

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 mai 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Neu, juge, et Gutmann, assesseur,
Greffière: Mme Huser

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1985, mariée et mère de deux enfants (nés en 2008 et 2010), travaillait à 80% en qualité de secrétaire d'unité depuis le 15 mai 2013 à la Direction des ressources humaines du Centre hospitalier J._____ (Centre hospitalier J._____), lorsqu'elle a connu des incapacités de travail à différents taux depuis le 18 septembre 2015.

Le 4 novembre 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) à la suite du dépôt d'un formulaire de demande de détection précoce, indiquant quant au genre de l'atteinte : « atteinte de plusieurs organes qui dysfonctionnent. Tête, yeux, seins, intestin, muscles etc. ».

Dans le formulaire de détermination du statut de l'OAI, l'assurée a répondu, le 25 novembre 2015, qu'elle travaillerait à 80% sans atteinte à la santé.

L'intéressée a consulté un certain nombre de spécialistes pour investiguer les différents problèmes de santé rencontrés.

Ainsi, dans un rapport du 3 décembre 2015, le Dr C._____, spécialiste en pneumologie, a retenu le diagnostic d'hypersomnie dans le cadre d'un syndrome d'apnées du sommeil de degré moyen et de céphalées chroniques. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée. Ce médecin a fait état, dans un rapport ultérieur du 11 janvier 2016, d'une péjoration de la fatigabilité malgré la mise en route du traitement avec appareillage par ventilation en pression positive continue (PPC ou CPAP en anglais [continuous positive airway pressure]) relativement bien toléré. Il a également évoqué l'apparition de polyarthralgies depuis plusieurs mois, d'un état fébrile fluctuant, d'une perte pondérale additionnelle et de la persistance de céphalées.

Dans un rapport du 17 décembre 2015, le Prof. B._____, spécialiste en gastro-entérologie, a attesté la présence de diarrhées chroniques avec dénutrition sur crainte des douleurs abdominales et des diarrhées au travail ainsi que d'une carence vitaminique. Les limitations fonctionnelles étaient liées à la fatigabilité. L'assurée disposait, selon le Prof. B._____, d'une capacité de travail de 50 à 75% dans son activité habituelle.

L'iléo-coloscopie ainsi que l'oesogastroduodenoscopie effectuées le 18 août 2015 se révélaient dans les limites de la norme.

Dans un rapport du 8 février 2016, le Dr M._____, spécialiste en rhumatologie, a signalé une capacité de travail de 40% dès septembre 2015 à la suite de douleurs polyarticulaires, lombaires, dorsales, avec apparition depuis décembre 2015 de fourmillements diffus du côté gauche. Les valeurs de laboratoire étant toutefois sans éléments inflammatoires, le Dr M._____ a retenu des troubles d'origine fonctionnelle. Il a également exclu le diagnostic de spondylarthropathie.

La Dre K._____, spécialiste en psychiatrie qui suit l'assurée depuis avril 2015, a, dans un rapport du 22 février 2016, posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), d'épisode dépressif moyen (F32.1), de mauvais traitement durant l'enfance (Z61) ainsi que de dyspnées du sommeil. Elle a évoqué une décompensation psychosomatique grave présente depuis environ deux ans, dont l'origine paraissait être une construction psychique traumatique problématique (notamment en raison de violences familiales subies durant l'enfance). Les symptômes dépressifs semblaient secondaires à un épuisement dans sa lutte contre le système et les douleurs. La Dre K._____ a proposé l'introduction d'un traitement antidépresseur. Elle a estimé l'incapacité de travail de l'assurée à 50% pour des raisons psychiatriques.

Dans un rapport du 24 février 2016, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics de céphalées d'origine

mixte avec la symptomatologie suivante : fatigabilité, somnolence diurne, douleurs gastriques, troubles visuels, troubles de la concentration, diminution de l'endurance dans les tâches de la vie quotidienne. Le Dr X._____ a également mentionné un possible diagnostic d'encéphalomyélite myalgique (synonyme de syndrome de fatigue chronique) dont l'évolution était difficilement prévisible. Il a estimé que la capacité de travail était de 50%, sous réserve de l'évolution de l'état de santé de l'assurée.

Dans un rapport du 10 mars 2016, la Dre Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu le diagnostic d'état dépressif moyen présent depuis le printemps 2015, de trouble somatoforme douloureux persistant depuis l'automne 2014, de mauvais traitement dans l'enfance et de syndrome d'apnées du sommeil. A titre de limitations fonctionnelles, elle a indiqué des troubles digestifs fonctionnels avec nécessité d'interrompre fréquemment son travail pour aller aux toilettes, des céphalées fréquentes limitant la concentration, une fatigabilité limitant le temps de travail exigible ainsi que des troubles de la concentration limitant l'efficacité du travail. Elle a conclu à une capacité de travail de 40 à 50% dans l'activité habituelle.

Dans un avis du 22 décembre 2016, le Dr L._____ du Service médical régional AI (SMR) a relevé que l'abondante documentation médicale à disposition ne permettait pas de poser un diagnostic étiologique précis, si bien qu'une atteinte fonctionnelle était retenue par tous les spécialistes. Dans ce contexte, il s'avérait nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et somatique, toutefois dans un deuxième temps seulement, la situation étant alors instable. Il y avait lieu d'abord de mettre en place un réseau avec les intervenants médicaux, de la réadaptation et l'employeur pour une prise en charge multidisciplinaire.

Plusieurs entretiens téléphoniques ont eu lieu entre les conseillers du service de réadaptation de l'OAI et l'assurée pour le suivi, celle-ci ayant repris son activité à 40% depuis la mi-août 2016. Le service

précité en a conclu qu'aucune mesure n'était à mettre en place et que seule sa capacité de travail restait à déterminer.

Dans un avis du 29 mai 2017, le Dr L. _____ du SMR a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire (psychiatrique, de médecine interne, neurologique, rhumatologique et éventuellement ophtalmologique) notamment en raison du diagnostic de syndrome somatoforme retenu par la Dre K. _____ dans son rapport du 22 février 2016.

Les médecins qui suivent l'assurée (en particulier le Prof. B. _____, le Dr C. _____, le Dr G. _____, spécialiste en rhumatologie, les Dres K. _____ et Z. _____) se sont réunis afin de faire le point sur le diagnostic, les prises en charges thérapeutiques et la capacité de travail de celle-ci. Dans un compte-rendu de réseau du 23 mars 2018, ils ont conclu à une maladie inflammatoire de type Crohn avec atteinte digestive et articulaire, à une hypersomnie idiopathique centrale, à un syndrome d'apnées du sommeil et à un état dépressif moyen. Ils ont retenu une capacité de travail de 40% (sur un 100%) dans l'activité habituelle de secrétaire, tout en précisant que le maintien de cette activité était crucial et contribuait de façon notoire à la stabilisation de l'état de santé de l'assurée. Dans ce même rapport, le Dr G. _____ constatait que les bilans biologiques et radiologiques n'avaient pas apporté de preuves diagnostiques d'une spondylarthropathie, tout en soulignant que la distinction entre une spondylarthropathie frustrée et un syndrome plus fonctionnel pouvait être difficile. Il était encore précisé qu'un essai thérapeutique par anti-TNF (tumor necrosis factor ; en français : facteur de nécrose tumorale) alpha (en l'occurrence du Simponi ; ndlr : médicament indiqué dans le traitement de la spondylarthropathie) était en cours et serait réévalué dans les mois qui suivaient.

Dans un rapport du 24 juillet 2018, le Dr G. _____ a mentionné qu'il avait d'abord pensé à un syndrome somatoforme douloureux et que les symptômes s'étaient progressivement précisés, si bien que le diagnostic de spondylarthrite avec atteinte axiale et

enthésistique, associée à une pathologie inflammatoire du tube digestif, avait été retenu. L'assurée présentait des douleurs articulaires relativement diffuses malgré le traitement de Simponi, une fatigabilité importante ainsi que des troubles du sommeil associés à des troubles digestifs. Il a conclu à une capacité de travail n'excédant pas 40% dans l'activité de secrétaire.

L'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par l'OAI a été confiée à la Clinique D.____ (Clinique D.____). Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 2 août 2018, les Drs E.____, spécialiste en médecine interne générale, N.____, spécialiste en neurologie, V.____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P.____, spécialiste en rhumatologie, ont retenu les diagnostics d'hypersomnie primaire légère à moyenne, de syndrome d'apnées du sommeil de degré moyen, de trouble dysthymique (F34.1), ainsi que de trouble somatoforme indifférencié (F45.1), relevant que le trouble somatoforme douloureux devait être écarté dès lors que la douleur ne présentait pas de signe de détresse, ni la préoccupation essentielle de l'expertisée. Quant au diagnostic de trouble dysthymique, il était retenu sur la base d'un abaissement de l'humeur chronique de peu de sévérité depuis 2014, le sentiment d'insuffisance, la perte de confiance en soi, les difficultés de concentration et les pleurs fréquents. Il semblait cependant n'y avoir jamais eu de critères réunis d'un épisode dépressif caractérisé sur la durée. D'ailleurs, l'expertisée avait exprimé auprès de chacun des experts sa volonté de garder une activité professionnelle, de rester intégrée dans le monde du travail, lui permettant ainsi de se sentir comme une personne normale. Les experts ont également relevé qu'aucun diagnostic de certitude n'avait été retenu pour expliquer les symptômes digestifs et ostéo-articulaires et que les critères de classification d'une spondylarthropathie n'étaient pas remplis. Aucune autre pathologie rhumatismale n'avait été objectivée. Sur le plan neurologique, ils ont retenu des céphalées chroniques mises sur le compte d'une céphalée de tension, associée à une migraine, peu active. Les experts n'ont pas mis en évidence de discordances, ni d'incohérences, et ils ont relevé les bonnes ressources personnelles de l'expertisée qui bénéficiait d'un environnement

très présent et particulièrement soutenant. Le trouble somatoforme indifférencié n'était ainsi pas associé à une comorbidité psychiatrique incapacitante. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont précisé que les troubles digestifs pouvaient entraîner une baisse de rendement de l'ordre de 10 à 20%, en raison de la nécessité de devoir se rendre parfois souvent aux toilettes, des douleurs ou de la fatigue associées. Ils n'ont retenu aucun autre diagnostic pouvant justifier une diminution durable de la capacité de travail et ont considéré que l'activité professionnelle de l'expertisée était totalement adaptée, celle-ci ayant un libre accès aux commodités et disposant également d'une salle où elle pouvait se reposer en cas de survenue de douleurs abdominales.

Dans un avis SMR du 24 octobre 2018, le Dr L. _____ a suivi les conclusions de l'expertise en retenant une capacité de travail de 80% dans toute activité et ce, depuis mi-août 2016, date à laquelle l'assurée avait repris son travail à 50% de son 80%, estimant ne pouvoir travailler à un taux plus élevé.

Une enquêtrice de l'OAI s'est rendue au domicile de l'assurée le 20 mars 2019. A l'issue de son rapport d'enquête économique sur le ménage du 2 avril 2019, elle a retenu un statut de personne active à 80% et de ménagère à 20% avec des empêchements dans la tenue du ménage de 5.9%.

Par projet de décision du 19 septembre 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, dès lors que le taux d'invalidité était de 17.18%.

Le 4 novembre 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le projet précité et a produit, à l'appui de sa contestation, un rapport du 22 octobre 2019 du Prof. R. _____, spécialiste en rhumatologie et médecin-chef auprès de la Clinique de rhumatologie de l'Hôpital W. _____, dans lequel ce médecin a formulé des critiques de l'expertise réalisée au sein de la Clinique D. _____.

Le rapport du Prof. R. _____ précité, ainsi qu'un rapport du Dr G. _____ du 2 mai 2019, ont été soumis au Dr P. _____ de la Clinique D. _____. Celui-ci a rendu un complément d'expertise le 9 mars 2020, dans lequel il a conclu que les rapports en question ne contenaient pas d'arguments robustes permettant de modifier les conclusions de son rapport du 24 juillet 2018.

Par décision du 6 mai 2020 confirmant le projet du 19 septembre 2019, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. La motivation de cette décision a été envoyée à l'assurée dans un courrier séparé du même jour.

B. Par acte du 9 juin 2020, l'assurée, par son conseil Me Didier Elsig, a recouru contre la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 18 juillet 2016 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Elle fait en substance valoir que l'avis du Dr G. _____ et celui du Prof. R. _____, lesquels ont mis en évidence une maladie inflammatoire chronique (spondylarthrite avec attentes axiales et périphériques), devraient être préférés à ceux des experts de la Clinique D. _____ qui n'auraient pas tenu compte des plaintes fonctionnelles rhumatologiques de la recourante et auraient décrit une anamnèse et posé des diagnostics insuffisants. Par ailleurs, les experts de la Clinique D. _____ ne pouvaient ignorer les volets psychiatrique et gastroentérologique dans leur appréciation, en particulier les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'épisode dépressif moyen, de mauvais traitement durant l'enfance et de dyspnée du sommeil qui conduisaient la Dre K. _____, psychiatre, à conclure à un tableau de décompensation psychosomatique grave et amenant une incapacité de travail de 50%. La recourante a joint à son recours un courrier du 4 juin 2020 du Dr G. _____, dans lequel ce médecin revient sur la présence d'une tuméfaction du genou droit de sa patiente qui a nécessité une infiltration de Prednisone et qui constituerait pour la première fois un élément clinique objectif témoignant de

l'existence d'une inflammation articulaire claire au niveau d'une grosse articulation des membres inférieurs, confortant ainsi le diagnostic de spondylarthrite avec atteintes axiales et périphériques. De l'avis du Dr G._____, on ne saurait dès lors affirmer que l'ensemble des plaintes de la patiente sont à mettre sur le compte uniquement d'un syndrome douloureux chronique.

Dans sa réponse du 6 août 2020, l'intimé se réfère au courrier du 4 juin 2020 du Dr G._____ et demande que les rapports relatifs à l'hospitalisation et à la consultation d'urgence précités soient produits, ainsi que toute nouvelle pièce médicale en possession de la recourante, de son conseil ou de ses médecins, notamment des rapports de spécialistes dans les domaines de la gastroentérologie et/ou de la psychiatrie.

Répliquant le 4 septembre 2020, la recourante indique que son état de santé ne s'améliore pas et produit des certificats d'incapacité de travail pour la période allant du 1^{er} septembre 2019 au 30 septembre 2020, une convocation du 26 août 2020 pour une endoscopie/coloscopie le 9 septembre 2020, ainsi qu'un rapport du 6 juillet 2020 de la Dre S._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, au Dr T._____, spécialiste en otorhinolaryngologie, par laquelle elle lui demande une prise en charge chirurgicale pour une sténose du canal lacrymo-nasal et évoque une prochaine consultation auprès de ce spécialiste. La recourante produit en outre le rapport de son hospitalisation du 11 au 17 janvier 2020 au sein du Centre hospitalier J._____, en raison d'une pangastrite érythémateuse sur prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Par duplique du 30 septembre 2020, l'intimé propose, avant de soumettre le dossier au SMR, d'attendre les pièces médicales relatives aux différents rendez-vous évoqués (endoscopie/coloscopie du 9 septembre 2020 et consultation auprès du Dr T._____) de même que le rapport de consultation au service des urgences rhumatologiques du Centre hospitalier J._____ en raison de la tuméfaction du genou droit.

A l'occasion d'une écriture du 6 novembre 2020 par laquelle la recourante a confirmé les conclusions de son recours, celle-ci a produit un lot de pièces, à savoir :

- un certificat d'incapacité de travail pour le mois d'octobre 2020 ;
- un certificat médical du 15 juin 2020 de la Dre Z._____, dans lequel elle précise que récupérer une capacité de travail à 50% dans le poste actuel semble un objectif envisageable pour sa patiente, moyennant des mesures de réinsertion;
- un rapport du 18 juin 2020 de la Dre K._____, dans lequel celle-ci évoque l'hypothèse d'une projection sur le corps d'un psychisme dévasté, possiblement séquelle de traumatismes infantiles et conclut en l'état à une incapacité de travail totale, sur le plan psychiatrique, mais précise que récupérer une capacité de travail à 50% dans son activité habituelle administrative lui paraît envisageable ;
- des rapports du service de gastro-entérologie et d'hépatologie du Centre hospitalier J._____ à la suite de la gastroscopie et de la coloscopie du 9 septembre 2020 ;
- un rapport du 5 octobre 2020 du Dr G._____, dans lequel ce médecin conclut à un kyste de Baker dans le genou gauche et à l'absence de synovite des genoux ;
- une facture à la suite de la consultation au service des urgences rhumatologiques du Centre hospitalier J._____ au printemps 2020 ;
- une convocation du 25 septembre 2020 pour le 27 octobre 2020 du Service d'oto-rhino-laryngologie du Centre hospitalier J._____, rendez-vous qui, aux dires de la recourante, a été repoussé au 12 janvier 2021 en raison de la situation sanitaire.

Par déterminations du 1^{er} décembre 2020, l'intimé, se fondant sur un avis SMR du 24 novembre 2020, a maintenu sa position, tendant au rejet du recours.

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 (art. 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 en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

c) 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 demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c/aa) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de

l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées) au moyen d'un nouveau schéma d'évaluation en lieu et place de l'ancien catalogue de critères. Cette modification jurisprudentielle n'influe 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 (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

bb) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

cc) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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 physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le 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 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

6. En l'espèce, la recourante considère que son état de santé ne lui permet pas de travailler à 80% et s'appuie essentiellement sur les avis de ses médecins-traitants, en particulier sur ceux du Dr G._____ et de la Dre Z._____, ainsi que sur l'avis du Prof. R._____. L'intimé, en revanche, estime, en se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique D._____, que la recourante dispose d'une capacité de travail au taux précité dans son activité habituelle depuis mi-août 2016.

Sur le plan somatique (rhumatologique), le Dr P._____ de la Clinique D._____ n'a retenu aucune pathologie rhumatologique incapacitante. Il a expliqué pour quelles raisons il écartait les diagnostics de spondylarthropathie, de maladie de Crohn ou de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), d'hyperlaxité ligamentaire ainsi que de fibromyalgie. Il a évoqué la possibilité de troubles somatoformes douloureux en soulignant que l'expertise psychiatrique revêtait une importance majeure dans l'appréciation de ce diagnostic, de même que l'existence probable d'un syndrome de l'intestin irritable, en l'absence d'autres anomalies compte tenu de la fatigue subjective évoquée par l'expertisée qui pouvait être liée aux diarrhées à répétition.

Dans son recours, l'intéressée allègue que le Dr P._____ fait nullement état de ses plaintes fonctionnelles rhumatologiques. Or, à la lecture du rapport d'expertise, on constate que, contrairement à ce que soutient la recourante, une rubrique intitulée « entretien » est précisément consacrée, d'une part, à l'anamnèse des plaintes rhumatologiques de la recourante et, d'autre part, aux plaintes fonctionnelles rhumatologiques actuelles.

La recourante soutient également que le diagnostic de spondylarthrite serait confirmé par le Dr G._____ qui a constaté, à plusieurs reprises, la présence de synovites périphériques, en particulier au niveau du poignet droit, ainsi que l'existence d'une inflammation articulaire claire au niveau du genou, confirmée lors d'une visite aux urgences. Or le Dr G._____ explique, dans un rapport du 4 juin 2020 produit par la recourante, qu'il avait mis en évidence lors d'ultrasons, des tuméfactions articulaires synovitiques « assez claires » mais n'avait jamais véritablement constaté de synovite clinique. Selon lui, la tuméfaction au genou, nécessitant une infiltration de Prednisone, constituerait pour la première fois un élément clinique objectif témoignant de l'existence d'une inflammation articulaire claire au niveau d'une grosse articulation des membres inférieurs, ce qui conforterait encore un peu plus le diagnostic de spondylarthrite avec atteintes axiales et périphériques. Mais ce même médecin a conclu, dans un rapport du 5 octobre 2020, que la patiente présentait un kyste de Baker avec absence de synovite des genoux. L'on s'étonne à cet égard que l'intervention aux urgences du Centre hospitalier J._____ en lien avec la tuméfaction du genou n'ait pas donné lieu à un rapport, seule une facture relative à cette intervention ayant pu être produite par la recourante. Or on peut lire, sur cette facture, qu'une ponction articulaire a été effectuée au niveau de l'épaule, du coude, du genou et de l'articulation tibio-astragalienne, si bien qu'il aurait été intéressant d'en connaître le résultat.

La recourante fait également valoir que le Prof. R._____, dans ses observations du 22 octobre 2019, ne manque pas de souligner que le seul diagnostic certain est celui d'un rhumatisme inflammatoire chronique axial et périphérique. Dans le même temps, ce médecin décrit l'examen clinique comme non ou peu contributif. Il n'y a pas d'adénopathie, ni de lésion cutanée évidente, en particulier de psoriasis. Du point de vue rhumatologique, le Prof. R._____ ne note pas de signe d'ankylose mais uniquement « un empâtement discret de 3 MCPs (métacarpo-phalangiens) », empâtements qui, pour lui, seraient typiques des spondylarthropathies, modérés, mais définitifs, et associés à des douleurs à la palpation des articulations des épaules, des poignets, de plusieurs MCPs et des chevilles. Il ne constate pas de dactylite mais une

ceinture pelvienne et scapulaire ainsi qu'un épicondyle douloureux, des douleurs périrotuliennes et des talalgies plantaires importantes, de même qu'une sensibilité des deux sacro-iliaques au testing formel. A cet égard, le Dr P. _____ relève dans, son rapport complémentaire du 9 mars 2020, que le simple fait d'exprimer « des douleurs musculaires et tendineuses » ne permet en aucun cas d'admettre sans analyse critique le diagnostic d'enthésopathie d'allure inflammatoire dans les cas d'états douloureux diffus tel que présenté par la recourante. Il rappelle qu'il n'a jamais été observé d'aspect inflammatoire aux zones d'insertion des différentes enthèses chez la recourante et que la simple douleur à la palpation de ces sites ne recèle guère de pertinence dans les douleurs diffuses. Le Dr P. _____ mentionne qu'à la date à laquelle il a examiné la recourante, celle-ci ne présentait aucun symptôme suggestif d'un rhumatisme inflammatoire. Il énumère différents éléments allant dans ce sens, tout en relevant que l'examen clinique ostéoarticulaire était normal et que la description d'un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index [ndlr : questionnaire pour calculer l'index d'activité de la spondylarthrite ankylosante]) à 9,1 et d'un BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index [ndlr : instrument pour évaluer le degré de limitation fonctionnelle chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante]) à 8,5 donne à penser qu'il y a une impotence fonctionnelle majeure, entrant en contradiction totale avec les données détaillées de l'examen clinique rapportées par le Prof. R. _____ P. _____ relève encore que la patiente n'est pas porteuse de l'antigène HLA B27 et que l'IRM des sacro-iliaques est à considérer comme normale. En définitive, de l'avis de ce médecin, l'hypothèse d'une spondylo-arthrite doit être rejetée dès lors que les douleurs telles que rapportées par la recourante dans les différents courriers disponibles et lors de son évaluation expertale n'étaient pas de type inflammatoire (cf. aussi dans ce sens : rapport du Dr M. _____ du 8 février 2016 et celui de la rencontre réseau du 23 mars 2018), il n'y avait pas d'oligo-arthrite, ni de dactylite, ni de psoriasis, ni d'antécédent d'uvéite, que le diagnostic de Crohn est décrit comme probable mais qu'il n'a jamais été retrouvé de signe macroscopique ou histologique en faveur de ce diagnostic, qu'il n'y a pas de syndrome inflammatoire biologique, la patiente n'étant pas porteuse de l'antigène

HLA B27 et que l'IRM des sacro-iliaques est à considérer comme normale. Enfin, il relève qu'un test thérapeutique par anti-TNF, comme c'est souvent le cas lorsque l'indication est discutable, donne une réponse ambiguë (cf. rapport du Dr G. _____ du 24 juillet 2018 évoquant « des douleurs articulaires relativement diffuses malgré le traitement de Simponi »), parfois positive mais pour une courte période, tout en précisant que le deuxième anti-TNF entrepris chez la recourante ne l'avait pas mieux soulagée que le premier. Finalement, le Dr P. _____ considère que la discussion autour de la classification nosologique reste artificielle dans le cadre d'une expertise médicale et que ce qui importe n'est pas le diagnostic mais le retentissement fonctionnel de l'atteinte à la santé, la détermination du taux de capacité de travail et de l'exigibilité n'étant pas liée à une classification nosologique mais à des limitations fonctionnelles. Or en ce qui concerne l'appareil locomoteur, ces limitations sont objectivement inexistantes chez la recourante qui est autonome, se déplace en voiture, peut s'occuper de ses enfants, exercer une activité rémunérée dans le domaine administratif à un poste peu exigeant physiquement.

La recourante allègue en outre que les volets psychiatrique et gastroentérologique n'auraient pas été pris en compte dans le rapport d'expertise de la Clinique D. _____ alors que le Prof. R. _____ résume que « la problématique actuelle se compose de trois éléments distincts avec une atteinte neurologique avec suspicion de maladie neurologique inflammatoire, une atteinte digestive (...), et certainement une problématique rhumatologique ». Cet argument tombe à faux. En effet, le Dr P. _____ a non seulement tenu compte des différents examens réalisés en lien avec les diarrhées présentées par la recourante dans la rubrique « synthèse du dossier » de son rapport mais mentionne en outre qu'il n'a jamais été constaté la moindre anomalie biologique ou histologique, raison pour laquelle il évoque le diagnostic d'un syndrome de l'intestin irritable. De plus, le rapport d'expertise consensuel contient une rubrique « entretien » dans laquelle il est décrit avec précision les plaintes de la recourante relatives aux intestins. Les experts relèvent que de nombreuses investigations ont été pratiquées, tant sur le plan gastro-

entérologue que rhumatismal, et ne retiennent aucun diagnostic de certitude pour expliquer les symptômes digestifs, tout en relevant que le Prof. B._____, gastro-entérologue traitant, avait conclu au diagnostic de constipation chronique/diarrhées chroniques, mentionnant également une maladie inflammatoire digestive et articulaire probable alors qu'il estimait que des troubles fonctionnels restaient non exclus. Les experts ont ainsi pris en compte les examens réalisés au niveau gastroentérologique dans leur évaluation, soulignant que ceux-ci étaient revenus tous normaux, avec des résultats histologiques n'ayant jamais montré de signes d'une maladie inflammatoire chronique digestive. Cela étant, ils ont tenu compte des troubles digestifs présentés par la recourante puisqu'ils ont conclu que ces troubles, de quelque origine qu'ils fussent, pouvaient entraîner une baisse de rendement de l'ordre de 10 à 20%, en raison de la nécessité de se rendre souvent aux toilettes, des douleurs et de la fatigue associés. Force est ainsi de constater que, contrairement à ce que soutient la recourante, les experts ont tenu compte du volet gastroentérologique. On relèvera encore que les rapports du service de gastro-entérologie et d'hépatologie du Centre hospitalier J._____ du 9 septembre 2020 produits par la recourante font état d'une gastrite légère, sans ulcère, les examens réalisés étant pour le surplus dans les limites de la norme. On ne peut ainsi rien en tirer. A noter enfin que les résultats des prélèvements effectués lors de ces examens pour rechercher des signes de la maladie de Crohn n'ont pas été produits par la recourante et que la Dre Z._____ mentionnait, dans son rapport du 15 juin 2020, que les éléments objectifs pour retenir une pathologie inflammatoire sur le plan gastroentérologique étaient, en l'état, insuffisants, tout en relevant que les symptômes, en particulier les diarrhées intempestives, restaient mal contrôlés et invalidants.

Les experts ont également posé le diagnostic d'hypersomnie primaire légère à moyenne et de syndrome d'apnées du sommeil de degré moyen. Ils ont précisé que l'hypersomnie était traitée par Ritaline, que ce symptôme ne semblait avoir que peu d'incidence sur la vie familiale et que l'expertisée n'avait pas présenté de net ralentissement lors des trois expertises menées. S'agissant du syndrome d'apnées du sommeil, les

experts ont relevé que le traitement par C-PAP était bien supporté par la recourante. Ainsi, ils ont considéré ces diagnostics comme non incapacitants.

Sur le plan psychiatrique, la Dre V._____ de la Clinique D._____ a retenu un trouble dysthymique (F34.1) ainsi qu'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Elle a précisé pour quelles raisons elle écartait le diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu alors par la Dre K._____, psychiatre traitante, ainsi que celui de syndrome douloureux somatoforme persistant et a relevé que le pronostic strictement psychiatrique était étroitement lié à l'évolution des différents troubles présentés par l'expertisée, qui semblait principalement dans l'attente d'une reconnaissance médicale de ses troubles, ce qu'a d'ailleurs confirmé la Dre K._____ dans son rapport du 18 juin 2020. La Dre V._____ n'a ainsi retenu aucune limitation, ni d'incapacité de travail dans une activité administrative de type secrétariat sur le plan psychiatrique. A cet égard, le rapport du 18 juin 2020 de la Dre K._____ n'apporte pas d'élément nouveau sur le plan médical qui n'aurait pas été pris en compte dans le rapport d'expertise de la Clinique D._____. Tout au plus peut-on constater que l'état de santé psychique qui, selon la Dre K._____, reste préoccupant, semble s'être dégradé dans le contexte de la crise sanitaire actuelle et du fait que la recourante ait dû arrêter toutes ses activités en raison du confinement. Les limitations fonctionnelles décrites (fatigabilité ayant des conséquences sur la capacité d'attention et de concentration, perte d'énergie, baisse de rendement) restent identiques à celles précédemment mentionnées (cf. notamment le rapport du 24 février 2016 du Dr X._____ et celui du 10 mars 2016 de la Dre Z._____). A noter encore que le traitement médicamenteux à visée psychiatrique reste inexistant.

En définitive, les experts ont été en mesure de communiquer des conclusions motivées et exemptes de contradictions. Ils se sont par ailleurs prononcés en pleine connaissance de l'ensemble des pièces du dossier et au terme d'un examen minutieux de la recourante. Cette

dernière a d'ailleurs eu l'occasion de faire part de l'intégralité de ses plaintes et d'exposer l'ampleur de son handicap sur les plans personnel et professionnel. S'agissant plus particulièrement du rapport d'expertise psychiatrique, on relèvera que celui-ci tient compte des indicateurs pertinents, telles que la cohérence et la plausibilité ainsi que des ressources de la recourante, dans l'évaluation de son état de santé psychique et des répercussions - en l'occurrence aucune - sur sa capacité de travail. On peut donc retenir que le rapport d'expertise de la Clinique D._____ et son complément d'expertise, fondant la décision litigieuse, remplissent tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les rapports médicaux transmis postérieurement à la décision du 6 mai 2020, de même que l'avis du Prof. R._____, ne remettent pas en cause leur valeur probante.

C'est donc à juste titre que l'intimé a considéré que la recourante disposait d'une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle depuis mi-août 2016, date à laquelle celle-ci a repris son activité professionnelle, et qu'il lui a, par conséquent, refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

7. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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

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

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 6 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de H. _____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Didier Elsig (pour H. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :