

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 décembre 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Thalmann et Brélaz Braillard
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G. _____, à Chavannes-près-Renens, recourante, représentée par Procap,
service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1967, ressortissante portugaise en Suisse depuis 1997, a déposé une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi de mesures de reclassement professionnel en date du 25 octobre 2007.

Dans un rapport médical du 20 décembre 2007, le Dr H. _____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de fibromyalgie, d'endométriose multi-site, d'obésité de classe III et de troubles du comportement alimentaire. Il relevait les incapacités de travail suivantes:

"100% du 2 novembre au 18 décembre 2005
50% du 19 décembre 2005 au 19 avril 2006
100% du 20 avril au 28 mai 2006
100% du 14 août au 10 septembre 2006
100% depuis le 15 septembre 2006 jusqu'à actuellement."

Selon un avis médical du 6 décembre 2007, le Dr V. _____, médecin associé au Service de Rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du [...] ([...]), a notamment retenu le diagnostic de fibromyalgie, ceci en l'absence d'un nombre suffisant de points selon les critères de classification, l'affection en question présentant néanmoins un tableau relativement typique avec des douleurs des quatre cadrans chroniques et des symptômes associés.

Dans un rapport médical du 9 janvier 2008, le Dr V. _____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, d'hypothyroïdie substituée, d'obésité, d'endométriose et de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs probables du rachis. Il mentionnait une incapacité de travail de 100 % depuis le mois de septembre 2006. Selon ce médecin, l'état de santé de l'assurée s'était dégradé depuis son arrêt de travail. L'activité habituelle était encore exigible de l'assurée mais avec un rendement de 70 %. Il existait des mesures susceptibles d'améliorer cette capacité de travail.

L'accomplissement d'une autre activité était envisageable avec cependant une diminution de rendement de l'ordre de 50 %. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: Pas de position à genoux, pas d'inclinaison du buste, pas de position accroupie, pas de port/lever ou déplacement de charges [sans indication de limites], pas de possibilité de se baisser, pas de mouvements des membres ou du dos répétitifs, pas d'horaire de travail irrégulier et pas de déplacements sur sol irrégulier ou en pente.

A l'occasion de l'instruction de son dossier, l'assureur d'indemnités journalières maladie, T._____ Assurance-maladie, a mandaté le Dr J._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Dans son rapport du 9 août 2007, ce médecin a posé les diagnostics de status après stapédotomie gauche le 29 mars 2004, d'obésité de classe III (de répartition abdominale), de troubles du comportement alimentaire de type hyperphagie boulimique atypique, de status après résection de kystes endométriosiques des deux ovaires, d'une endométriose stade IV intra-abdominale et d'une endométriose vaginale, d'hypothyroïdie sur probable maladie de Hashimoto (actuellement en euthyroïdie), d'anémie sur spoliation gynécologique, de périarthrite floride de la hanche gauche et de comorbidité psychiatrique (à préciser par un examen complémentaire). Dans son appréciation du cas, le Dr J._____ précisait ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail future avant d'obtenir une évaluation psychiatrique globale, le pronostic à plus ou moins brève échéance dépendant de la comorbidité psychiatrique de l'assurée.

Au terme de son rapport d'expertise du 27 novembre 2007, le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, n'a pas posé de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un courrier adressé le 27 février 2008 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), le Dr V._____ a précisé son rapport médical du 9 janvier 2008 en ce sens

que le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail était celui d'une spondylarthrite ankylosante pré-radiologique. Les possibilités de réinsertion professionnelle et d'évaluation dépendant fortement de la réponse aux traitements prodigués, le Dr V._____ suggérait une réévaluation dans quatre à six mois.

A teneur de son rapport médical du 24 septembre 2008, le Dr V._____ a notamment relevé ce qui suit:

"Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

L'évolution est modérément favorable, dans le sens où la patiente a été revue à ma consultation le 11.07.2008, au bénéfice d'un traitement d'Enbrel qui avait amélioré les douleurs articulaires, mais avec par contre la persistance de talalgies importantes.

A l'examen clinique, il persistait des synovites touchant les MCP II et III des deux côtés et le poignet droit. La situation n'étant pas parfaite, je me suis permis d'associer un traitement de fond conventionnel, l'Arava au traitement d'Enbrel. Elle a été revue en urgence le 18.09.2008 par une de mes collaboratrices pour une éruption cutanée relativement importante, possiblement allergique et encore en cours d'investigations.

Globalement la situation s'améliore sous une association d'Enbrel et d'Arava, qui vient d'être interrompu, et d'étoricoxibe (Arcoxia). L'évolution semble donc favorable, mais il est un peu tôt pour se prononcer avec un délai très court et la survenance d'un effet secondaire récent.

La proposition est de réévaluer la situation d'ici 3 à 4 mois, éventuellement dans le cadre d'une expertise."

Le 13 novembre 2008, le Dr V._____ a indiqué que l'assurée envisageait de reprendre une activité professionnelle, dans un premier temps à 50 % dans un métier pas trop lourd en augmentant le taux d'occupation dans les trois à quatre mois.

A l'occasion de l'instruction de la demande, l'assurée a été convoquée au Service Médical Régional (SMR) de l'AI pour un examen rhumatologique réalisé en date du 3 février 2009. Dans un rapport d'examen clinique rhumatologique du 13 février 2009, le Dr X._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation, s'est notamment exprimé comme il suit:

"[...]

Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail
- Spondylarthrite ankylosante. M45
- sans répercussion sur la capacité de travail
- Obésité de classe III.
- Status post-hystérectomie totale pour endométriose.
- Hypothyroïdie substituée.
- Discopathie étagée L4-5, L5-S1.

Appréciation du cas

[...]

Les limitations fonctionnelles

Spondylarthrite ankylosante avec atteinte axiale et périphérique: pas de travaux lourds, pas d'exposition aux conditions défavorables, comme un temps froid ou humide; pas de port de charges au-delà de 10 kilos; pas de rendement imposé; pas de travail de roulement, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà d'une heure.

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

A posteriori, avec mise en évidence par le Dr V. _____ d'un rhumatisme inflammatoire, l'IT [incapacité de travail] doit être considérée comme totale dans l'activité de caissière, depuis août 06. Cette activité n'est pas adaptée en raison de la position statique assise prolongée, les activités en cisaillement du tronc et le rendement imposé. L'expertise effectuée par le Dr J. _____ ne montre pas de signe clinique d'arthrite périphérique, elle met en évidence cependant un syndrome inflammatoire au niveau sanguin avec une CRP augmentée à 16 (N < 8mg/l).

Un rhumatisme inflammatoire est mis en évidence par la suite par le Dr V. _____ avec des signes d'inflammation à la prise de sang de janvier 08, une scintigraphie du 22.2.08 positive, des signes d'arthrite des mains en juillet 2008.

Le rhumatisme inflammatoire que présente l'assurée n'est pas « agressif », au sens rhumatologique du terme; il n'y a notamment pas d'atteinte érosive au niveau radiologique que ce soit au niveau des mains ou des sacro-iliaques; le Dr V. _____ le confirme en retenant le diagnostic de spondylarthrite ankylosante « pré-radiologique ». Le syndrome inflammatoire sanguin a disparu sous traitement comme le montre les prises de sang de novembre et décembre 08. La fonction des mains constatée lors de l'examen SMR est bonne.

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

Il est resté stationnaire dans l'activité habituelle avec une IT totale depuis août 2006.

Concernant la capacité de travail exigible

Elle est déterminée par la tolérance du rhumatisme inflammatoire aux contraintes mécaniques et par la réponse au traitement du rhumatisme inflammatoire. La réponse au traitement étant partielle, nous retenons une incapacité de travail de 30% dans une activité même adaptée, depuis la même époque, c'est-à-dire à partir d'août 06. Il n'est pas possible d'être plus précis, avec les éléments du dossier à disposition. Les informations demandées au Dr V. _____ avec ses rapports de consultations nous permettront d'affiner si nécessaire l'exigibilité.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle de caissière à la Q. _____ : 0%
Dans une activité adaptée: 70% Depuis: août 06"

Dans un rapport initial et final du 2 juin 2009, la Division réadaptation de l'OAI a repris les conclusions du rapport d'examen précité (exigibilité de 70 % dans une activité adaptée aux limitations [pas de travaux lourds ni exposition aux intempéries, charges < 10kg, pas de position statique debout > 30 minutes, assise < 1 heure, pas de rendement imposé] depuis août 2006). Il était observé que l'assurée était d'accord avec les limitations fonctionnelles précitées.

Le 3 juin 2009, le Dr V. _____ a ajouté que l'assurée était également affectée par des douleurs mécaniques du rachis sur une lyse isthmique bilatérale L5 avec signe d'instabilité démontrée par une prise de contraste péri-isthmique selon une IRM de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques réalisée le 9 mars 2009. Une coxarthrose légère à droite et une atteinte de la tête fémorale gauche d'origine vraisemblablement arthrosique étaient par ailleurs décrites. De l'avis de ce médecin, l'assurée présentait, non seulement une atteinte inflammatoire sévère mais des troubles dégénératifs importants actifs.

Dans un avis SMR du 7 juillet 2009, le Dr Z. _____ a considéré que les atteintes et troubles signalés le 3 juin 2009 par le Dr V. _____ avaient été pris en compte lors de l'examen rhumatologique du 3 février 2009.

Selon une note d'entretien du 29 septembre 2009, au terme d'une mesure IPT (Fondation Intégration pour Tous), la "cible professionnelle" consistait en une activité de caissière (les rendements étant entiers, l'assurée pouvant notamment alterner les positions debout/assis). L'assurée contestait bénéficier d'une capacité de travail résiduelle de 70 % en disant préférer reprendre son activité habituelle à 50 %. Elle a remis à cet effet diverses pièces médicales à l'OAI.

Dans un avis SMR du 27 novembre 2009, le Dr Z._____ s'est exprimé comme il suit s'agissant des nouveaux éléments médicaux transmis par l'assurée:

"[...]

L'assurée conteste l'exigibilité de 70% dans une activité adaptée; elle a produit, outre le rapport du 03.06.2009 du Dr V._____ discuté dans l'avis SMR du 07.07.2009, un rapport médical du Dr P._____, orthopédiste au [...], du 23.09.2009 et un CD contenant les images d'une IRM lombaire du 09.03.2009. Ce rapport et ces images ont été revus avec un rhumatologue du SMR le 26.11.2009. Il en ressort que, sous Remicade, les douleurs pluri articulaires se sont nettement améliorées. En revanche, l'assurée est surtout gênée par ses douleurs lombaires mécaniques; il existe une raideur lombaire, l'examen neurologique est normal. L'IRM lombaire montre des discopathies L4-L5 et L5-S1, sans évidence de glissement ni hernie discale.

Il n'y a donc pas d'évidence pour une aggravation de l'état de santé par rapport à la situation lors de l'examen clinique de février 2009; les limitations fonctionnelles retenues à ce moment valent pour le rachis lombaire, et la CT exigible dans une activité adaptée reste de 70%."

Dans un rapport final du 1^{er} décembre 2009, la Division réadaptation de l'OAI a constaté que l'assurée n'étant pas d'accord avec l'exigibilité retenue, une approche théorique de la capacité de gain s'avérait nécessaire. Etant donné la capacité de travail résiduelle et le faible niveau scolaire de l'assurée, il n'existait pas de mesures professionnelles envisageables.

Par projet de décision du 2 décembre 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assurée. De ses constatations il résultait qu'une capacité de travail résiduelle de 70 % était raisonnablement exigible de l'assurée dans une activité sans travaux lourds ni exposition aux intempéries, sans charges supérieures à 10 kg, sans position statique debout de plus de 30 minutes et assise de plus d'une heure et sans rendement imposé. Des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables, l'assurée s'estimant incapable de reprendre une activité au taux précité. Après comparaison entre le revenu réalisable en 2007 sans invalidité (45'331 fr.) et celui avec invalidité (35'757 fr.), il en résultait un degré d'invalidité de 21 % n'ouvrant pas droit à la rente.

Le 25 février 2010, l'assurée, assistée par Procap à Bienne, a fait part de ses objections sur le projet précité. Elle relevait qu'à compter du 27 février 2008 (diagnostic de spondylarthrie ankylosante pré-radiologique posé par le Dr V. _____), sa capacité de travail dépendait majoritairement de la réponse aux traitements et de leur répercussion sur une éventuelle amélioration de l'état de santé. A lecture des rapports médicaux, une nette péjoration était intervenue dans les membres supérieurs ainsi que dans la région lombaire. Compte tenu des nouveaux éléments apportés et de l'évolution de la maladie, la capacité de travail de 70 % n'était plus exigible. Au vu de l'ensemble des limitations mises en évidence, seule une activité en milieu protégé serait susceptible de mettre en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Cette dernière a produit à l'appui de son argumentation, un courrier du 10 février 2010 adressé à son conseil par le Dr V. _____ au terme duquel ce médecin a notamment relevé ce qui suit:

"En ce qui concerne l'évolution de la maladie, depuis mes derniers rapports à l'AI en 2008, celle-ci a été défavorable avec le développement d'un lupus induit probable sous Enbrel, traitement que nous avons dû arrêter en raison d'une atteinte cutanée sévère. Dans les suites immédiates, elle a nettement péjoré son atteinte axiale, et surtout périphérique avec une maladie touchant aussi bien les membres inférieurs que les membres supérieurs avec une atteinte des métacarpophalangiennes (MCP), des coudes et des poignets. Un peu en désespoir de cause, mais avec une certaine crainte, nous avons réintroduit un anti-TNF alpha chez une patiente suspecte d'avoir fait un lupus, traitement qui sera à réévaluer du point de vue toxicité et que nous devons probablement malheureusement arrêter. [...] Nous avons donc une patiente chez qui le traitement risque d'être définitivement contre-indiqué et qui présente une atteinte de spondylarthrite ankylosante axiale, mais également maintenant périphérique touchant les membres inférieurs et les membres supérieurs.

Enfin, la problématique est compliquée par une atteinte rachidienne structurelle complémentaire qui n'avait pas été mise en évidence jusqu'à présent. Compte tenu des données ci-dessus, j'estime sa capacité de travail dans une activité adaptée à 40 - 50 % au mieux, si la situation reste aussi stable qu'actuellement, ce qui comme souligné ci-dessus n'est pas nécessairement le cas puisque nous devons potentiellement interrompre le traitement pour un effet secondaire grave.

Une réévaluation de sa capacité par l'AI semble indispensable compte tenu des nouveaux éléments, en particulier la problématique du traitement qui n'a pas permis, contrairement à ce qui était espéré au départ, de récupérer un état de santé suffisant."

Sur demande des médecins SMR, le Dr V. _____ a complété, le 16 juillet 2010, ses informations médicales en indiquant que l'apparition de lombosciatalgies sévères était marquée depuis janvier 2009 et que le dernier contrôle avait été réalisé le 2 juillet 2010. Ce médecin a par ailleurs précisé que la capacité de travail actuelle était inférieure à 30 %, sans possibilité d'une amélioration.

Dans un avis SMR du 1^{er} septembre 2010, le Dr C. _____ a retenu que dans son rapport du 16 juillet 2010, le Dr V. _____ n'apportait pas d'éléments objectifs permettant de modifier l'appréciation de la capacité de travail exigible telle que ressortant de l'examen SMR de février 2009.

Par décision du 25 mai 2011, l'OAI a confirmé l'intégralité de son projet du 2 décembre 2009 et a ainsi refusé le droit à une rente à son assurée.

B. Par acte du 21 juin 2011, G. _____, a recouru contre la décision précitée. Elle conclut sous suite de dépens principalement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens que son droit aux prestations soit constaté et subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique puis nouvelle décision. Elle argue qu'au regard des informations récentes du Dr V. _____, le point de vue exprimé par le Dr C. _____ du SMR ne saurait emporter la conviction dès lors que ce dernier n'a pas reconvoqué la recourante pour un examen clinique rhumatologique complémentaire. Le rapport d'examen de février 2009 ne saurait en outre servir de base à la décision litigieuse, le Dr X. _____ n'ayant pas eu connaissance des difficultés thérapeutiques de la spondylarthrite ni des problèmes dégénératifs importants mis en évidence. Quant à l'obésité consécutive aux troubles du comportement alimentaire, celle-ci devrait intégralement être retenue dans l'évaluation de l'incapacité de travail. En l'état de l'instruction, une entière valeur probante devrait être attribuée aux rapports du Dr V. _____. Le droit à la

rente devait être reconnu sur la base d'un taux d'invalidité de 70 % au minimum. Une nouvelle orientation professionnelle s'avérait au surplus nécessaire. La recourante requiert si nécessaire, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé.

Dans sa réponse du 13 septembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il produit un avis médical SMR du 24 août 2011 de la Dresse D._____, responsable de groupe, au terme duquel il est relevé que les documents médicaux produits par la recourante postérieurement au dernier avis SMR du 1^{er} septembre 2010 n'attesteraient nullement d'une aggravation de l'état de santé, respectivement ne sont pas de nature à rediscuter les constatations médicales figurant dans la décision litigieuse.

Par réplique du 10 octobre 2011, la recourante a confirmé l'intégralité des conclusions de son recours. Elle produit un rapport du 18 avril 2011 de la Dresse I._____, médecin associée au Service de rhumatologie du [...], consécutif à une consultation du 5 avril 2011, dont il ressort en particulier ce qui suit:

"Diagnostics-Antécédents - Interventions

- Spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négative avec atteinte axiale et périphérique.
- Allergie à l'Enbrel et au Remicade avec possible lupus induit et toxicité pulmonaire.
- Hypothyroïdie substituée.
- Insuffisance en vitamine D.
- Ménopause chirurgicale précoce à 39 ans.

Anamnèse

Madame G._____ ne va pas bien. Elle présente actuellement une poussée de son rhumatisme, a un syndrome inflammatoire persistant et à la radiographie, on note une sacro-iléite bilatérale confirmée. A priori, il n'y a pas de contre-indication de la part du Pneumologue pour commencer le Simponi, raison pour laquelle la patiente reçoit sa première injection ce jour. Il s'agit d'une injection de 50 mg en sous cutané toutes les 4 semaines.

[...]

Conclusions, traitement et évolution

Je reverrai la patiente d'ici 2 à 3 mois pour juger de l'efficacité et de la tolérance du traitement. Parallèlement, elle présente toujours une insuffisance en vitamine D, raison pour laquelle elle va prendre à domicile une ampoule de 300'000 unités de vitamine D buvable."

La recourante souligne que les problèmes d'intolérance aux traitements rencontrés ainsi que le rhumatisme "actif" mis en évidence dans le rapport médical précité ont déjà été confirmés par le Dr V._____, alors que dans son rapport d'examen le Dr X._____ avait conclu à un rhumatisme "non agressif", respectivement à la persistance d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. Or, la gravité de l'atteinte inflammatoire ajoutée aux troubles dégénératifs importants a été rappelée par le Dr V._____ dans son rapport du 3 juin 2009. Il ne fait dès lors pas de doutes que lorsqu'il a rédigé son rapport du 3 février 2009, le Dr X._____ n'avait pas eu connaissance des difficultés thérapeutiques de la spondylarthrite ni des problèmes dégénératifs importants entravant la capacité de travail de la recourante. Partant les conclusions du rapport d'examen SMR seraient totalement rediscutées en raison de l'évolution défavorable intervenue postérieurement telle que constatée par plusieurs spécialistes dont notamment le Dr V._____.

Par duplique du 31 octobre 2011, l'intimé produit un avis médical SMR du 26 octobre 2011 des Drs C._____ et K._____, médecin-chef ad interim, auquel il dit se rallier. Cet avis s'articule comme il suit:

"Le courrier médical du Dr I._____ [du] 18.04.2011 nous informe que l'assurée souffre d'une poussée de sa maladie rhumatismale suite à l'arrêt des médicaments prescrits du fait de complications somatiques secondaires à ces médicaments (Enbrel et Remicade).

La sacro-iléite bilatérale décrite au §2 est un des critères diagnostics de la maladie et ne constitue pas un fait nouveau. La distance menton-sternum DMS est à 1 cm (similaire à celle mesurée au SMR en février 2009).

Dans son courrier du 18 avril 2011, le Dr I._____ écrivait en page 2 qu'elle reverrait l'assurée « d'ici 2 à 3 mois pour juger de l'efficacité et de la tolérance du traitement ». L'état de santé n'était donc pas stationnaire et le traitement, prescrit antérieurement à avril 2011, pas optimal.

On peut regretter que l'avocat de l'assurée ne se soit pas donné la peine de nous communiquer les pièces médicales établissant l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière consultation du Dr I._____ il y a maintenant 6 mois, nous mettant ainsi dans l'impossibilité d'apprécier la capacité de travail actuelle dans une activité adaptée.

Plaise au tribunal de mettre en œuvre des mesures d'instruction permettant d'établir l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis 2009 et d'apprécier depuis cette même date l'évolution de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée."

L'intimé est d'avis que des renseignements complémentaires sur le plan médical sont nécessaire afin de pouvoir évaluer l'évolution de l'état de santé de la recourante, respectivement de sa capacité de travail dans une activité adaptée, depuis le 3 février 2009, date de l'examen clinique rhumatologique pratiqué au SMR.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon écriture du 21 juin 2011 par G. _____ contre la décision rendue le 25 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité

pour le canton de Vaud, de sorte que le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

2. 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 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2).

En l'espèce, est litigieuse l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante, cette dernière estimant qu'en raison de l'évolution négative de sa situation médicale postérieure à l'établissement du rapport d'examen clinique rhumatologique SMR du 3 février 2009, il ne serait pas concevable de retenir – à l'opposé de l'appréciation effectuée par l'OAI –, qu'elle bénéficie d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au vu des avis divergents produits en cours de procédure, il se justifierait de réaliser une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) prenant en compte les atteintes à la santé dans leur globalité. Au terme de sa duplique du 31 octobre 2011, suivant sur ce point l'avis des médecins SMR du 26 octobre 2011, l'intimé est également d'avis qu'au vu des éléments au dossier, des renseignements médicaux sont requis afin de pouvoir se prononcer en toute connaissance de cause sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis le 3 février 2009.

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 et 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.

b) Toute invalidité n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; en vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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, 115 V

133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 et 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

4. a) En l'espèce, on constate - à l'instar des parties dans leurs écritures - une évolution de l'état de santé de la recourante après le 3 février 2009, correspondant à la date d'établissement du rapport d'examen rhumatologique SMR.

Le 3 juin 2009 le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie, indique l'existence d'une affection mécanique du rachis attestée par IRM de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques du 9 mars 2009. Une légère coxarthrose à droite et une atteinte de la tête fémorale gauche sont également relevées, de sorte que ce spécialiste conclut à la présence d'une atteinte inflammatoire sévère ainsi qu'à des troubles dégénératifs importants actifs.

A lecture du courrier du 10 février 2010 adressé au conseil de la recourante, le Dr V._____ mentionne une évolution défavorable de l'état de santé en raison d'un probable lupus développé en relation avec le traitement sous Enbrel qui a dû être stoppé. La recourante a par la suite nettement péjoré son atteinte axiale, et surtout périphérique (maladie touchant tant les membres inférieurs que les membres supérieurs). Il

souligne le fait que le traitement risque d'être définitivement contre-indiqué et qu'en outre la problématique médicale se trouve compliquée par une atteinte rachidienne structurelle complémentaire ignorée à ce jour. Le Dr V._____ évalue alors la capacité de travail résiduelle à 40-50 % maximum dans une activité adaptée, ceci uniquement dans l'hypothèse où la situation se stabiliserait ce qui n'était de loin pas certain en raison de l'interruption du traitement. Le 16 juillet 2010, ce spécialiste a précisé que suite à un dernier contrôle effectué au début de mois, l'apparition de lombosciatalgies sévères apparaissait marquée à partir de janvier 2009. Il évaluait alors la capacité de travail résiduelle comme inférieure à 30 % sans amélioration possible.

L'évolution défavorable décrite par le Dr V._____ est corroborée par les constatations rapportées le 18 avril 2011 par la Dresse I._____, rhumatologue. Posant entre autres diagnostics celui d'une allergie à l'Enbrel et au Remicade avec possible lupus et toxicité pulmonaire, cette spécialiste note en particulier un rhumatisme en évolution et un syndrome inflammatoire persistant consécutivement à l'abandon des médicaments précités. Cette affection ajoutée aux troubles dégénératifs importants mis en évidence par le Dr V._____ n'étaient à l'évidence pas connus du Dr X._____ en février 2009. Ainsi que les médecins du SMR l'indiquent eux-mêmes le 26 octobre 2011, l'état de la recourante n'est pas stationnaire consécutivement à l'arrêt de la prise des médicaments générant ainsi une poussée de sa maladie rhumatismale. C'est pour cette raison qu'en avril 2011, la Dresse I._____ fait part de sa volonté de revoir sa patiente dans le délai de deux à trois mois.

Dans ces circonstances, en se basant sur les constatations et appréciations médicales du rapport d'examen SMR de février 2009, la décision attaquée s'avère erronée. L'intimé ne pouvait en l'état de son instruction, valablement statuer sur le droit aux prestations de la recourante. Il ne lui était pas possible de faire abstraction des développements médicaux défavorables dûment attestés par les spécialistes (le Dr V._____ et la Dresse I._____) postérieurement au 3 février 2009. Ces éléments ont des effets vraisemblablement importants

pour l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de la recourante dans un poste adapté à son handicap. La cour de céans relève en outre qu'il n'y a pas trace au dossier d'un examen au SMR ni d'expertise sur l'évolution de la situation après février 2009.

b) Il subsiste ainsi suffisamment de doutes sur la question litigieuse de savoir si l'intimé était fondé à refuser ses prestations. La cause sera par conséquent renvoyée à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise actualisée de la recourante par un spécialiste indépendant en rhumatologie, étant précisé que le renvoi de la cause à l'intimé — auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA — apparaît la solution la plus opportune, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la cour de céans procède elle-même aux mesures d'instruction nécessaires. Il sied à cet égard de rendre l'intimé attentif aux nouvelles exigences formulées par le Tribunal fédéral en matière de mise en œuvre de l'expertise par l'administration (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9).

5. a) En définitive bien fondé, le recours doit être admis, la décision rendue le 25 mai 2011 étant annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

Il n'est pas perçu de frais de justice (art. 52 LPA-VD).

Vu le sort de ses conclusions, la recourante, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 1'800 francs.

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

prononce :

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 25 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, le dossier de la cause lui étant renvoyé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap service juridique, à Bienne (pour G. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :