de toutes ces limitations médicales à une activité professionnelle. Les activités autorisées doivent en effet être sans port de charge ou mouvements répétitifs, permettre des changements de position fréquents à la demande de la patiente, sans déplacement important en intérieur dans un milieu sans escalier ou autre élément architectural limitant de (sic) déplacement. Il ne peut pas non plus s'agir d'un travail répétitif utilisant les mains ou les membres supérieurs compte tenu de l'atteinte de ceux-ci, et finalement des pauses fréquentes doivent être possibles.

5. [Avec quelle perte de rendement ?]

Dans le domaine d'activité idéal qui permettrait de tenir compte de toutes les limitations possibles, on peut imaginer une activité à 50%, mais avec un rendement inférieur à 50% en raison des pauses ».

Dans un avis du 11 juin 2014, le Dr T. _____ du SMR a exposé ce qui suit :

« Cette concierge de 52 ans est en IT depuis janvier 2009 suite à des lombosciatalgies gauches, qui persistent après la cure de hernie discale L4-L5 gauche effectuée en urgence le 11.01.2009. Sa CT est nulle comme concierge, mais entière dans une activité adaptée ménageant le rachis, ceci depuis janvier 2010. Suite à une première audition, une expertise rhumatologique et psychiatrique a été rendue le 14.08.2012 ; les experts n'ont pas mis en évidence

d'atteinte psychiatrique ; ils ont confirmé les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, et conclu à une CT de 50% comme concierge, et de 100% dans une activité adaptée. Le dossier est alors transmis à la REA, sans suite puisque le 25.04.2013, le conseil de l'assurée annonce une aggravation de l'état de santé. Me Duc a par la suite demandé de multiples délais pour fournir des éléments médicaux à l'appui de ses dires.

Le 01.05.2014, il transmet un rapport du Dr Q._____, rhumatologue, daté du 14.04.2014 ; ce médecin atteste, avec arguments objectifs à l'appui (dont une IRM du 05.06.2013 mettant en évidence une atteinte sacro-iliaque avec épanchement), que l'assurée souffre bien d'un rhumatisme inflammatoire chronique, le plus probablement une spondylarthropathie entérocolique puisqu'il existe aussi une maladie de Crohn établie ; le spécialiste estime que la CT est nulle comme concierge, et de 50% seulement dans une activité strictement adaptée, avec diminution de rendement diminué en raison des pauses nécessaires.

Il y a bien eu aggravation de l'état de santé depuis l'expertise d'août 2012. Depuis juin 2013, la CT dans une activité adaptée n'est que de 50%, avec diminution de rendement de 20% pour des pauses supplémentaires. ».

Le 6 août 2014, l'OAI a rendu un projet de décision, annulant et remplaçant celui du 1^{er} avril 2014, selon lequel l'assurée avait droit à un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2010 et à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2013, pour les motifs suivants :

« Résultat de nos constatations :

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail de manière interrompue depuis le 8 janvier 2009.

C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] précité.

Suite aux investigations médicales qui ont été entreprises, force est de constater que dès le mois de janvier 2010 une pleine capacité de travail est exigible dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions).

Tel serait le cas dans des activités industrielles légères (conditionnement, mise sous pli, surveillance d'un processus de production).

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé dans l'activité de concierge, à savoir CHF 80'394.00 avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'225.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010,TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'404.56 (CHF 4225.00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 52'854.75.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 47'569.28.

Vous subissez par conséquent un préjudice économique de l'ordre de 41 %.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF80'394.00	
avec invalidité	CHF47'569.30	
La perte de gain s'élève à	CHF	32'824.75 = un degré d'invalidité de 41%

Le droit à un quart de rente est par conséquent ouvert au 1^{er} janvier 2010, soit à l'échéance du délai de carence d'une année.

Toutefois, en application de l'article 29 al. 1 LAI le droit prend naissance au plus tôt après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations.

Votre demande ayant été déposée le 29 janvier 2010, le droit ne peut s'ouvrir qu'à partir du 1^{er} juillet 2010.

Selon les nouveaux renseignements médicaux en notre possession, votre état de santé s'est aggravé depuis le mois de juin 2013 et dès cette date une capacité de travail de 50 % avec une diminution de rendement de 20 % pour des pauses supplémentaires vous est reconnue dans une activité adaptée.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez dès cette date, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé dans l'activité de concierge, à savoir CHF 80'394.00 avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières soit CHF 21'472.53.

Vous subissez par conséquent un préjudice économique de l'ordre de 73,77 %.

Comparaison des revenus :

sans invalidité CHF80'394.00

avec invalidité CHF21'472.53

La perte de gain s'élève à CHF 60'374.47 = un degré d'invalidité de 73.77 %

arrondi à 74 %

Au vu de ce qui précède le quart de rente sera remplacé par une rente entière dès le 1^{er} septembre 2013, soit après 3 mois d'aggravation de votre état de santé.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Dès le 1^{er} juillet 2010, vous avez droit à un quart de rente, degré d'invalidité de 41 %. Dès le 1^{er} septembre 2013 à une rente entière, degré d'invalidité de 74 %. ».

Par courrier du 10 septembre 2014, l'assurée a présenté des objections au projet précité, concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} juillet 2010.

Dans un avis du 24 septembre 2014, le Dr T. _____ du SMR a exposé ce qui suit :

« Le projet de décision du 01.04.2014 a été annulé, et remplacé par celui du 05.08.2014, qui tient compte de l'aggravation de l'état de santé reconnue par le SMR dans l'Avis du 11.06.2014.

Le conseil de l'assuré conteste ce nouveau projet, estimant que l'atteinte existe depuis 2010 et qu'elle est totalement incapacitante dès cette date. Me Duc (corresp[ondance] juridique du 10.09.2014) avance à l'appui de ses dires que le 12.10.2010 déjà, une IRM des poignets avait mis en évidence une inflammation du carpe à la main

gauche, et que les Drs P._____ et G._____, rhumatologues, parlaient fin 2010 de polyarthralgies, voire polyarthrite.

Il n'en demeure pas moins que lors de l'expertise Centre d'expertise R._____ du 14.08.2012, l'expert rhumatologue n'a pas mis en évidence de synovite, et que tous les points de fibromyalgie étaient douloureux, comme presque l'ensemble du corps de l'assurée, avec présence de signes de non organicité. Le bilan biologique était négatif. L'expert soulignait, en page 14, que les images d'IRM seules étaient insuffisantes pour poser un diagnostic de polyarthrite.

Nous maintenons notre position telle qu'expliquée dans l'Avis SMR du 11.06.2014. ».

Le 6 octobre 2014, l'OAI a informé l'assurée que ses objections n'étaient pas de nature à modifier sa position, de sorte que le projet de décision du 6 août 2014 serait confirmé.

Par courrier du 8 décembre 2014, l'assurée a déposé des observations complémentaires, a confirmé ses conclusions et a produit un rapport du 3 décembre 2014 du Dr Q._____, rédigé en ces termes :

« J'ai bien reçu votre demande du 16 novembre dernier et, pour répondre à vos questions spécifiques, je peux confirmer par le présent rapport que selon toute vraisemblance et avec une quasi-certitude, on peut affirmer que Madame N._____ souffrait déjà d'une spondylarthropathie entérocolique associée à une maladie de Crohn en 2010.

Il est en effet certain que Madame N._____ présentait en 2010 un rhumatisme inflammatoire avec comme diagnostic retenu à l'époque par le Dr P._____ celui de polyarthrite rhumatoïde séronégative. Une IRM démontre de façon irréfutable la présence d'une atteinte inflammatoire à ce niveau à cette période, et le diagnostic a d'ailleurs également été retenu par le Dr G._____, aussi rhumatologue.

Il est donc certain qu'elle présentait un rhumatisme en 2010 et ce n'est que la classification exacte de ce rhumatisme inflammatoire qui s'est quelque peu modifiée avec l'évolution et les années, permettant de mieux le caractérisé (sic), surtout par la présence de la maladie de Crohn associé[e]. Il n'y a par contre aucune raison de penser qu'il s'agit d'un rhumatisme différent et l'on peut donc selon toute vraisemblance et avec un degré de certitude quasi absolu dire qu'elle souffrait déjà de sa spondylarthropathie en 2010. ».

Dans un avis du 6 janvier 2015, le Dr T._____ du SMR a indiqué ce qui suit :

« Le conseil de l'assurée a sollicité le Dr Q. _____ pour un avis complémentaire, rendu le 03.12.2014 (GED 08.12.2014). Ce spécialiste estime quasi certain que l'assurée souffrait déjà d'une spondylarthropathie en 2010, en raison de l'atteinte inflammatoire mise en évidence à l'IRM au niveau du poignet gauche. Ces éléments ont déjà été discutés dans l'Avis du 24.09.2014.

Même si rétrospectivement et au vu de l'évolution ultérieure, on peut éventuellement admettre que l'inflammation du poignet gauche, en 2010, correspondait à un premier signe de spondylarthrite, les limitations fonctionnelles objectives établies lors de l'expertise Centre d'expertise R. _____ du 14.08.2012 ne justifiaient pas d'IT dans une activité adaptée ménageant le rachis. Comme le SMR l'a admis, il y a par la suite (dès juin 2013) eu une aggravation de l'état de santé.

Nous maintenons la position exprimée dans l'Avis SMR du 11.06.2014. ».

Le 26 mai 2015, l'OAI a rendu trois décisions confirmant intégralement son projet du 6 août 2014, selon lesquelles l'assurée a droit à un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2010 et à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2013.

B. Par acte du 26 juin 2015, N. _____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre les décisions précitées auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à leur réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2010. Elle a exposé que le Dr Q. _____ avait confirmé qu'elle souffrait déjà d'une spondylarthropathie depuis 2010 et que l'expertise du Centre d'expertise R. _____ n'avait pas de valeur probante dès lors que le diagnostic de polyarthrite, à ce jour reconnu, avait été écarté et que l'analyse de la problématique de la fibromyalgie, respectivement du trouble somatoforme douloureux, avait été effectuée sur la base d'une jurisprudence dépassée. Pour le cas où il serait retenu que sa symptomatologie douloureuse relevait d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, ce qu'elle contestait, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise afin d'examiner cette problématique à la lumière des nouveaux critères jurisprudentiels. Elle s'est en outre réservée de compléter son recours sur le montant de la rente d'invalidité dès lors que les détails du calcul ne lui avaient pas été communiqués.

Dans sa réponse du 22 septembre 2015, l'intimé a exposé que si l'hypothèse de l'existence d'une spondylarthropathie en 2010 pouvait effectivement être admise, cela ne signifiait pas pour autant que les limitations fonctionnelles induites par ce diagnostics aient été à ce moment susceptibles d'entraver l'exercice d'une activité lucrative, ce que le Dr Q._____ ne disait d'ailleurs pas non plus. Il a en outre relevé que le Centre d'expertise R._____ avait appréhendé la problématique du trouble somatoforme douloureux à la lumière des indications jurisprudentielles qui prévalaient en 2012, concédant que la nouvelle jurisprudence rendue à cet égard le 3 juin 2015 s'appliquait aux procédures en cours, donc au cas d'espèce. L'intimé a ainsi admis que l'expertise du Centre d'expertise R._____ ne permettait pas d'analyser cette problématique selon les nouveaux critères, de sorte qu'une expertise y relative devrait selon lui être mise en œuvre par la Cour de céans.

Par écriture du 28 septembre 2015, l'intimé a produit des déterminations de la Caisse de compensation du canton de [...] du 17 septembre 2015 relatives au calcul du montant de la rente.

Dans sa réplique du 19 octobre 2015, la recourante a confirmé ses conclusions et relevé que l'expertise requise par l'intimé était superfétatoire.

Le 30 octobre 2015, la recourante a indiqué qu'elle ne contestait plus le calcul de sa rente et a confirmé ses conclusions.

Dans sa duplique du 11 novembre 2015, l'intimé n'a pas formulé de remarque.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition 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 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2010.

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

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).

b) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie 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 (art. 28 al. 2 LAI).

4. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, *in* SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

a) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un

trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

b) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

c) Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante et il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (consid. 8 de l'arrêt cité ; ATF 137 V 270).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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. 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. 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à

l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir

l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

6. a) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation correspond à une décision de révision au sens de l'article 17 al. 1 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références citées). Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3 et les références citées).

b) Selon l'art. 87 al. 1 let. b RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), la révision a lieu d'office notamment lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification

importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité.

A teneur de l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie.

7. a) En l'espèce, sur le plan rhumatologique, l'expertise du Centre d'expertise R. _____ du 14 août 2012 retient que la recourante souffre d'un status après opération d'une hernie discale L5-S1 gauche en 2009, engendrant comme limitations fonctionnelles depuis janvier 2010 l'impossibilité de porter des charges de plus de 10 kg, d'effectuer des mouvements répétitifs en flexion/extension/rotation du tronc ou de tenir des positions statiques prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux. L'avis circonstancié des experts du Centre d'expertise R. _____ sur ce point est convaincant et a par ailleurs été confirmé par le Dr P. _____ le 16 octobre 2012. Dans son rapport du 14 avril 2014, le Dr Q. _____ a indiqué qu'une IRM pratiquée le 5 juin 2013 - qui avait révélé une atteinte sacro-iliaque sous forme d'épanchement intra-articulaire bilatéral - avait permis d'objectiver un rhumatisme inflammatoire chronique, agressif, périphérique et axial, probablement une polyarthrite ou une spondylarthropathie au vu de la maladie de Crohn présentée par l'intéressée, précisant qu'il était difficile de classifier cette atteinte. En lien avec ce problème rhumatologique, ce praticien a décrit des limitations fonctionnelles qu'il a qualifiées de « majeures », soit « éviter le port de poids, la flexion, les mouvements répétés, la manutention et les éléments défavorisant de type froid, humidité, etc. », indiquant que le rendement était en outre réduit en raison de la nécessité de pauses et de changements de position fréquents. Cet avis a été confirmé par le SMR le 11 juin 2014, qui a retenu une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis juin 2013 en lien avec cette affection. Le Dr Q. _____ a encore précisé dans son rapport du 3 décembre 2014 que la recourante

souffrait déjà d'un tel rhumatisme inflammatoire en 2010 dès lors qu'une IRM réalisée à l'époque démontrait la présence d'une atteinte inflammatoire. Le rapport d'IRM des poignets de la recourante du 12 octobre 2010 concluait à une érosion de la tête des 3^e et 4^e métacarpes de la main gauche actuellement en poussée inflammatoire, à une érosion non inflammatoire de la tête du 3^e métacarpe de la main droite, à une discrète synovite carpienne dorsale et à l'absence de ténosynovite. Les experts du Centre d'expertise R. _____ avaient toutefois exposé ne pas retenir le diagnostic de polyarthrite, sans toutefois l'exclure totalement, en raison du fait que cette imagerie ne montrait pas d'élément suffisant à elle seule et que le bilan biologique était négatif, précisant que même si cette affection était retenue, la présentation clinique était de faible importance et ne justifiait pas une gêne fonctionnelle de l'importance décrite par l'intéressée. Ils ont retenu que la possible polyarthrite rhumatoïde séronégative était sans répercussion sur la capacité de travail de l'expertisée. A la suite du rapport du Dr Q. _____, l'intimé a admis une aggravation de l'état de santé de la recourante à partir de juin 2013 en raison de la spondylarthrite. Il a également admis que la polyarthrite rhumatoïde érosive séronégative était probablement déjà présente en 2010, mais ne justifiait pas une incapacité de travail dans une activité ménageant le rachis. Ainsi, contrairement à ce que soutient la recourante, le fait que cette affection aurait déjà été présente en 2010 ne signifie pas encore que les limitations fonctionnelles y relatives étaient susceptibles d'entraver totalement l'exercice d'une activité à cette époque, ce que le Dr Q. _____ n'a d'ailleurs pas confirmé. Il est toutefois probable que les experts du Centre d'expertise R. _____ n'ayant retenu le diagnostic de spondylarthropathie comme uniquement possible, ils n'aient pas examiné plus avant les éventuelles limitations fonctionnelles en relation notamment avec les poignets et les mains, à cette époque. De plus, on constate que les douleurs ressenties par l'intéressée ne sont pas toutes objectivées d'un point de vue rhumatologique, de sorte que sa capacité de travail ne peut pas être appréhendée uniquement sur ce plan et qu'il est vraisemblable que les atteintes objectives interagissent avec le trouble somatoforme douloureux par rapport aux ressources personnelles de la recourante.

b) En effet, un syndrome fibromyalgique a été diagnostiqué par le Dr L._____ dans son rapport du 31 janvier 2011, ainsi que par le Dr P._____ dans ses rapports des 8 et 22 décembre 2010 et 16 octobre 2012. L'expertise du Centre d'expertise R._____ du 14 août 2012 retient quant à elle le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant depuis 2010. Les experts ont relevé à cet égard que lors de l'examen clinique, il a été trouvé des points algiques typiques d'une fibromyalgie mais également de nombreux autres points douloureux à la palpation, ce qui évoquait, vu les points de contrôle positifs, un trouble somatoforme douloureux persistant. La possibilité d'un trouble somatoforme douloureux avait également été évoquée par le Dr G._____ dans son rapport du 24 septembre 2010. Le fait que ces affections aient été relevées par différents médecins démontre qu'elles jouent un rôle dans la symptomatologie douloureuse de la recourante qui ne paraît ainsi pas exclusivement relever d'affections rhumatologiques. Le Dr P._____ a d'ailleurs exposé à cet égard, d'une part dans son rapport du 8 décembre 2010, que les lombosciatalgies et la polyarthrite se mêlaient avec la problématique du syndrome fibromyalgique et, d'autre part dans son rapport du 22 décembre 2010, que ce syndrome compliquait singulièrement la prise en charge et était responsable d'une partie non négligeable des douleurs. La fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux sont des syndromes sans pathogénèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique, dont l'impact sur la capacité de travail doit être évalué conformément à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (*cf. supra* consid. 4).

Le Dr L._____ a indiqué que le diagnostic de syndrome fibromyalgique impactait la capacité de travail de la recourante sans toutefois motiver sa position. L'expertise du Centre d'expertise R._____ a retenu que le syndrome somatoforme douloureux persistant était sans effet sur la capacité de travail au motif qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique. Toutefois, comme l'a admis l'intimé, les éléments contenus dans cette expertise ne permettent pas d'analyser cette problématique à la lumière de la nouvelle jurisprudence fédérale, singulièrement ne

permettent pas de se déterminer sur les indicateurs décrits par le Tribunal fédéral pour examiner la capacité de travail en cas de telles affections (*cf. supra* consid. 4b).

Dans ces conditions, force est de constater, à l'instar de l'intimé, que l'instruction doit être complétée sur ce point. Dès lors que cette question n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre, conformément à l'art. 44 LPGA, un complément d'expertise pluridisciplinaire dont le rapport à venir devra permettre de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante à l'aune de la jurisprudence fédérale contenue à l'ATF 141 V 281 et compte tenu de la spondylarthropathie présente depuis 2010. Cela fait, il lui incombera ensuite de rendre une nouvelle décision.

En ce qui concerne le montant des rentes, la recourante ne conteste plus les calculs de la Caisse de compensation.

8. a) Compte tenu de ce qui précède, les décisions du 26 mai 2015 qui portent sur les périodes du 1^{er} septembre 2013 au 31 décembre 2014, du 1^{er} janvier au 31 mai 2015 et à compter du 1^{er} juin 2015 et qui reconnaissent à la recourante le droit à une rente entière pour ces périodes doivent être confirmées. En revanche, la décision du 26 mai 2015 qui porte sur la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 août 2013 et qui n'alloue à l'intéressée qu'un quart de rente doit être annulée. Il appartiendra à l'intimé de compléter l'instruction de la cause et de statuer à nouveau sur ce point.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la

charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'000 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. Dans la mesure où elle porte sur un quart de rente pour la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 août 2013, la décision du 26 mai 2015 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Les autres décisions du 26 mai 2015 sont maintenues en tant qu'elles reconnaissent le droit à une rente entière pour la période du 1^{er} septembre 2013 au 31 décembre 2014, du 1^{er} janvier au 31 mai 2015 et à compter du 1^{er} juin 2015.
- III. Les frais judiciaires, 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 N._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour N._____)
- 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).

Le greffier :