

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 décembre 2021

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Pasche, juge, et Mme Dormond Béguelin, assesseure
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
av. à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 88a
al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en qualité d'assistante administrative pour le D._____ dès 1998. En arrêt de travail complet à partir de novembre 2016 et percevant depuis lors des indemnités journalières de l'assurance perte de gain collective de son employeur, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 15 mars 2017, motivée par un syndrome de Bechterew (spondylarthrite ankylosante) déclaré pendant l'année 2000 et diagnostiqué en 2016.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a produit l'extrait du compte individuel AVS de l'assurée le 5 avril 2017. Ce document fait état de revenus salariés dès juillet 1991.

Répondant le 10 avril 2017 au questionnaire sur la détermination du statut, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 100 % par nécessité financière.

Le D._____ a rempli le questionnaire pour l'employeur le 24 avril 2017. Il en ressort qu'avant l'atteinte à sa santé, l'assurée travaillait à raison de 8 heures par jour ou 40 heures par semaine et percevait un revenu annuel de 82'838 fr. depuis le 1^{er} janvier 2015. Après l'atteinte à la santé, elle a repris le même poste dès le 1^{er} avril 2017 à 30 %, soit trois demi-journées de 4 heures par semaine, avec un salaire proportionnel à celui qu'elle percevait précédemment. Le poste occupé impliquait d'être souvent assis, parfois de soulever des charges jusqu'à 10 kg, et jamais de marcher, de rester debout ou de porter des charges supérieures à 10 kg.

Dans un rapport du 8 septembre 2017, le Dr W._____, spécialiste en ophtalmologie, a posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail d'angle iridocornéen étroit, depuis janvier 2017. Dans l'anamnèse, le médecin a signalé des céphalées chroniques en fin de journée et précisé que le pronostic était très bon après les iridotomies

effectuées en février 2017. La capacité de travail dans l'activité habituelle était exigible à 100 %, sans baisse de rendement.

Le 18 janvier 2018, la Dre B._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a établi un rapport dans lequel elle a posé les diagnostics de spondylarthrite ankylosante axiale et périphérique, de coxarthrose bilatérale, d'état anxio-dépressif réactionnel fluctuant traité et de néoplasie du col utérin devant être opéré le 18 janvier 2018. Elle a précisé que le diagnostic de spondylarthropathie active était basé sur la clinique et des critères de classification ESSG de spondylarthropathies en présence de six critères majeurs et de cinq critères mineurs, les critères de spondylarthropathie d'Amor s'élevant à un score de 14. Plusieurs traitements médicamenteux avaient été testés, sans amélioration pour les douleurs. Une récente poussée avec des douleurs importantes avait eu lieu. Le diagnostic et les douleurs avaient généré des troubles de la thymie et la consultation d'un psychiatre. La Dre B._____ attestait des incapacités de travail suivantes : 100 % du 22 novembre au 31 décembre 2016, 50 % du 1^{er} au 31 janvier 2017, 100 % du 1^{er} février au 31 mars 2017, 70 % du 1^{er} au 30 avril 2017 et 100 % depuis le 1^{er} mai 2017. Elle a relevé qu'en raison de l'importance du tableau douloureux actuel et de la fatigabilité liée tant au rhumatisme inflammatoire qu'aux mauvaises nuits générées par les douleurs, une reprise d'activité professionnelle serait actuellement trop précoce. Les restrictions physiques concernaient les évictions rachidiennes ainsi que celles touchant les membres supérieurs et inférieurs. La situation devrait être réévaluée en fonction de la réponse au traitement nouvellement instauré. Cas échéant, la reprise devrait être progressive, respectant les limitations fonctionnelles. Elle ajoutait que, lors de la consultation du 17 janvier 2018, le score de BASFI s'élevait à 8.8 et le BASDAI à 9.1. Avec son rapport, la Dre B._____ a joint les rapports suivants :

- Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du rachis complet et des articulations sacro-iliaques établi le 18 mai 2015 par le Prof. G._____, spécialiste en radiologie, concluant comme suit :

« Lésions séquellaires de sacroiliite et d'enthésopathie au niveau lombaire sans évidence de lésion floride actuellement si ce n'est discrètement au niveau des éléments postérieurs lombaire le tout est compatible avec une sacroiliite de nature actuellement quiescente étant donné l'absence de trouble dégénératif associé à ces mêmes niveaux. »

- Un rapport d'IRM cervicale du 17 janvier 2017, concluant à « une discrète atrophie cortico-sous-corticale compatible avec l'âge sans autre anomalie ».
- Un rapport d'IRM du rachis complet et des sacro-iliaques établi le 4 mai 2017 par le Prof. G. _____ concluant comme suit :

« Pas d'évidence d'argument pour une spondylarthrite ankylosante, par contre la symptomatologie pourrait être expliquée par une petite fracture-impaction du plateau vertébral supérieur de D6 qui en absence d'évolution avec un traitement conservateur pouvait éventuellement être traitée par cimentoplastie. (...) »

- Un rapport de densitométrie osseuse du 10 août 2017, dont il ressort que la mesure de la densitométrie osseuse était dans les limites de la norme au niveau de la colonne lombaire et du fémur proximal et que la texture osseuse était dans un état normal au niveau de la colonne lombaire. L'examen de la colonne dorso-lombaire de profil ne mettait pas en évidence de fracture vertébrale.

Une expertise médicale a été mise en œuvre par l'assurance perte de gain auprès du Dr X. _____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 3 avril 2018, ce médecin a constaté que la Dre B. _____ avait retenu le diagnostic de spondylarthrite ankylosante axiale et périphérique B27 négative, fondé sur l'horaire des symptômes, la raideur et l'IRM complète du rachis de 2015 ; à la lecture de cette IRM, on notait quelques érosions évoquant une sacro-iliite droite séquellaire, ainsi que des séquelles d'une maladie de Scheuermann, quelques discopathies débutantes mais pas de hernie discale. Toutefois, le même examen effectué en 2017 ne permettait pas de confirmer cette hypothèse, les

érosions des sacro-iliaques ayant disparu et faute de signe typique de sacro-iliite ou de spondylite. Le Dr X. _____ en concluait que le diagnostic de fibromyalgie était « beaucoup plus probable que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante », notant, outre l'horaire suspect des douleurs, « l'absence de B27 », une imagerie peu typique pour une spondylarthrite, un effet extrêmement modeste des traitements biologiques et une présentation clinique ainsi qu'une anamnèse évoquant un syndrome fibromyalgique. L'examen ne révélait pas de limitation fonctionnelle objective. L'assurée présentait uniquement les limitations liées au syndrome douloureux subjectif, à l'asthénie intense qu'elle décrivait ainsi qu'à son impression de flou visuel depuis une intervention pourtant considérée comme réussie par le spécialiste. L'expert estimait que l'activité habituelle de secrétaire de direction, qui n'impliquait pas de ports répétitifs de charge et permettait d'envisager une alternance des postures, était exigible « probablement même à un taux complet », avec toutefois une reprise progressive et un aménagement du poste de travail sur le plan ergonomique.

Par courrier du 20 avril 2018 au Dr X. _____, adressée en copie à l'OAI et à l'assurance perte de gain, l'assurée a contesté les conclusions et le déroulement de l'expertise, reprochant en particulier à l'expert d'avoir déclaré connaître son « vrai diagnostic » avant même l'examen clinique et de s'être montré brutal dans ses paroles et dans ses gestes. Dans un courrier adressé le 2 mai 2018 à l'assurance perte de gain, se disant désolé du ressenti de l'assurée, le Dr X. _____ a fait valoir qu'il avait effectué l'expertise selon les critères habituels, à savoir en évaluant le dossier pour se faire une première impression, en écoutant longuement et en examinant sans aucune brutalité la patiente puis en lui faisant part de son appréciation. Il ajoutait être étonné des remarques de l'assurée, lesquelles n'étaient toutefois pas de nature à modifier ses conclusions.

Répondant le 11 mai 2018 à un nouveau questionnaire de l'OAI, la Dre B. _____ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était défavorable, avec persistance des rachialgies

inflammatoires et des enthésites des membres inférieurs et supérieures. Au vu de la non-réponse au traitement instauré fin 2017, le Dr Z. _____, spécialiste en rhumatologie, avait été sollicité pour un second avis. La capacité de travail était toujours de 0 % dans toute activité, les limitations fonctionnelles étant toutes les évictions rachidiennes cervicales, dorsales, lombaires, les positions statiques maintenues, le travail avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, le travail répétitif avec les mains, la marche sur de longues distances et en terrain accidenté, la flexion des genoux, l'intolérance au stress vu les douleurs et la fatigabilité. La Dre B. _____ a joint un rapport de radiographie du bassin de face et axiale de hanches du 29 janvier 2018.

Dans un courrier adressé le 24 mai 2018 à Me Gilles-Antoine Hostetter, mandataire de l'assurée, la Dre B. _____ s'est déterminée sur le rapport d'expertise du Dr X. _____. Se référant à son rapport du 18 janvier 2018, le médecin a relevé en particulier les éléments suivantes :

« Objectivement, si je reprends le texte de l'expertise, je dirai qu'il n'y a pas besoin de « synovite, ténosynovite ou déformation articulaire » pour « suggérer » un « quelconque » « rhumatisme ». Plusieurs rhumatismes, dont la spondylarthropathie, n'ont aucune clinique allant dans ce sens.

Par ailleurs, l'absence de limitations articulaires est souvent fréquente chez les jeunes femmes atteintes de spondylarthrite et qui ont tendance à être souples (ce qui est le cas de Madame T. _____ qui effectue régulièrement des auto-exercices de mobilisation).

Je ne reconnais pas ma patiente dans l'examen que le Dr X. _____ a effectué de ses sacro-iliaques, mais il est vrai que selon les jours la situation peut varier...

Ceci n'est pas concordant avec plusieurs de mes observations au cours desquelles je retrouvais des douleurs tant des sacro-iliaques que des points publiens et où à plusieurs reprises j'ai été amenée à effectuer des infiltrations péri-articulaires à visée antalgique.

L'absence de l'antigène d'histocompatibilité HLA-B27, relevée par mon confrère, me fait dire : « et alors ? ».

La présence ou l'absence de cet antigène n'est absolument pas en lien avec la véracité ou non du diagnostic, de nombreuses spondylarthropaties, notamment chez la femme jeune, sont HLA-B27 négatives.

Il est évoqué à deux reprises des entités telles que le « syndrome algo-dysfonctionnel » et le « syndrome fibromyalgique ». J'aimerais savoir à quel critère ces entités correspondent exactement. Comme vous le savez, la fibromyalgie a fait l'objet de

nouveaux critères de diagnostic (critères de New-York modifiés - 2010).

Il est par ailleurs fait état d'un syndrome douloureux subjectif ». Je ne vois pas comment il est possible de l'objectiver car il est impossible d'estimer la douleur de quelqu'un d'autre. Ceci est d'ailleurs vrai pour la quasi-totalité des plaintes médicales.

De plus, l'absence de signe d'ankylose est tout à fait normal chez une jeune femme avec une spondylarthropathie axiale, entité où l'on ne s'attend pas forcément à avoir des signes d'ankylose de type limitation d'amplitude.

Le fait que la patiente n'aie pas répondu à deux traitements par anti-TNF alpha mais réponde légèrement au dernier traitement d'anti-interleukine 17A, récemment mis en route, n'est en soi pas une preuve de la non-conformité du diagnostic, car de nombreuses formes de spondylarthropathies sont résistantes à de nombreux traitements instaurés.

La remarque concernant l'imagerie, retrouvant qu'à l'IRM de 2015 il y avait des séquelles de sacroiliite et quelques érosions mais qu'en 2017 il n'existait plus d'érosion, ce que confirmait le radiologue spécialiste de l'appareil locomoteur, le Professeur G._____, est tout à fait correcte. Mais il ne faut peut-être pas perdre de vue que la patiente se trouvait déjà sous traitement immunosuppresseur lors de la réalisation de la 2^{ème} IRM... !

Par ailleurs, sur le plan de l'examen clinique, il faut aussi savoir que l'évaluation du rachis inflammatoire par les techniques d'examen manuel demeure très imparfaite, les structures profondes n'étant simplement pas évaluables par une quelconque palpation. »

Le 15 juin 2018, l'assurée a repris le travail auprès du D._____ au taux de 30 %, dans le cadre d'un programme d'augmentation progressive du taux de travail organisé avec ce dernier et l'assurance perte de gain, laquelle envisageait de mettre fin au versement des prestations dès novembre 2018.

Le 16 juillet 2018, lors d'un entretien organisé par l'OAI avec l'assurée et son employeur, il a été constaté que le taux de présence réel de l'intéressée était plutôt de 20 %, que son rendement était faible et qu'elle présentait plutôt une charge de travail supplémentaire pour sa supérieure hiérarchique. En raison de ses douleurs et de troubles de la vue induits par la douleur, chaque tâche lui prenait le double du temps et elle commettait de nombreuses erreurs. L'assurée ne se voyait pas augmenter son taux de présence en l'état, mais signalait avoir entrepris un nouveau

traitement ophtalmique et contacté un autre spécialiste en rhumatologie pour obtenir un second avis.

Dans un rapport adressé le 2 août 2018 à la Dre B._____, le Dr Z._____ a posé les diagnostics de spondylarthropathie axiale avec possible maladie digestive associée et de coxarthrose engainante bilatérale dans le cadre du conflit fémoro-acétabulaire de type Pincer. Il développe son diagnostic comme suit :

« En conclusion, je considère que Madame T._____ souffre bien sûr d'une coxarthrose bilatérale engainante avec des répercussions actuellement relativement modérées compte tenu de son activité professionnelle, chez une patiente qui n'a pas l'air de s'en plaindre trop. Elle souffre surtout, compte tenu de tous les éléments cliniques, anamnestiques et paracliniques à disposition, et sans tenir compte d'une potentielle discite d'Anderson, d'une spondylarthropathie axiale, diagnostic de spondylarthropathie axiale que je considère comme hautement probable, de l'ordre du définitif. En effet, si Madame T._____ ne satisfait clairement et par définition pas les critères ASAS de classification puisqu'elle est HLA-B27 négative et que l'IRM ne satisfait pas les critères de positivité au niveau des sacro-iliaques, elle a toutefois une probabilité diagnostique de souffrir de spondylarthropathie axiale extrêmement haute si l'on utilise le modèle de calcul pour estimer la probabilité diagnostique de souffrir de spondylarthrite axiale de l'ASAS chez un individu souffrant de rachialgies chroniques, algorithme disponible sur le site internet de l'ASAS (www.asas-group.org). Ce modèle permet de déterminer la probabilité de souffrir d'une spondylarthrite axiale, modèle basé sur la présence de paramètres individuels de spondylarthropathie chez un individu donné, algorithme qui lui a été défini pour poser un diagnostic contrairement aux critères de classification. Chaque élément présent correspond à rapport de vraisemblance (likelihood ratio), et le produit des rapports présents donnant une estimation de la vraisemblance du diagnostic avec comme valeurs clés retenues un produit à 20 pour une probabilité de maladie de 50%, 80 pour une probabilité de 80% et un rapport > 200 pour une probabilité de 90% ou un diagnostic définitif en terme médical.

Si on utilise cet algorithme dans le cas présent, et étant en conservateur, on peut retenir comme paramètres positifs que Madame T._____ souffre de rachialgies inflammatoires, puisque ces douleurs rachidiennes peuvent être classifiées comme telles, quels que soient les critères utilisés et validés (Calin, Rudwaleit ou ASAS), qu'elle présente également des talalgies inflammatoires classiques et une histoire familiale positive indiscutable. Elle présente indiscutablement des arthrites périphériques (synovites) à l'examen clinique. Si on prend juste ces éléments, leurs rapports de vraisemblance sont respectivement de 3.1, 3.4, 6.4 et 4.0, pour un produit de 269 et donc une probabilité de plus de 90%, sans prendre en compte la réponse aux anti-inflammatoires. En effet, Mme T._____ présente une bonne réponse aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, même si celle-ci n'est que partielle et insuffisante pour

reprendre une activité professionnelle. Le produit des rapports est alors supérieur à 1300 et on peut certainement dire que dans le cas présent la probabilité est extrêmement haute et de l'ordre du définitif en terme médical.

Par ailleurs, il faut aussi souligner qu'à l'opposé, la présentation serait des plus atypique pour une fibromyalgie, aussi bien au niveau du dessin que de la description de ses douleurs qui sont clairement isolées, précises sur des points d'enthèse et non pas comme on voit dans les syndromes douloureux avec des zones larges recouvrant généralement tout le corps. J'ai également été frappé par le fait qu'elle déclarait des douleurs au niveau de l'insertion de l'enthèse des tendons d'Achille, une localisation qui a été soulignée récemment comme étant la meilleure des localisations pour différencier une arthrite psoriasique d'une fibromyalgie, au niveau de l'insertion du ligament collatéral du genou, mais par contre pas du tout au niveau trochantérien, au niveau de la patte-d'oie ou des trapèzes qui sont classiquement des zones douloureuses chez toutes les fibromyalgiques.

Finalement, en ce qui concerne sa capacité de travail exigible, malheureusement la maladie est active et invalidante. Je ne suis pas certain qu'elle n'ait pas en plus une maladie inflammatoire du tube digestif sous-jacente avec cette notion de côlon irritable familiale et ses épisodes d'aphtoses. Un dosage de la calprotectine me paraîtrait avisé, avec, s'il est positif, une recherche un peu plus intensive d'une MICI.

(...)

En ce qui concerne les répercussions sur la capacité de travail, celles-ci sont importantes avec une maladie clairement active et invalidante. La raideur matinale est de plus de 40 minutes, la fatigue est intense et les douleurs sont importantes avec des réveils nocturnes fréquents. Elle travaille actuellement à 30 %, une activité professionnelle qui semble correspondre au maximum exigible en l'état actuel. Les limitations sont dues d'une part à cette atteinte dégénérative avec une coxarthrose bilatérale incompatible avec des déplacements fréquents, une station debout prolongée ou certains mouvements. Elles sont surtout dues à son rhumatisme inflammatoire en raison de la fatigue, des douleurs et de l'atteinte axiale et périphérique. Une possibilité de changer de position fréquemment, de se reposer, d'éviter les mouvements répétitifs, le port de charge, les milieux défavorables de type humidité, froid ou autre est importante. Heureusement, elle semble dans un sens avoir une activité professionnelle déjà optimisée, mais malheureusement une activité de la maladie qui ne lui permet pas de travailler à plus de 30% malgré ce milieu optimisé. Pour moi, la capacité professionnelle est limitée à 30% dans l'activité actuelle et dans une activité adaptée.

Le Dr Z. _____ exposait ensuite pourquoi, à son avis, l'expertise du Dr X. _____ ne pouvait être suivie, critiquant le diagnostic retenu et les motifs pour lesquels ce médecin réfutait le diagnostic de spondylarthrite. Il terminait son rapport comme suit :

« Pour terminer, en ce qui concerne le point 7 et les limitations fonctionnelles objectives, à nouveau le Docteur X._____ ne retient aucune limitation, appréciation basée uniquement sur l'examen du jour qui ne contient aucune évaluation de l'impact fonctionnel, de la douleur, de la raideur matinale, des réveils nocturnes ou d'autres problématiques. Le retentissement fonctionnel influençant la capacité de travail n'est de toute façon que peu liée dans une spondylarthrite à la présence ou non d'un syndrome inflammatoire ou d'un HLA-B27 voire des lésions IRM quelconques. Les facteurs prédictifs d'invalidité ou d'incapacité de travail, hormis les facteurs non liés directement à la maladie, comme le sexe, l'âge, le type de travail ou le niveau de scolarité, éléments d'ailleurs en faveur d'une activité professionnelle dans le cas de Madame T._____ sont l'activité de la maladie évaluée par des indices comme le BASDAI ou ASDAS, le retentissement fonctionnel avec un BASFI, l'atteinte structurelle avec un BASMI, et finalement une évaluation de la fatigue et de la douleur avec au moins des échelles analogiques. Le Docteur X._____ botte en touche en considérant que toutes les problématiques ne sont de toute façon dues qu'à une problématique douloureuse, ce qui me paraît de toute manière inadéquat puisqu'il est maintenant bien admis qu'un syndrome douloureux peut aussi avoir une conséquence fonctionnelle. Dans le cas présent, l'asthénie et des douleurs sont liées à un rhumatisme inflammatoire avec une très haute probabilité et ces limitations non décrites par le Docteur X._____, puisqu'elles n'étaient dues qu'à un syndrome douloureux, sont donc bien présentes. En conclusion, il admet que le travail est léger et qu'il n'y a pas de travail plus léger sur le plan physique puisqu'il n'y a pas de port répétitif de charges et qu'une alternance des postures est possible. Je pense donc, en accord avec le Docteur X._____, qu'il n'y a pas d'activité plus adéquate pour Madame T._____, mais contrairement à lui, que malheureusement cette activité ne peut être exercée à > 30 % en raison de son rhumatisme inflammatoire sévère et actif. »

Dans un rapport du 24 août 2018, le médecin ophtalmologue consulté par l'assurée a indiqué que, du point de vue oculaire, il n'existait « pas de problème pour travailler ».

Le 23 août 2018, la Dre B._____ a attesté d'une incapacité de travail de 100 % à compter du 1^{er} septembre 2018.

Le 28 août 2018, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a répondu à un questionnaire médical de l'OAI, posant le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), existant depuis 1992. Il a précisé que l'augmentation de la capacité de travail à plus de 30 % n'était actuellement pas envisageable,

les limitations fonctionnelles induite par son diagnostic étant la baisse de la capacité de concentration, l'incapacité de rester longtemps sur une chaise à cause des douleurs et le ralentissement. L'assurée pouvait travailler environ 8 heures par semaine dans l'activité habituelle, aucune autre activité plus adaptée ne pouvant être imaginée au vu des douleurs. Les douleurs et l'épisode dépressif sévère faisaient obstacle à la réinsertion et ne permettaient plus à l'intéressée d'accomplir ses tâches ménagères depuis deux ans, ni de conduire un véhicule. Dans l'annexe psychiatrique au rapport, le médecin mentionnait encore une hypersensibilité au stress, tant au travail qu'à la maison.

A la demande de son Service médical régional (SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, neurologique, rhumatologique et psychiatrique) auprès de la Clinique N._____. Le rapport, déposé le 23 août 2019, fait état des diagnostics de syndrome de l'intestin irritable (K58), d'intolérance au lactose (E73.9), d'intolérance non cœliaque au gluten, de migraines sans aura (G43.0), de céphalée de tension (G44.2), de coxarthrose bilatérale (M16.9), de fibromyalgie (M79.70) et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) dans le contexte d'un syndrome douloureux. A propos du diagnostic de spondylarthrite posé par les rhumatologues traitants de l'assurée, les experts ont noté ce qui suit :

« Finalement c'est en 2015, date à laquelle on suspecte une sacro-iliite sur une IRM du rachis total, que le diagnostic de spondyloarthrite est évoqué et finalement retenu par sa rhumatologue traitante, qui décrit une atteinte enthésitique multiple. On souligne que les nombreuses IRM successives réalisées par la suite en 2017, 2018 et 2019, tant au niveau rachidien que sacro-iliaque, n'ont pas permis de retrouver d'argument radiologique en faveur d'un rhumatisme inflammatoire à forme axiale. On relève également le HLA-B27 négatif, le contexte clinique, en plus de ces deux derniers critères pour le diagnostic de spondyloarthrite, avec l'absence d'autres éléments tels que maladie inflammatoire du tube digestif (écartée par une colonoscopie en début d'année), psoriasis, uvéite. On souligne également la réponse thérapeutique considérée comme négative (uniquement partielle aux AINS comme le prouve le recours aux opiacés de façon concomitante). La réponse aux anti-TNF et anti-IL17 est également négative.

On a repris dans des rapports médicaux la notion d'une anamnèse familiale positive. Toutefois là également, aucune certitude, l'assurée alléguant que du côté paternel, sa grand-mère souffrirait

des mêmes douleurs, sans qu'une thérapie spécifique n'ait été envisagée, que son père souffrirait d'une arthrite non spécifiée. Enfin, la description d'enthésites, avec des talalgies plantaires et postérieures, de même qu'une épitrochléite interne droite, paraît être liée à des facteurs mécaniques, en particulier des troubles statiques des pieds, l'échographie n'ayant démontré aucun signe d'enthésite inflammatoire active.

Il a été argumenté que l'absence de signe inflammatoire tant au plan axial que clinique et biologique pouvait être expliquée par un traitement spécifique en cours. Toutefois, il n'a jamais été fait mention d'un épisode d'arthrite, d'une dactylite ou d'un quelconque épanchement articulaire avant le diagnostic et l'IRM effectuée avant traitement ne démontre aucun signe objectif d'une atteinte inflammatoire pelvi-spondylienne.

Au total, on est donc ici face à des douleurs chroniques évoluant depuis une vingtaine d'années, avec la présence de quelques troubles dégénératifs mineurs rachidiens et séquelles de maladie de Scheuermann, et d'une coxarthrose bilatérale. Une spondylo-arthrite n'entre donc selon la plus haute vraisemblance pas en considération dans le cas présent. On retient plutôt un état douloureux chronique diffus. Si l'on prend en compte tant les anciens que les nouveaux critères ACR révisés 2016 de la **fibromyalgie** (M79.70), force est de constater que l'assurée les remplit, tant en ce qui concerne l'intensité et le nombre des zones douloureuses, que la sévérité des symptômes somatiques. »

S'agissant de la capacité de travail, les experts ont exposé ce qui suit :

« En raison du trouble dépressif récurrent, on doit admettre une incapacité de travail totale transitoire durant la période du suivi psychiatrique, à savoir du 15 septembre 2017 au 21 août 2018 dans tout type d'activité. Ce trouble est actuellement en rémission et n'entraîne plus aucune incapacité.

En raison de la coxarthrose, il existe des limitations fonctionnelles dans des activités nécessitant des déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, les montées et descentes d'escaliers ou sur des échelles, les positions accroupie ou à genoux, les ports de charges de plus de 10 kg. Dans une activité adaptée telle que celle exercée dans la gestion commerciale au D. _____, on peut retenir une baisse de rendement liée à la fatigue et aux douleurs de l'ordre de 30% soit une capacité de 70 % sur un taux horaire de 100 % et ce dès la date de l'incapacité de travail, soit dès novembre 2016. Nous nous éloignons de l'appréciation de l'expertise perte de gain de mars 2018, retenant la fibromyalgie mais ne prenant pas suffisamment en compte la fatigue et son retentissement. Nous nous éloignons également des appréciations des rhumatologues traitants, en l'absence de signe objectif de limitation articulaire et du rachis (exception faite des hanches) ou inflammatoire.

Il faut à cet égard souligner que la présence d'une spondylo-arthrite ne modifierait en rien notre appréciation en ce qui concerne les limitations fonctionnelles et la baisse de rendement.

Il n'existe enfin aucune mesure susceptible d'avoir un impact sur la capacité de travail. Malgré l'amenuisement de ses ressources, nous ne

voyons pas d'obstacle à un nouvel essai de mesures professionnelles, même si le pronostic est réservé. »

Au terme d'un rapport du 22 septembre 2019, le SMR a fait siennes les conclusions des experts.

Le 23 octobre 2019, l'OAI a rendu un projet de décision par laquelle il envisageait l'octroi à l'assurée d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2017 au 30 novembre 2018. Il tenait compte d'une incapacité de travail totale dans toute activité du 22 novembre 2016 au 22 novembre 2017, puis d'une capacité de travail de 70 % dans toute activité dès le 22 août 2018. La comparaison des revenus avec et sans atteinte à la santé aboutissait dès lors à un degré d'invalidité de 30 %, ne donnant plus droit à une rente trois mois après l'augmentation de la capacité de travail et de gain.

L'assurée, toujours représentée par Me Hofstetter, a contesté ce projet de décision le 4 novembre 2019. Elle réfutait la valeur probante de l'expertise de la Clinique N._____ du 23 août 2019, qui n'avait pas retenu le diagnostic de spondylarthrite pourtant attesté par les Drs Z._____ et B._____. Relevant qu'elle n'avait pas eu l'occasion de se déterminer formellement sur le contenu de dite expertise, elle s'étonnait en outre qu'un taux d'abattement à titre de limitation fonctionnelle de l'ordre de 20 à 25 % ne soit pris en considération dans le calcul du degré d'invalidité.

Elle a complété son écriture le 10 mars 2020, en se référant à un rapport établi le 7 mars 2020 par le Dr Z._____, auquel elle a soumis l'expertise de la Clinique N._____ pour avis et qui exposait ce qui suit :

« Il me semble avoir deux aspects différents à traiter. Le premier élément est celui du diagnostic, les experts de la Clinique N._____ considérant que le diagnostic de spondylarthropathie l'arthrite n'entrant pas en considération dans le cas présent (page 18). Leur argumentation se base avant tout sur l'absence de HLA B27 ou selon eux [de] documents radiologiques ou d'autres éléments. Une fois de plus, l'absence de HLAB27 n'est [...] de loin pas un argument définitif, alors que je trouve gênant de considérer qu'il n'y a aucun document radiologique en faveur de ce diagnostic avec, dans le dossier, un rapport du professeur

G._____, qui fait référence en matière de radiologie ostéoarticulaire, et dans son rapport de 2015 les lésions séquellaires de sacroiliite et d'enthésopathie lombaire, et un œdème sous-chondrale des articulations sacro-iliaques en 2017. En ce qui concerne l'anamnèse familiale, si je veux bien admettre que l'anamnèse de spondylarthrite chez la grand-mère n'est pas certaine, les experts oublient le psoriasis de l'oncle de l'assurée, anamnèse qui dans le cas présent à la même valeur sémiologique. Surtout, [les] experts ne tiennent nullement compte de l'anamnèse de rachialgies inflammatoire ni, surtout, de l'attestation par leurs confrères de synovites et d'enthésites. Un de leurs arguments, toujours en page 18, est qu'il n'est jamais fait mention d'un épisode d'arthrite, alors que je note spécifiquement dans mon rapport en page trois qu'elle présente indiscutable[ment] des arthrites périphériques (synovites) à l'examen clinique. Finalement, l'argument que l'échographie n'ait pas démontré de signe d'enthésite inflammatoire active ne permet aucunement de lier les talalgies et autres douleurs à des facteurs mécaniques. L'échographie est malheureusement mauvaise pour évaluer l'activité d'une enthésite, au même titre d'ailleurs que l'IRM, et un examen ponctuel ne permettrait de toute manière certainement pas d'exclure des enthésites parce que l'examen du jour n'est pas actif.

Un deuxième point est bien sur la problématique de la capacité de travail, respectivement du rendement exigible. Les experts notent en page 20 que la présence d'une spondylarthrite ne modifierait en rien leurs appréciations en ce qui concerne les limitations fonctionnelles et la baisse de rendement. A ce sujet, les experts notent en page 18 que pour le diagnostic de fibromyalgie elle remplit largement les critères en termes d'intensité et sévérité des symptômes, sévérité qui toutefois ne semble pas être associé à une quelconque limitation fonctionnelle ou baisse de rendement. L'évaluation de la Clinique N._____ comporte toutefois des indices spécifiques de la spondylarthrite, d'activité (BASDAI) et le retentissement fonctionnel (BASFI). Dans les deux cas, ceci dénote une atteinte sévère avec des scores respectivement à 8,3 et 8,8/10. De manière intéressante, une étude récente a démontré que l'activité de la maladie mesurée par le BASDAI, avec un cut off à 4, corrélait de manière très significative avec l'absentéisme, le présentéisme, la perte de productivité et l'invalidité. On peut donc considérer que l'évaluation de la Clinique N._____ parle au contraire en faveur de conséquences fonctionnelles et d'une baisse de rendement très marquée selon les données de leur propre évaluation, s'il s'agissait bien, comme j'en suis certain, d'une spondylarthrite.

En conclusion, je n'ai pas trouvé d'arguments susceptibles de modifier mon appréciation du diagnostic de Madame T._____ basé sur la présence de rachialgies chroniques, inflammatoire[s], associé à une anamnèse familiale positive (en tout cas très clair[e] de psoriasis au minimum) et la présence d'arthrite et d'enthésites que j'ai moi-même observées et [dont] la valeur sémiologique pour le diagnostic reste identique qu'elle reste ou non présente. Dans tous les cas, des arguments radiologiques, ou de réponse aux traitements, ne seraient que des éléments supplémentaires qui

augmenteraient encore la probabilité diagnostique, mais dont l'absence ne diminue pas cette même probabilité. Finalement, selon les données de la littérature, l'évaluation même de la Clinique N._____ parle en faveur de conséquences fonctionnelles et de baisse[s] de rendement très marquée[s], dans tous les cas s'il s'agit bien d'une spondylarthrite. Mais je pourrais m'accorder avec les experts sur le fait que le diagnostic de fibromyalgie ne devrait pas modifier de manière majeure ces mêmes conséquences fonctionnelles et baisse[s] de rendement, les données de la littérature démontrant finalement que des symptômes de cette sévérité sont associés à des conséquences fonctionnelles majeures, et il n'y a pas d'arguments pathophysiologique pour penser que deux diagnostics s'exprimant de manière identique aient des conséquences diamétralement opposées. »

Dans un rapport du 7 septembre 2020, invité à se prononcer sur le rapport du Dr Z._____ du 7 mars 2020, le SMR a conclu que ce document n'apportait aucun fait nouveau ni argument qui pourraient aller à l'encontre des conclusions des experts, de sorte qu'il maintenait les conclusions de son rapport du 22 septembre 2019.

Par décision du 9 novembre 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente ordinaire d'invalidité à l'assurée pour la période du 1^{er} novembre 2017 au 30 novembre 2018 d'un montant de 1'997 fr. par mois, reprenant la motivation développée dans son projet de décision du 23 octobre 2019.

B. Toujours représentée par Me Hofstetter, T._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 10 décembre 2020, concluant principalement à sa réforme dans le sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu dès le 1^{er} novembre 2017 sans limitation dans le temps, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Reprenant l'argumentation déjà développée à l'encontre du projet de décision, elle réfutait la valeur probante des deux expertises médicales versées à son dossier, dont elle contestait les diagnostics posés et la capacité de travail exigible reconnue, et critiquait le calcul du degré d'invalidité en lien avec le montant retenu du revenu avec invalidité.

Avec sa réponse du 1^{er} février 2021, l'intimé a produit un avis SMR du 28 janvier 2021, dans lequel le SMR exposait notamment, en relation avec l'évolution de la capacité de travail, qu'il avait commis une erreur dans son rapport du 22 septembre 2019 et qu'en se fondant sur l'expertise, il fallait retenir une incapacité de travail de 30 % de novembre 2016 au 14 septembre 2017 pour raison somatique, une incapacité de travail de 100 % du 15 septembre 2017 au 21 août 2018 pour raison psychiatrique et une incapacité de travail de 30 % depuis le 22 août 2018 « en raison somatique et en rapport avec les LF [limitations fonctionnelles] (déplacement[s] prolongés ou en terrain irrégulier, les montées et descentes d'escaliers ou sur des échelles, les positions accroupie ou à genoux, les ports de charges de plus de 10 kg, fatigue) ». Sur la base de cet avis, l'OAI a fait valoir que sa décision avait tenu compte à tort d'une incapacité de travail totale dès le 22 novembre 2016 et devait être rectifiée afin de tenir compte de l'exigibilité de 70 % dans l'activité habituelle existant à cette époque. Il fallait ainsi retenir que l'incapacité de travail moyenne, calculée rétrospectivement sur une année avait atteint le seuil légal de 40 % début novembre 2017, calcul détaillé dans une fiche de calcul intitulée « calcul de l'invalidité moyenne » jointe à son écriture. Cette incapacité de travail ne donnait droit qu'à un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2017, avec passage à une rente entière dès le 1^{er} février 2018 et jusqu'au 30 novembre 2018. L'intimé relevait par ailleurs qu'aucun abattement ne pouvait être opéré sur le revenu avec invalidité, dès lors qu'il n'était pas déterminé à l'aide des statistiques.

Dans sa réplique du 31 mars 2021, l'assurée a contesté l'erreur alléguée par l'intimé dans sa réponse et a maintenu ses propres conclusions, pour les motifs déjà développés dans ses écritures précédentes.

Dupliquant le 3 mai 2021, l'intimé a confirmé sa position en se référant principalement à l'avis SMR du 28 janvier 2021.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

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

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

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

4. 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).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice

pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à la personne assurée d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références cités). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 8C_84/2018 du 1^{er} février 2019 consid. 5.2 ; 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. L'intimé fonde sa décision sur les constatations des médecins de la Clinique N._____. La recourante conteste la valeur probante de leur expertise, en s'appuyant sur les critiques émises par le Dr Z._____.

Elle se réfère par ailleurs aux appréciations de ce médecin et de la Dre B. _____ relatives à sa capacité résiduelle de travail.

a) L'expertise de la Clinique N. _____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence, dès lors qu'elle se fonde sur des examens complets, que les experts ont pris en considération les plaintes exprimées par la recourante, qu'ils ont eu connaissance de l'ensemble du dossier, qu'ils ont décrit le contexte médical, présenté leur appréciation de la situation médicale de manière claire et motivé leurs conclusions. Ceux-ci ont en outre été désignés conformément à l'art. 44 LPGA.

b) Le Dr Z. _____ critique l'expertise de la Clinique N. _____ en observant que la réfutation du diagnostic de spondylarthrite par les experts reposerait « avant tout » sur l'absence de HLA B27. Cette remarque est toutefois inexacte, puisque les experts de la Clinique N. _____ ont pris en considération un ensemble de critères et procédé à une analyse globale pour finalement réfuter le diagnostic de spondylarthrite.

Le Dr Z. _____ reproche également aux experts d'avoir négligé un rapport du Dr G. _____ faisant état de constatations radiologiques compatibles avec une spondylarthrite. Or, si le Dr G. _____ a bien fait état, dans un rapport du 18 mai 2015, de lésions séquellaires de sacroiliite et d'enthésopathie au niveau lombaire, il a précisé qu'il n'y avait pas d'évidence de lésion floride lors de l'examen, si ce n'est discrètement au niveau des éléments postérieurs lombaires. Le tout était compatible avec une sacroiliite, qui était toutefois « de nature actuellement quiescente étant donné l'absence de trouble dégénératif associé à ces mêmes niveaux ». Ce médecin ne s'est toutefois pas déterminé sur une spondylarthrite ankylosante dans ce rapport. En revanche, il a constaté qu'il n'y avait « pas d'évidence d'argument » pour une telle atteinte dans un rapport d'examen du 4 mai 2017.

Le Dr Z. _____ fait ensuite grief aux experts d'avoir constaté qu'il n'avait jamais été fait mention d'un épisode d'arthrite, d'une dactylite

ou d'un quelconque épanchement articulaire, alors qu'il avait pour sa part constaté, en page 3 de son rapport du 2 août 2018, qu'elle présentait « indiscutablement des arthrites périphériques (synovites) à l'examen clinique ». Le Dr Z._____ tire toutefois hors de son contexte le constat litigieux auquel il se réfère. C'est en effet pour répondre à l'argumentation, présentée précédemment par le Dr Z._____ ou la Dre B._____, d'après laquelle l'absence de signe inflammatoire tant au plan axial que clinique et biologique pouvait être expliquée par un traitement en cours, que les experts ont mentionné l'absence d'épisode d'arthrite, de dactylite ou d'un quelconque épanchement articulaire « avant le diagnostic ». Ils n'avaient donc pas à mentionner, à ce stade, les constatations faites par le Dr Z._____ en 2018. Au demeurant, si le Dr Z._____ conclut effectivement à la présence « indiscutable » d'arthrites périphériques en page 3 de son rapport du 2 août 2018, il décrit celle-ci, lorsqu'il présente le résultat de l'examen clinique dans la page précédente, seulement comme « des synovites discrètes des MCP [articulations métacarpiennes] 3 et 4 à droite, et 2 et 3 à gauche, ainsi qu'un petit flot et empâtement du genou D[roit] ». Cependant, les autres rapports médicaux au dossier n'en font pas état et les experts ont, pour leur part, constaté l'absence de synovite ou de dactylite, tant au niveau des membres supérieurs que des membres inférieurs (expertise, p. 16). Les experts ont effectué une échographie articulaire - examen que le Dr Z._____ n'a pas pratiqué - et constaté qu'elle ne démontrait aucun signe d'enthésite inflammatoire active au niveau de l'insertion du tendon d'Achille ni en regard de l'enthèse plantaire, des deux côtés.

Le Dr Z._____ allègue enfin que les experts n'auraient pas tenu compte d'un psoriasis dont serait affecté un oncle de la recourante et qu'ils auraient apprécié la capacité résiduelle de l'intéressée en négligeant les scores « Basdai » et « Basfi ». Certes, les experts n'ont pas fait mention, dans la discussion portant sur le diagnostic, en page 18 de l'expertise, d'un psoriasis chez un oncle de l'assurée. Toutefois, au vu de l'analyse globale effectuée par les experts et de leur argumentation pondérée, l'absence de rappel de cet antécédent familial dans cette partie de l'expertise n'est pas de nature à permettre de douter de la pertinence

de cette analyse et de la valeur probante des constatations des experts, étant au demeurant relevé qu'il a été mentionné en page 13, dans l'anamnèse familiale. Pour le surplus, contrairement à ce qu'avance le Dr Z._____, les experts ont fait état de scores de 88 et 8,275 fondés sur les réponses de l'assurée aux questionnaires « BASFI » et « BASDAI », ainsi que d'un score « BASMI » de 3/10 (expertise, p. 16). Il convient par ailleurs de relever que les questionnaires BASFI et BASMI sont des outils diagnostics parmi d'autres, qui reposent essentiellement sur une évaluation subjective de ses limitations et douleurs par la personne assurée. A nouveau, force est de constater qu'en ne privilégiant pas cette seule approche diagnostique, mais en procédant à une analyse plus globale de l'ensemble des indices au dossier, les experts ont motivé leurs constatations de manière probante. Il en va de même de leur appréciation relative à la capacité résiduelle de travail de la recourante, qui repose par ailleurs sur une approche pluridisciplinaire, la mieux à même de cerner cette capacité résiduelle de travail aussi objectivement que possible.

c) Ainsi, au vu de ce qui précède, les constatations des experts de la Clinique N._____ revêtent une pleine valeur probante et les critiques émises par le Dr Z._____ ne justifient pas de s'en écarter, ni de mettre en œuvre une nouvelle expertise. L'intimé s'est donc fondé à juste titre sur les résultats de leur expertise pour déterminer la capacité de travail de l'assurée et son évolution dans le temps.

6. La recourante critique par ailleurs le calcul du degré d'invalidité, en pointant le fait qu'un abattement supplémentaire de 20 à 25 % aurait dû être opéré sur le revenu avec invalidité.

a) Conformément à l'art. 16 LPGA, le taux d'invalidité est déterminé par comparaison des revenus avec et sans invalidité (cf. consid. 3b ci-dessus).

aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution

vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

Lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail. Cela ne laisse plus de place à la prise en compte d'un éventuel abattement, lequel ne peut s'opérer que si le revenu d'invalidité est déterminé au moyen des données statistiques de l'ESS (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2).

b) En l'espèce, les experts de la Clinique N. _____ ont conclu que, sous réserve d'une période d'incapacité de travail totale en lien avec une problématique psychique, la recourante présente une capacité de travail résiduelle de 70 % dans son activité habituelle. A cet égard, l'intéressée fait valoir que ses importantes limitations fonctionnelles sont dissuasives pour tout employeur, indépendamment de la diminution de sa

capacité de travail, et qu'il faut en tenir compte dans la détermination du revenu d'invalidité.

Cette argumentation tombe à faux. En effet, comme déjà relevé précédemment, les experts ont déterminé la capacité de travail résiduelle de la recourante en tenant compte de l'ensemble de ses atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles qui en découlent, dont en particulier sa fatigabilité accrue. Dans ce contexte, ils ont observé que son activité habituelle était compatible avec sa capacité de travail résiduelle. Par conséquent, l'intimé a constaté à juste titre que le taux d'invalidité, identique au taux d'incapacité de travail, est de 30 %, respectivement de 100 % sur la période du 15 septembre 2017 au 21 août 2018. Le recours aux statistiques étant exclu, aucun abattement supplémentaire ne peut être appliqué.

7. Dans sa réponse, l'intimé a exposé avoir commis une erreur en allouant une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2017 et a conclu à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2017, puis d'une rente entière du 1^{er} février au 30 novembre 2018. Il a joint une fiche de calcul intitulée « calcul de l'invalidité moyenne ».

Le raisonnement de l'intimé ne peut être suivi, dès lors qu'il se fonde sur une notion d'invalidité moyenne dépourvue de base légale (cf. AI 29/20 - 337/2020 du 5 octobre 2020 consid. 5). Certes, l'art. 28 al. 1 let. b LAI pose la notion d'incapacité de travail moyenne pour calculer le délai de carence d'une année et donc la date de l'ouverture du droit à la rente. En revanche, l'art. 28 al. 1 let. c LAI détermine l'étendue du droit à la rente en se référant au taux d'invalidité existant au moment où le délai arrive à échéance. Il n'est pas question à ce stade d'un taux moyen d'incapacité de travail, et encore moins d'un taux moyen d'invalidité, sur une année. Par ailleurs, le délai d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, qui se calcule en jours, sur une base de trois cent soixante-cinq jours, commence à courir lorsque l'assuré a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux

habituels, ce qui est déjà le cas d'une réduction de la capacité de travail de 20 % (TF 9C_1018/2010 du 12 mai 2011 consid. 3.2). Or, dans le cas d'espèce, où le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail, il apparaît que le délai de carence d'une année a débuté le 22 novembre 2016, date à partir de laquelle une diminution de la capacité de travail de 30 % a été reconnue par les experts de la Clinique N._____. Lorsque ce délai a pris fin, le 21 novembre 2017, l'incapacité de travail moyenne s'élevait à 43 % (297 jours à 30 % et 68 jours à 100 %, sur un total de 365 jours), ouvrant donc le droit à une rente dès le 1^{er} novembre 2017. Par ailleurs, au 21 novembre 2017, la recourante présentait une incapacité de travail de 100 %, et donc un taux d'invalidité du même ordre, qui a perduré jusqu'au 21 août 2018, date à partir de laquelle l'incapacité de travail, respectivement le taux d'invalidité, sont redescendus à 30 %. C'est donc à juste titre que le droit à une rente entière d'invalidité a été reconnu à la recourante jusqu'au 30 novembre 2018 (art. 88a al. 1 RAI), la décision litigieuse n'étant pas entachée d'erreur sur ce point.

Au demeurant, même si l'on devait suivre le raisonnement de l'intimé, il devrait être renoncé à la modification requise. En effet, si l'art. 61 let. d LPGA permet, en principe, de réformer une décision au détriment du recourant, il ne s'agit en réalité que d'une simple possibilité laissée au tribunal. Le tribunal n'opte pour une *reformatio in pejus* qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (cf. Jean Métral, Commentaire romand de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales, Bâle 2018, n. 77 ad art. 61 LPGA). En l'occurrence, la période considérée porte sur trois mois seulement. Compte tenu des difficultés et incertitudes liées à la fixation, rétroactivement, d'une capacité résiduelle de travail pour une assurée présentant un tableau clinique tel que celui de la recourante, une telle *reformatio in pejus* s'avèrerait inappropriée.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée, sans qu'il y ait lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comme le requiert

la recourante. En effet, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a).

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 novembre 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 la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour T. _____),
- 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 :