

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 juillet 2024

---

Composition : M. WIEDLER, président  
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Marine Girardin, avocate  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28, 29 LAI ; 88a RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, mariée, titulaire d'un diplôme d'esthéticienne et de coiffeuse pour dame, a travaillé dès le 16 mai 2006 en qualité de conseillère de vente à 100 % auprès de T.\_\_\_\_\_ SA.

Le 7 août 2012, 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) en indiquant souffrir d'une spondylarthrite ankylosante traitée depuis 2010. Dans le formulaire de détermination du statut complété le 22 août 2012, elle a écrit que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % en qualité de conseillère de vente, par nécessité financière.

Répondant le 11 septembre 2012 à un questionnaire médical de l'OAI, la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis mai 2012 et a posé les diagnostics d'épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique en cours de rémission (F32.2), d'autres troubles mentaux dus à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral ou à une affection physique : labilité (asthénie) émotionnelle organique (F06.6) avec difficultés liées à l'emploi (Z56), en précisant que l'intéressée souffrait notamment de la maladie de Bechterew et d'autres diagnostics somatiques. Elle attestait d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 15 mai 2012. Une reprise progressive du travail paraissait cependant possible jusqu'au taux de 100 % avec une diminution de rendement de 30 à 40 %.

Le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a rempli un questionnaire médical de l'OAI le 14 septembre 2012. Précisant suivre l'assurée depuis mars 2009, il a posé en particulier le diagnostic de spondylarthrite HLA-B27 positive et a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 15 mai 2012. L'activité habituelle était encore exigible à 50 % avec un rendement réduit à cause d'une limitation de la

performance physique. Il fallait en outre s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50 % à partir de début octobre.

Également interrogée par l'OAI, la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a rendu un questionnaire médical complété le 21 septembre 2012, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques dans le cadre d'une spondylarthropathie HLA-B27 positive et déterminant des limitations fonctionnelles (port de charges lourdes, port répété de charges légères, travaux en flexion, extension, rotation et inclinaison du tronc, travaux avec les bras surélevés, alternance des positions assise et debout). Dans l'activité habituelle, qui n'était pas adaptée à sa maladie, elle ne pourrait pas reprendre à plus de 50 %. Il n'était pas certain qu'un taux supérieur à 50 % puisse être possible dans une activité adaptée, étant précisé que les activités de coiffeuse et d'esthéticienne, pour lesquelles elle disposait d'un diplôme, n'étaient pas adaptées à sa maladie ainsi qu'en raison d'une intolérance à plusieurs produits et d'un eczéma.

T.\_\_\_\_\_ SA a retourné le questionnaire pour l'employeur le 26 septembre 2012, en indiquant notamment que l'assurée percevait un salaire annuel de 50'440 fr. depuis mars 2012.

Par communication du 16 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'était possible, au motif que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée et ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures.

Réinterrogé par l'OAI en mars 2013, le Dr U.\_\_\_\_\_ a renvoyé aux conclusions de la rhumatologue traitante. La Dre D.\_\_\_\_\_ a par ailleurs indiqué que l'assurée avait arrêté son suivi psychiatrique en janvier 2013 (cf. note d'entretien du 8 mars 2013).

Dans un rapport du 27 mars 2013, la Dre H.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de spondylarthropathie HLA-B27 positive avec cervicalgies chroniques et sacro-iliite droite et renvoyé à son précédent rapport

s'agissant des limitations fonctionnelles. Elle a relevé que sa patiente avait repris son activité professionnelle à 100 % le 1<sup>er</sup> décembre 2012 mais que, depuis lors, elle avait de nouveau d'importantes douleurs du rachis cervical et des épaules, entraînant des céphalées, une diminution de la force des doigts et une asthénie importante. Il était probable qu'une capacité de travail d'environ 60 % puisse être maintenue sur le plan rhumatologique. Il n'était en outre pas certain qu'elle puisse travailler à plus de 60 % dans une activité adaptée. La Dre H. \_\_\_\_\_ a par ailleurs attesté d'une incapacité de travail de 100 % du 18 janvier au 11 février 2013 en raison d'une sacro-iliite droite hyperalgique. Elle a précisé le 5 septembre 2013 que l'atteinte à la santé n'était pas contrôlée sous le protocole thérapeutique instauré, l'assurée ayant fait une nouvelle poussée de spondylarthropathie de caractère inflammatoire début août 2013, avec atteinte des coudes, des mains et des genoux. Elle poursuivait son activité professionnelle à 100 % par crainte d'un licenciement malgré les douleurs et une importante asthénie, si bien qu'il n'était pas possible d'indiquer jusqu'à quand l'intéressée pourrait continuer à travailler à 100 %.

Le 26 mars 2014, la Dre H. \_\_\_\_\_ a encore signalé un nouvel arrêt de travail pour des raisons rhumatologiques du 30 janvier au 1<sup>er</sup> février 2014. L'activité exercée par la patiente n'était pas adaptée à sa maladie, en raison du port de charges répété et de la station debout exclusive. Il était probable qu'une capacité de travail d'environ 60 % puisse être maintenue sur le plan rhumatologique. La spécialiste a ajouté que la capacité de travail dans une activité adaptée aurait dû osciller entre 60 % et 100 % et que les limitations fonctionnelles étaient inchangées depuis son rapport médical du 21 septembre 2012.

Consulté pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu dans son avis du 24 avril 2014, que l'atteinte à la santé n'était pas contrôlée par le protocole thérapeutique en raison d'intolérances et/ou de nouvelles poussées, que l'activité actuelle ne paraissait plus adaptée et qu'à terme la capacité de travail exigible serait entre 60 et 100 %.

Dans un nouveau rapport du 18 décembre 2014, la Dre H.\_\_\_\_\_ a fait part d'une évolution défavorable, avec une importante recrudescence des douleurs. L'introduction d'un nouveau médicament associé à un arrêt de travail avait permis une légère amélioration des symptômes. Ainsi, la capacité de travail dans l'activité habituelle avait été nulle du 30 juin au 12 juillet 2014. Elle était durablement de 50 % depuis le 13 juillet 2014. La capacité de travail dans une activité adaptée serait probablement de 50 % également, depuis juillet 2014. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges lourdes, le port répété de charges légères, les travaux en flexion, extension, rotation et inclinaison du tronc, l'alternance des positions assise et debout, les travaux avec les bras surélevés, les travaux de force avec les doigts et la nécessité de faire des pauses régulièrement.

Le 29 mai 2015, E.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI une demande de compensation avec des paiements rétroactifs AVS/AI en sa qualité d'assureur perte de gain en cas de maladie (contrat collectif pour des indemnités journalières régi par la LCA [loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1]). Elle a complété sa demande le 30 juin 2015 en exposant qu'elle intervenait dans la prise en charge de l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et en joignant une déclaration de consentement du 18 mai 2015, comportant la signature de l'assurée, rédigée comme suit :

« J'ai pris connaissance du fait que, jusqu'à ce que l'AI ait rendu sa décision, E.\_\_\_\_\_ ne verse l'intégralité des indemnités journalières dans le cadre contractuel convenu que si je me suis annoncé(e) à l'AI dans les délais impartis. J'accepte que les arriérés de rentes AI ou d'indemnités journalières soient compensés avec les indemnités journalières déjà allouées par E.\_\_\_\_\_ et je donne mon accord pour que la caisse de compensation rembourse directement à E.\_\_\_\_\_ les montants qui en résultent.

Par ailleurs, j'autorise E.\_\_\_\_\_, en sa qualité d'assureur d'une indemnité journalière en cas de maladie, à consulter les dossiers de la caisse de compensation AVS et de l'assurance-invalidité. »

T.\_\_\_\_\_ SA a résilié le contrat de travail de l'assurée par courrier du 19 juin 2015 pour le 31 août 2015.

La Dre H. \_\_\_\_\_ a fait part à nouveau, le 6 novembre 2015, d'une évolution défavorable depuis son précédent rapport. Les douleurs étaient importantes et le traitement médicamenteux avait dû être interrompu en raison des effets secondaires. Des perfusions de Remicarde avaient été commencées le 2 novembre 2015. L'assurée avait en outre été opérée le 15 juin 2015 d'une déchirure du ménisque interne du genou droit mais d'importantes douleurs persistaient, ainsi que des limitations fonctionnelles. La capacité de travail avait été de 50 % du 13 juillet 2014 au 30 juin 2015, à l'exception d'une incapacité totale du 9 au 28 février 2015. La capacité de travail était à nouveau nulle en toutes activités depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Le 18 novembre 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'évolution du genou droit avait été favorable depuis l'arthroscopie effectuée le 15 juin 2015 et qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail de ce point de vue, étant précisé qu'il n'avait pas vu de signes d'arthrite inflammatoire dans ce genou.

Devant les avis contraires des médecins traitants sur l'évolution postopératoire du genou droit, le SMR a procédé à un examen de médecine interne et rhumatologie le 23 février 2016, par le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie. Le SMR a organisé un examen par la Dre M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, après avoir obtenu un rapport de la Dre D. \_\_\_\_\_ du 8 avril 2016 relatant le suivi qu'elle avait prodigué du 15 mai au 17 décembre 2012. Les Drs A. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ ont ensuite établi un rapport commun d'examen clinique le 3 novembre 2016, au terme duquel ils n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail. Ils ont par ailleurs posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : fibromyalgie (M79.0), douleurs axiales périphériques dans le contexte d'une possible spondylarthropathie HLA-B27 positive (R 52.9), discrets troubles dégénératifs lombaires (ébauche de discarthrose L3-L4, arthrose

interfacettaire postérieure bilatérale modérée de L4 à S1, protrusion discale L4-L5 latérale et intraforaminale droite, sans signes de conflits radiculaires) à l'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 24 février 2005 (M 51.3), discrets troubles dégénératifs de la colonne cervicale (minimes discopathies étagées C2-C3 à C6-C7, prédominant en C5-C6, sans conflit radiculaire sur l'IRM du 26 octobre 2010 ; M 50.3), départ du foyer pendant l'enfance (Z 61.1) et dislocation de la famille par séparation et divorce (Z 63.5). Il n'y avait en conséquence aucune limitation fonctionnelle. Les spécialistes du SMR admettaient une incapacité de travail totale du 19 octobre au 31 octobre 2010 sur le plan rhumatologique en raison de la suspicion de spondylarthrite, du 15 mai au 11 septembre 2012 pour des raisons psychiatriques, du 15 au 30 juin 2015 pour la convalescence après l'arthroscopie. Il fallait en outre tenir compte de la reprise progressive du travail après l'interruption ordonnée par la psychiatre traitante, soit 30 % dès le 15 octobre 2012, 50 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012, 80 % dès le 19 novembre 2012 et 100 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012. Ils ont en outre précisé qu'ils ne pouvaient confirmer avec certitude le diagnostic de spondylarthrite et que, quoi qu'il en soit, il n'en résultait aucune limitation fonctionnelle pouvant justifier une incapacité de travail durable ou une reconversion professionnelle, mais uniquement des courtes périodes d'interruption de travail ne dépassant pas les deux semaines en raison du caractère contraignant de son ancienne activité.

Le 7 novembre 2016, l'OAI a versé au dossier les pièces médicales (imageries et comptes-rendus de consultations) obtenus par le SMR dans le cadre de son examen et résumés dans son rapport.

L'OAI a rendu un projet de décision le 13 décembre 2016, prévoyant de rejeter la demande de l'assurée en l'absence de droit aux prestations, en exposant que son atteinte à la santé n'était pas invalidante au sens de l'assurance invalidité et ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée dans son activité habituelle de conseillère de vente.

L'assurée a contesté ce projet par courrier du 21 décembre 2016, faisant valoir en substance que la spondylarthrite dont elle souffrait depuis plusieurs années restreignait significativement sa capacité de travail, quelle que soit l'activité professionnelle envisagée, comme attesté par la Dre H.\_\_\_\_\_. Elle s'est en outre plainte des conditions dans lesquelles s'était déroulé l'examen rhumatologique au SMR. Sous la plume de son mandataire, Me [...], l'assurée a complété son opposition le 31 mars 2017, en produisant un rapport établi le 24 janvier 2017 par la Dre H.\_\_\_\_\_. La rhumatologue traitante confirmait son diagnostic de spondylarthropathie HLA-B27 positive avec atteinte axiale (cervicalgies chroniques et sacro-iliite droite), périphérique et enthésique, ainsi que les limitations fonctionnelles décrites dans ses précédents rapports. Elle attestait par ailleurs d'une incapacité de travail totale depuis le 15 juin 2015 dans l'activité habituelle tout en rappelant les périodes d'incapacité de travail antérieures et précisait que la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était de 20 % sans perte de rendement.

Priée par le SMR de préciser les motifs pour lesquels elle établissait la capacité de travail à 20 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la Dre H.\_\_\_\_\_ a exposé 1<sup>er</sup> mai 2017 que la maladie n'avait pas répondu aux anti-TNF alpha et qu'il en résultait des douleurs invalidantes, une raideur matinale de plusieurs heures, ainsi qu'une asthénie importante secondaire au rhumatisme inflammatoire et aux multiples réveils nocturnes. S'agissant d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il fallait encore tenir compte de l'asthénie, qui rendait nécessaire des plages régulières de repos en journée.

Prenant connaissance de cette réponse, le SMR a conclu le 31 mai 2017 que les explications de la Dre H.\_\_\_\_\_ n'étaient pas convaincantes. S'agissant d'une appréciation différente d'une même situation, la position de l'expert examinateur du SMR, « neutre par définition », devait être privilégiée à celle du médecin traitant.

Par décision du 20 juin 2017, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI s'est référé à l'avis SMR du 31 mai 2017 précité.

**b)** Parallèlement, l'OAI a rendu le 1<sup>er</sup> mars 2017 un projet de décision refusant l'assistance gratuite à l'assurée, confirmé par décision du 4 mai 2017. Le recours contre cette décision a été rejeté par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans un arrêt du 22 janvier 2018 (AI 186/17 - 364/2017).

**B.** Toujours représentée par Me [...], l'assurée a recouru contre la décision du 20 juin 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 17 août 2017. Concluant à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour mettre en œuvre une nouvelle expertise, elle requérait par ailleurs un délai afin de compléter son recours par un avis qu'elle avait sollicité auprès du Prof. G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecin-chef à la Clinique [...] de l'R.\_\_\_\_\_.

Le Prof. G.\_\_\_\_\_ a examiné la recourante le 24 novembre 2017 et déposé ses conclusions le 3 janvier 2018. S'agissant du diagnostic, il a exposé que celui de spondylarthropathie axiale était « hautement probable », « de l'ordre du définitif » en exposant sur quels motifs il se fondait. Il a précisé que la maladie était actuellement « certainement active » et s'est positionné sur les conclusions du Dr A.\_\_\_\_\_. Le Prof. G.\_\_\_\_\_ exposait par ailleurs qu'un diagnostic concomitant de fibromyalgie était possible, les diagnostics n'étant pas mutuellement exclusifs. Il a par ailleurs mentionné une atteinte de la coiffe des rotateurs confirmée par IRM avec des signes d'atteinte mécanique de l'épaule dont il fallait tenir compte dans l'évaluation de l'activité professionnelle. Cela étant, il confirmait les conclusions de la Dre H.\_\_\_\_\_ sur l'évaluation de la capacité de travail, à savoir 20 % au maximum, sans perte de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en exposant que la maladie avait un impact

fonctionnel majeur, avec un score BASFI à 7,5, et était compliquée par une fatigue sévère avec un score FACIT à 42. Le pronostic sur l'évolution de l'état de santé était mitigé, voire mauvais, en raison de l'absence de réponse aux traitements, malgré une compliance adéquate. Il restait une médication à tenter, mais le risque d'échec était important et l'impact attendu marginal sur la capacité de travail.

L'OAI a soumis ce rapport au SMR puis au Dr A.\_\_\_\_\_, lequel s'est positionné le 5 mars 2018. Déplorant certaines remarques du Prof. G.\_\_\_\_\_ à son égard et une description clinique limitée à un paragraphe, il a conclu que le rapport, comme ceux émis précédemment par la Dre H.\_\_\_\_\_, n'apportait pas de faits permettant de corrélérer l'état de santé de l'assurée et son impact sur sa vie quotidienne et ses ressources. En conséquence, il n'avait pas la valeur probante d'une expertise et le Dr A.\_\_\_\_\_ proposait de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire.

Par arrêt du 13 août 2018 (AI 250/17 - 234/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et annulé la décision rendue le 20 juin 2017 par l'OAI, la cause lui était renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. La Cour a considéré que le rapport du Prof. G.\_\_\_\_\_ laissait subsister des doutes tant sur le diagnostic de l'atteinte à la santé dont souffrait l'assurée que sur l'appréciation de sa capacité de travail, ce que le SMR admettait du reste. En revanche, cette pièce n'était pas suffisante pour statuer sur les droits de l'assurée, faute de remplir tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante.

**C.** Reprenant l'instruction, l'OAI s'est adressé aux médecins de l'assurée et a obtenu en particulier les pièces suivantes :

- Un rapport de la Dre H.\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2017, indiquant que la patiente se plaignait toujours d'importantes douleurs et que le traitement par Cosentyx serait tenté dès réception d'une garantie de prise en charge par la caisse maladie.

- Les réponses données le 12 octobre 2018 par la Dre H.\_\_\_\_\_ au questionnaire médical de l'OAI, dont il ressort que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré. Au contraire, les douleurs inflammatoires étaient en augmentation, empêchant l'intéressée de dormir. La Dre H.\_\_\_\_\_ renvoyait pour le surplus à ses précédents rapports.
- Le questionnaire médical de l'OAI rempli le 16 octobre 2018 par la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Précisant suivre l'assurée depuis mai 2016, cette médecin a posé le diagnostic de carence en fer et s'est référé pour le surplus au suivi prodigué par la Dre H.\_\_\_\_\_.

Après avoir obtenu, le 8 novembre 2018, un nouvel avis du SMR confirmant sa recommandation de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, l'OAI a entrepris de désigner un centre d'expertise. La démarche a été contestée par la recourante, qui entendait voir sa situation évaluée par un spécialiste « de rang universitaire ». En définitive, l'OAI a maintenu par courrier du 29 juillet 2019 qu'il désignait le centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ et confiait les mandats d'expertise aux Dres P.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à qui il transmettrait les questions complémentaires de l'assurée. A la demande de l'assurée, il a rendu une décision formelle en ce sens le 20 août 2019 et celle-ci a déclaré renoncer à recourir par économie de procédure dans un courrier du 13 septembre 2019.

Les expertes du K.\_\_\_\_\_ ont rencontré l'assurée respectivement les 11 et 21 novembre 2019, puis ont déposé leur rapport le 3 février 2019. Celui-ci était constitué d'une évaluation consensuelle, à laquelle étaient joints divers rapports obtenus par les expertes auprès des médecins traitants, des résultats d'examens mis en œuvre en vue de l'expertise, ainsi que les rapports d'expertises spécialisées en psychiatrie et en rhumatologie. En substance, la Dre B.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun

diagnostic d'ordre psychique, tandis que la Dre P.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics conjoints de spondylarthrite ankylosante (ou maladie de Bechterew) et de fibromyalgie. Dans ce contexte, précisant que la situation était stable depuis 2015, les expertes ont retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais de 70 % avec un rendement de 80 % ou 50 % avec un rendement de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port fréquent de charges de plus de 5 kg, pas de port occasionnel de plus de 8 kg, possibilité d'alterner relativement librement la position assise et la position debout, pas d'exposition au froid, pas de flexion antérieure du tronc ni de station accroupie.

Prenant connaissance du rapport d'expertise bidisciplinaire, le SMR a émis l'avis suivant le 31 mars 2020 :

« Les experts ont pris en compte les éléments du dossier pour fournir leurs conclusions assécurologiques que nous considérons convaincantes et notamment l'aptitude à la [réadaptation] de 50 % (plein rendement) depuis 2015 qui paraît tenir compte de l'atteinte rhumatologique, des [limitations fonctionnelles] suscitées et des ressources résiduelles de l'assurée. Il n'y a pas d'exigibilité en vue d'une évolution de la [capacité de travail] ni de motif de révision et le processus de [réadaptation] devra prendre en compte l'absence d'activité professionnelle depuis plusieurs années pour motiver l'assurée avec une approche empathique. »

A la demande de l'OAI visant à préciser la date à partir de laquelle l'état de santé s'était stabilisé et une capacité de travail de 50 % était exigible, la Dre P.\_\_\_\_\_ a répondu le 14 mai 2020 que la date de l'intervention au niveau du genou, soit juin 2015, pouvait constituer le moment du début de l'incapacité de travail définitive à 50 % dans une activité adaptée. Elle a précisé qu'auparavant, de 2010 à 2015, il y avait eu de courtes périodes d'incapacité de travail entre 100 % et 50 % selon l'intensité des poussées de la maladie rhumatismale et inflammatoire.

Le 14 mai 2020, l'OAI a versé au dossier un extrait du compte individuel AVS de l'assurée et procédé au calcul du salaire exigible. Fondé pour le revenu sans invalidité sur le revenu obtenu en 2012 indexé à 2015 et, pour le revenu avec invalidité sur l'Enquête suisse sur la structure des

salaires (ESS), niveau de compétence 1, adapté à l'année 2015 et réduit au taux de 50 %, sans abattement supplémentaire, ce calcul montrait un préjudice économique de 47.42 %. Des exemples d'activités adaptées étaient en outre mentionnés : activités industrielles légères de type conditionnement, contrôle qualité, ouvrière à l'établi.

Par courriel du 7 août 2020, E.\_\_\_\_\_ a produit son dossier, contenant notamment les certificats médicaux d'arrêt de travail délivrés entre 2012 et 2016, ainsi que les relevés des prestations versées.

L'OAI a notifié un projet de décision le 11 août 2020, prévoyant d'octroyer à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2015, une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2015 et, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015, un quart de rente d'invalidité. Il a considéré que le délai d'attente d'une année avait débuté le 30 juin 2014, date à laquelle l'intéressée avait présenté une incapacité de travail durable. En raison des taux variables d'incapacité de travail durant cette période, l'OAI avait calculé que le taux d'invalidité était en moyenne de 56.44 % durant le délai d'attente, ouvrant le droit à une demi-rente pendant trois mois, puis à une rente entière. Dès août 2015, la reprise d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était médicalement exigible à 50 %. Le préjudice économique s'élevait alors à 47 %, taux qui donnait droit à un quart de rente après trois mois. Aucune mesure de réadaptation simple et adéquate était susceptible de réduire le préjudice économique. En revanche, une aide au placement pourrait être octroyée sur demande écrite et motivée de l'assurée.

Par son avocat, l'assurée s'est opposée à ce projet le 17 septembre 2020. Concluant à l'octroi d'une rente entière compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 20 % au maximum dans une activité adaptée entraînant un préjudice économique de 74 %, elle a contesté la valeur probante de l'expertise du K.\_\_\_\_\_ en se fondant en particulier sur les rapports médicaux suivants :

- Les réponses données le 1<sup>er</sup> avril 2020 aux questions de Me [...] par la Dre H.\_\_\_\_\_, maintenant que la capacité de travail résiduelle était de 20 % au maximum comme indiqué dans son courrier du 24 janvier 2017. La spondylarthropathie dont souffrait sa patiente entraînait des douleurs inflammatoires sévères ne répondant pas aux traitements biologiques. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens soulageaient très partiellement les douleurs et ne pouvaient pas être pris sur une période prolongée en raison de leurs effets secondaires digestifs. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges lourdes, le port répété de charges légères, les travaux en flexion, extension, inclinaison et rotation du tronc, les positions statiques, les travaux à plus de 80° d'élévation des bras et la nécessité de plages de repos régulières.
  
- Les réponses aux mêmes questions données le 24 août 2020 par le Prof. G.\_\_\_\_\_, dont il ressort qu'il n'approuvait pas les conclusions de l'experte rhumatologue lorsqu'elle concluait que la présence de symptômes de fibromyalgie était le signe de l'inactivité de la spondylarthrite. Les points de fibromyalgie constatés correspondaient aussi à des enthésites et l'IRM ne permettait pas de juger de l'activité de la maladie. En conséquence, il n'y avait aucun élément permettant de considérer que la spondylarthrite n'était pas active ; elle l'était au contraire autant qu'au moment de son évaluation en 2018. L'absence de réaction aux traitements biologiques testés ne permettaient pas non plus d'en douter, s'agissant d'une situation fréquente. La spondylarthrite étant toujours active, il n'y avait pas d'élément permettant de retenir que la capacité de travail s'était modifiée, de sorte qu'elle était toujours de 20 % au maximum. Le Prof. G.\_\_\_\_\_ déplorait par ailleurs que l'experte n'ait pas eu recours aux questionnaires BASDAI, BASFI et FACIT pour évaluer la capacité de travail de l'assurée.

L'opposition de l'assurée et ses annexes ont été soumises au SMR, lequel a rendu un avis le 27 octobre 2020 concluant comme suit :

« Conclusion : La contestation qui nous est soumise ne permet pas de retenir autre chose qu'une appréciation différente d'un même état de fait. Les arguments de l'experte rhumatologue fondant la [capacité de travail dans une activité adaptée] de 50 % conservent force de valeur probante dans cette situation qui date maintenant de 2012. L'expertise bidisciplinaire neutre qui a été demandée à l'époque a été réalisée. Il n'y pas d'éléments médicaux nouveaux à prendre en compte dans cette contestation. Le SMR reconnaît bien la présence de l'atteinte à la santé durablement incapacitante sous forme d'une [spondylarthrite ankylosante] et d'une fibromyalgie générant les [limitations fonctionnelles] précédemment admises mais reconnaît également que les ressources résiduelles adaptatives de l'assurée ne peuvent actuellement pas être considérées comme épuisées. La [capacité de travail dans une activité adaptée] de 50 % reste d'un point de vue médico-théorique exigible depuis 2015 et cohérente avec le tableau médical global. Il n'y a pas d'éléments à prendre en compte dans un autre axe. »

Dans un courrier du 29 octobre 2020 devant faire partie intégrante de la décision à rendre, se référant à l'avis du SMR précité dont il a joint une copie, l'OAI a informé l'assurée que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Par décision du 11 novembre 2020, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a octroyée à l'assurée un quart de rente d'invalidité d'un montant de 527 fr. du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2020, puis de 531 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Le 15 décembre 2020, l'OAI a rendu une seconde décision accompagnée de la même motivation, octroyant à l'assurée une demi-rente d'invalidité d'un montant de 1'044 fr. du 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2015, d'une rente entière d'invalidité d'un montant de 2'087 fr. du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2015, un quart de rente d'invalidité d'un montant de 522 fr. du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 31 décembre 2018 et enfin un quart de rente d'invalidité d'un montant de 527 fr. du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 30 novembre 2020. Une somme de 15'632 fr. 70 correspondant aux prestations de l'AI pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 30 novembre 2016,

était prélevée sur le montant total dû à titre rétroactif et versée à E.\_\_\_\_\_.

**D.** Désormais représentée par Me Marine Girardin, X.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 11 novembre 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 14 décembre 2020, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2015, cas échéant (conclusion subsidiaire) après avoir mis en œuvre une expertise rhumatologique judiciaire auprès du Prof. [...], subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise rhumatologique de rang universitaire puis nouvelle décision et, en tout état de cause, au renvoi de la cause à l'intimé pour rectification des bases de calcul de la rente. Elle a fait valoir en substance que l'expertise rhumatologique n'était pas probante, en se fondant notamment sur les écrits de la Dre H.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril 2020 et du Prof. G.\_\_\_\_\_ du 24 août 2020, lesquels confirmaient en outre leurs précédentes évaluations. Si ces pièces médicales ne suffisaient pas pour statuer, il fallait obtenir une nouvelle expertise rhumatologique conduite par un spécialiste de rang universitaire. Par ailleurs, le montant de la rente était fondé sur des montants erronés. La cause a été enregistrée sous la référence AI 407/20.

Déférant le 17 décembre 2020 à la demande en ce sens incluse dans le recours, l'assistance judiciaire a été accordée à la recourante avec effet au 14 décembre 2020, incluant l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'une avocate en la personne de Me Martine Girardin, une franchise mensuelle de 50 fr. étant en outre fixée dès et y compris le 1<sup>er</sup> mars 2021.

X.\_\_\_\_\_ a déposé un second recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 29 janvier 2021, dirigé contre la décision du 15 décembre 2020. Demandant la jonction avec la cause instruite sous la référence AI 407/20, elle a conclu, d'une part, à la réforme de cette décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 30 novembre 2020, cas échéant (conclusion

subsidaire) après avoir mis en œuvre une expertise rhumatologique judiciaire auprès du Prof. [...], subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise rhumatologique de rang universitaire puis nouvelle décision. En tout état de cause, elle a conclu à la réforme de la décision en ce sens que le droit d'E.\_\_\_\_\_ d'obtenir directement le versement des prestations de l'assurance-invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 30 novembre 2016 était nié. Reprenant pour l'essentiel l'argumentation de son premier recours, la recourante a ajouté que les conditions pour une compensation des rentes rétroactives avec les prestations versées par l'assurance perte de gain de son ancien employeur n'étaient pas remplies. Cette cause a été enregistrée sous la référence AI 28/21.

L'assistance judiciaire complète a été accordée à la recourante par décision d'instruction du 9 février 2021, avec effet au 29 janvier 2021.

Par ordonnance d'instruction du 25 février 2021, vu leur connexité, les deux causes précitées ont été jointes sous la référence AI 407/20 pour faire l'objet d'une instruction et d'un jugement communs.

L'intimé a répondu aux recours par écritures des 23 février, 3 et 11 mars 2021. Il a relevé, d'une part, que la recourante ne remettait plus en cause les montants des rentes allouées dans son second mémoire et, d'autre part, qu'elle restait dans l'attente de diverses pièces complémentaires et se réservait de modifier ses conclusions. Il paraissait dès lors judicieux que l'intéressée précise le moment venu si elle maintenait ou non ses conclusions relatives au bien-fondé du versement rétroactif à l'assurance perte de gain maladie collective ainsi que sur le montant de la rente à allouer. S'appuyant sur un nouvel avis du SMR rendu le 26 février 2021 à propos des griefs soulevés par la Dre H.\_\_\_\_\_ et le Prof. G.\_\_\_\_\_, l'intimé a admis que la recourante avait présenté une incapacité de travail durable et ininterrompue, à des taux variables, dès le 18 janvier 2013 et qu'une incapacité de travail moyenne de 40 % durant une année avait été atteinte à mi-janvier 2014. Sur la base de nouvelles fiches de calcul du préjudice économique établies le 3 mars

2014, l'intimé a retenu qu'une capacité de travail dans une activité adaptée était exigible au taux de 60 % à partir de janvier 2014, puis de 50 % dès fin juin 2014. Cependant, le degré d'invalidité en janvier 2014 était de 36.96 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. En revanche, la diminution de la capacité de travail dès le 30 juin 2014 entraînait un degré d'invalidité de 47.47 % ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2014. L'OAI a joint à ses écritures l'avis SMR du 26 février 2021 et deux calculs du salaire exigible établis le 3 mars 2021.

Dans sa réplique du 30 juillet 2021, la recourante a requis la production des dossiers de l'intimé et de l'assureur perte de gain maladie, la mise en œuvre de débats publics et, à titre subsidiaire, d'une expertise rhumatologique judiciaire auprès du Prof. [...]. Elle a modifié ses conclusions, en ce sens qu'elle réclamait principalement l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 sans discontinuer et, subsidiairement, qu'une expertise rhumatologique judiciaire soit mise en œuvre ou, plus subsidiairement, que les décisions rendues les 11 novembre et 15 décembre 2020 par l'intimé soient annulées et la cause renvoyée à cet office pour mise en œuvre d'une expertise rhumatologique de rang universitaire et nouvelle décision. En tout état de cause, la décision du 15 décembre 2020 devait être réformée afin de nier le droit de l'assurance perte de gain d'obtenir directement le versement des prestations d'invalidité. La recourante a précisé qu'elle retirait sa contestation relative au montant de la rente d'invalidité, en particulier s'agissant du revenu annuel moyen déterminant, mais non celle relative au versement rétroactif en mains de l'assurance perte de gain maladie dans la mesure où elle n'avait pas encore reçu toutes les pièces utiles pour se déterminer. Elle requérait par ailleurs le détail du calcul par lequel l'intimé avait établi l'incapacité de travail moyenne de 40 % sur une année. Elle maintenait pour le surplus que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée n'avait jamais atteint 50 ni 60 %, mais avait toujours été de 20 % au maximum et entraînait un taux d'invalidité de 78,9 % ouvrant le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2014. Relevant que la nouvelle position de l'intimé ne précisait pas comment la nouvelle

période d'octroi devait se coordonner avec celles reconnues dans sa décision, elle requérait une détermination claire à ce propos, à défaut de quoi il s'agirait d'une violation de son droit d'être entendue. Elle s'est enfin prévaluée, pour réfuter les avis SMR des 27 octobre 2020 et 26 février 2021, de nouveaux rapports établis le 26 avril 2021 par la Dre H. \_\_\_\_\_ et le 14 juillet 2021 par le Prof. G. \_\_\_\_\_, joints à ses écritures.

Dupliquant le 24 août 2021, l'intimé s'est référé à nouvel avis rendu le 17 août 2021 par le SMR, joint à cette écriture avec une précision du 24 août 2021, pour constater qu'aucun élément objectif n'avait été amené qui n'aurait pas été pris en compte lors de l'expertise du K. \_\_\_\_\_. Il a également produit sa fiche d'examen du droit à la rente du 11 août 2020 et a exposé en particulier que le droit à la rente pouvait théoriquement débiter en janvier 2014 mais que le degré d'invalidité à cette date était inférieur au seuil minimum de 40 %. Tel était en revanche le cas à partir du 1<sup>er</sup> juin 2014, avec un degré d'invalidité au 30 juin 2014 de 47,7 % (exigibilité d'une activité adaptée à 50 %). Une opération du genou droit en juin 2015 avait entraîné le passage à une rente entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 30 novembre 2015 compte tenu d'une récupération de la capacité de travail précédente dans un délai de trois mois après l'opération.

La recourante s'est déterminée le 15 septembre 2021. Elle a indiqué qu'elle ne contestait pas l'évaluation de la période d'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI effectuée par l'intimé. Il y avait cependant toujours une lacune de motivation, s'agissant du droit à la rente à l'issue du délai d'une année. Elle contestait les conclusions de l'avis SMR du 17 août 2021 et confirmait intégralement les conclusions prises dans son écriture du 30 juillet 2021.

L'intéressée a compété ses déterminations le 4 novembre 2021, en produisant les copies de tests BASDAI et BASFI effectués le 3 septembre 2021 ainsi que des rapports établis le 14 septembre 2021 par la Dre H. \_\_\_\_\_ et le 16 septembre par le Prof. G. \_\_\_\_\_.

Par écriture du 2 décembre 2021, l'intimé a produit un avis SMR du 23 novembre 2021, exposant que les éléments figurant dans les rapports produits par la recourante étaient soit déjà pris en compte, soit postérieurs au 15 décembre 2020. Il a ainsi conclu à la confirmation de la décision querellée et au rejet du recours.

Dans une nouvelle écriture du 2 mars 2022, la recourante a produit un rapport du 28 février 2022, dans lequel la Dre H. \_\_\_\_\_ exposait notamment que les résultats des tests réalisés en septembre 2021 auraient vraisemblablement été similaires en décembre 2020, en l'absence d'aggravation significative de l'état de santé de sa patiente, et que celle-ci avait épuisé ses ressources adaptatives au vu de la durée d'évolution de la maladie, les douleurs invalidantes et l'asthénie sévère secondaire au rhumatisme.

Le 24 mars 2022, l'intimé a produit un avis SMR du 10 mars 2022, lequel maintenait ses avis précédents en précisant que la Dre H. \_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments nouveaux objectifs pour étayer l'épuisement des ressources adaptatives de la recourante et qu'il s'agissait donc bien d'une appréciation différente d'un même état de fait. Ainsi, l'intimé confirmait sa décision et proposait le rejet du recours.

Invitée par le juge instructeur nouvellement en charge du dossier à indiquer si elle maintenait sa requête tendant à la tenue d'une audience de débats publics, la recourante a renoncé à celle-ci par courrier du 24 juin 2024.

## **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, déposés 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), les recours sont recevables.

**2. a)** Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance invalidité, ainsi que les compensations opérées par l'intimée sur les prestations dues à titre rétroactif. La recourante a retiré en cours de procédure ses conclusions relatives aux montants des rentes allouées par l'intimé.

**b)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Tel est manifestement le cas de la recourante. En effet, les décisions litigieuses fixent le début du droit à une rente au 1<sup>er</sup> juin 2015 et l'intimé a admis, dans ses écritures, que les délais d'attente fixés aux art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI, non touchés par la réforme législative, ont été atteints en janvier 2014 tandis que le droit à un quart de rente pourrait être reconnu à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014.

**3.** Dans sa réplique et ses déterminations ultérieures, la recourante s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue, arguant que l'intimé n'avait pas suffisamment motivé son changement de position quant à la reconnaissance d'une date théorique de naissance du droit à la rente au 1<sup>er</sup> janvier 2014 et d'ouverture d'un droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2014, en regard des périodes d'octroi de rente figurant dans les décisions litigieuses.

Le grief de violation du droit d'être entendu doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). On ne discerne toutefois pas la violation du droit d'être entendu alléguée par la recourante dans ses écritures. En effet, l'intimé a uniquement exprimé son point de vue sur la procédure de recours pendante, soit postérieurement aux décisions attaquées.

Au demeurant, s'agissant d'une opinion exprimée par l'intimé dans sa réponse aux recours et précisée dans des écritures ultérieures, la recourante a pu se déterminer sur ce point auprès de la Cour de céans, conformément aux règles de procédures. Ces règles s'inspirent de la jurisprudence relative au principe énoncé à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), reconnaissant en particulier le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre

connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C\_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2). Il convient par ailleurs de relever que la Cour de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Le grief de violation du droit d'être entendu doit ainsi être rejeté, étant relevé que l'argumentation soulevée sera examinée avec le fond du litige en tant que la recourante admet que le droit à la rente a pu débiter au plus tôt en janvier 2014 mais conteste le taux d'invalidité à cette date et l'évolution ultérieure de ce taux déterminés par l'intimé.

**4. 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)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la

résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

**c)** 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 LPGGA).

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

**d)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré

trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

L'art. 88a al. 2 RAI prévoit par ailleurs que, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

**5. a)** Pour 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)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 assécurologique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**6. a)** Avec les décisions litigieuses, l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2015. Bien qu'il n'ait pas pris de conclusion en ce sens et ait finalement proposé le rejet du recours, l'intimé a exposé en cours de procédure, comme déjà relevé ci-dessus (cf. consid. 2b), que le droit théorique de la recourante à une rente d'invalidité aurait pu prendre naissance dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 mais que le préjudice économique permettant l'octroi d'un quart de rente était atteint seulement à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014. Se fondant sur le raisonnement présenté par l'intimé dans ses écritures, la recourante a conclu pour sa part à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou dans son champ d'activité habituel (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; Michel Valterio, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 9 ad art. 28 LAI). Pour établir rétrospectivement quand la période de 365 jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel la

personne assurée a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux habituels. Une réduction de la capacité de travail de 20 % suffit en principe à ouvrir la période d'attente (Valterio, op. cit., n. 13 ad art. 28 LAI et les références). Le délai d'attente d'une année, pendant lequel l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail de 40 % en moyenne sans interruption notable, commence également à courir lorsque la personne assurée a travaillé, pendant une certaine période, au-delà de ce qui était raisonnablement exigible de sa part, en risquant d'aggraver son état de santé (TF 8C\_724/2011 du 24 juillet 2012 consid. 4.3 et les références).

En l'occurrence, la demande de prestations a été déposée le 7 août 2012, alors que la psychiatre traitante de la recourante attestait d'une incapacité de travail depuis le mois de mai 2012. La situation psychique avait autorisé une reprise du travail progressive durant l'automne 2012, jusqu'au taux de 100 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012, puis l'assurée avait mis fin à son suivi psychiatrique le mois suivant. Cependant, selon les rapports médicaux de la Dre H. \_\_\_\_\_ des 27 mars 2013 et 26 mars 2014 en particulier, approuvés par le SMR (cf. notamment l'avis du 24 avril 2014), sous réserve d'une incapacité de travail totale du 18 janvier au 11 février 2013 pour des raisons rhumatologiques, la recourante a continué à travailler dans son emploi au taux de 100 % quand bien même sa capacité de travail était de l'ordre de 60 % dans toute activité en raison de son atteinte rhumatologique. Dans ses avis subséquents, notamment du 31 mars 2020 et du 26 février 2021, le SMR a confirmé que la recourante disposait d'une capacité de travail de 60 % du 11 février 2013 au 30 janvier 2014, toujours en se fondant sur les rapports de la Dre H. \_\_\_\_\_.

Partant, il y a lieu de retenir que la recourante a travaillé au-dessus de ses forces et de ses limitations du 11 février 2013 au 30 janvier 2014, de sorte qu'elle subissait une incapacité de travail de 40 % durant ce laps de temps. Comme l'ont admis les parties en procédure de recours, il en résulte une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne pendant une année entre le 18 janvier 2013 et le 17 janvier 2014. La

condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI était donc remplie à cette dernière date, le délai de carence de l'art. 29 al. 1 LAI étant par ailleurs également déjà largement échu. Certes, un arrêt de travail de 100 % a été délivré du 30 janvier au 1<sup>er</sup> février 2014. Comme cela ressort des rapports de la Dre H.\_\_\_\_\_, il s'agissait d'un arrêt de travail ponctuel et il n'en demeure pas moins qu'au 17 janvier 2014, la recourante exerçait son activité habituelle à temps plein depuis plus d'une année sans interruption notable, puis qu'elle a continué à ce même taux pendant encore plusieurs mois. Pendant cette période, elle a perçu son salaire contractuel, de sorte qu'elle n'a subi aucun préjudice économique. Il en résulte qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, la recourante ne présentait aucune incapacité de gain, et donc aucune invalidité. Ce constat a pour corollaire qu'il n'y avait pas lieu de procéder à un calcul du degré d'invalidité tant et aussi longtemps qu'elle a conservé son emploi à temps complet et perçu son salaire contractuel.

**b)** La Dre H.\_\_\_\_\_ a attesté par la suite d'une aggravation de l'état de santé de la recourante à compter du 30 juin 2014. Selon son rapport du 18 décembre 2014, l'intéressée a subi une incapacité de travail totale du 30 juin au 12 juillet 2014 puis a repris son activité habituelle à 50 % dès le 13 juillet 2014. Sous réserve d'une période d'arrêt de travail à 100 % du 9 au 28 février 2015, la recourante a continué à exercer son activité habituelle au taux de 50 % auprès du même employeur jusqu'à fin juin 2015. L'intimé a admis dans sa réponse au recours, en se fondant sur les rapports établis à l'époque par la Dre H.\_\_\_\_\_, que la recourante présentait durant la période du 30 juin 2014 au 30 juin 2015, une capacité de travail de 50 % dans toutes activités et qu'il en résultait une perte de gain et donc le droit à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014, la condition d'une incapacité de travail moyenne de 40 % durant une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI restant remplie par ailleurs. La recourante n'apporte aucun élément d'ordre médical susceptible de faire admettre une incapacité de travail plus importante sur cette période. Certes, la Dre H.\_\_\_\_\_ a attesté d'abord une incapacité de travail de 100 % à compter du 30 juin 2014, mais celle-ci a pris fin après 13 jours seulement et la recourante a repris son travail à 50 % à ce moment-là. Une seconde

période d'incapacité de travail a ensuite été attestée dans le courant du mois de février 2015, mais pour une durée de vingt jours suivie d'un retour au travail à 50 %. La Dre H. \_\_\_\_\_ a confirmé dans plusieurs rapports, y compris les plus récents, les dates d'incapacité de travail précitées. Il faut ainsi retenir une diminution durable de la capacité de travail dans toutes activités de 50 % dès le 30 juin 2014

Cependant, c'est à tort que l'intimé propose de déterminer le degré d'invalidité en procédant à une comparaison des revenus issus de l'activité habituelle de la recourante au revenu hypothétique qu'elle pourrait obtenir en optant pour une activité adaptée. La capacité de travail applicable à cette période étant la même aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, il s'agit d'un cas d'application de la méthode de comparaison en pourcent. En effet, lorsque la personne assurée dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C\_562/2022 du 12 septembre 2023 consid. 3 ; TF 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; TF 9C\_137/2010 du 19 avril 2010 ; TF 9C\_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2). Par conséquent, il faut retenir que la recourante présentait, à compter de juin 2014, une invalidité de 50 %, ouvrant droit à une demi-rente.

**c)** Pour la suite, l'intimé s'est référé aux décisions litigieuses, concluant à leur confirmation. Celles-ci retenaient que l'état de santé de la recourante justifiait une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2015, une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2015 puis un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015.

Le taux retenu pour la première période est fondé sur un taux moyen d'invalidité, notion absente de l'assurance-invalidité, comme l'a du reste rappelé l'intimé dans son écriture du 3 mars 2021. Néanmoins, il est constant que l'incapacité de travail de 50 % dans toute activité constatée ci-dessus a perduré jusqu'à mi-juin 2015. La recourante a alors dû subir une intervention chirurgicale au genou entraînant une incapacité de travail

complète jusqu'à mi-août 2015, avant de retrouver une capacité de travail de 50 % comme avant son opération (cf. rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 18 novembre 2015). L'intimé a tenu compte de cette opération et de ses suites pour reconnaître le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2015, soit du troisième mois suivant l'aggravation au troisième mois suivant la fin de la guérison du genou, en application de l'art. 88a LAI. Quand bien même l'intimé a mentionné dans son écriture du 24 août 2021 que cette partie de sa décision était « généreuse », il a conclu à la confirmation de sa décision. Dès lors que les conditions légales minimales pour prendre en compte une aggravation temporaire de l'état de santé étaient remplies, puisqu'elle s'est étalée sur les mois de juin, juillet et août 2015, il n'y a pas lieu de procéder à une reformatio in pejus.

En conséquence, il apparaît que le droit à une demi-rente d'invalidité reconnu ci-dessus dès le 1<sup>er</sup> juin 2014 a pris fin le 31 août 2015 pour céder la place au droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015. A partir de cette période, l'intimé s'est écarté de l'appréciation de la Dre H. \_\_\_\_\_, qui maintenait une incapacité de travail de 100 % en exposant que l'évolution post-opératoire n'était pas bonne, contrairement à ce qui était annoncé par le chirurgien (cf. rapport de la Dre H. \_\_\_\_\_ du 6 novembre 2015). Les décisions litigieuses s'appuient sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du K. \_\_\_\_\_, dont la recourante conteste la valeur probante.

**7. a)** Pour procéder à leur analyse bidisciplinaire, les expertes du K. \_\_\_\_\_ ont disposé du dossier fourni par l'intimé, qu'elles ont complété de rapports obtenus directement auprès des médecins traitants et en sollicitant de nouvelles imageries (cf. pièces jointes au rapport). Elles ont chacune rencontré la recourante et rédigé un rapport dans leur spécialité respective comprenant, d'une part, l'anamnèse établie par l'experte sur la base de son entretien avec l'intéressée, incluant son parcours de vie, ses plaintes, ses antécédents médicaux ainsi que sa journée-type et, d'autre part, les observations faites lors de l'examen, les diagnostics et les réponses motivées aux questions soumises par les parties. Chaque expert a posé ses diagnostics en expliquant les motifs pour lesquels il a retenu

telles atteintes et en a écarté d'autres, en s'appuyant non seulement sur ses propres observations à l'examen mais également sur les observations et conclusions figurant dans les rapports établis en temps réel par les médecins traitants. Une évaluation consensuelle a ensuite été établie par visioconférence (cf. p. 6 de l'évaluation consensuelle). L'experte en rhumatologie a ensuite donné, le 14 mai 2020, une réponse motivée à la demande de précision de l'intimé. Cette expertise bi-disciplinaire remplit ainsi l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière, comme l'a constaté le SMR dans son avis du 31 mars 2020.

**b)** Sur le plan rhumatologique, la recourante conteste les conclusions de l'experte du K.\_\_\_\_\_ en se prévalant des avis du Prof. G.\_\_\_\_\_ et de la Dre H.\_\_\_\_\_.

Elle ne critique pas le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, ce diagnostic étant également retenu par ses médecins (cf. notamment l'expertise du Prof. G.\_\_\_\_\_ du 3 janvier 2018 et les rapports médicaux de ce spécialiste des 24 août 2020, 14 juillet 2021 et 16 septembre 2021, ainsi que les rapports de la Dre H.\_\_\_\_\_ des 21 septembre 2012, 6 novembre 2015, 1<sup>er</sup> mai 2017, 12 octobre 2018 et 1<sup>er</sup> avril 2020). En revanche, toujours en se fondant sur ces mêmes rapports, elle estime que l'experte en rhumatologie a retenu à tort le diagnostic de fibromyalgie, en attribuant à cette maladie les douleurs inflammatoires liées à la spondylarthrite ankylosante. D'après le Prof. G.\_\_\_\_\_, la Dre P.\_\_\_\_\_ ne pouvait pas se fonder sur une IRM pour déterminer si la maladie rhumatismale était active et, arrivant à la conclusion que non, en déduire que les douleurs provenaient de la fibromyalgie.

Concernant en premier lieu du diagnostic de fibromyalgie, il faut constater que le Prof. G.\_\_\_\_\_ a admis dans son expertise du 3 janvier 2018 que le diagnostic de fibromyalgie, retenu au cours de l'examen effectué par un spécialiste du SMR en 2016, pouvait exister concomitamment avec une spondylarthrite. En outre, ce médecin n'excluait pas que ce soit le cas de la recourante. A cet égard, il faut

relever, à l'instar du SMR dans son avis du 27 octobre 2020, que l'experte n'a pas « utilisé » la fibromyalgie au détriment de la spondylarthrite, mais plutôt constaté l'intrication des deux pathologies, contrairement à ce que le Prof. G. \_\_\_\_\_ paraît conclure. En effet, la Dre P. \_\_\_\_\_ a exposé que les douleurs ressenties par la recourante le matin étaient typiques d'une maladie inflammatoire, tandis que celles qui l'amenaient à s'allonger en cours de journée relevaient de la fibromyalgie, puis que les douleurs inflammatoires revenaient à l'issue de ce temps de repos.

S'agissant en second lieu du grief de conclusions fondées à tort sur l'analyse des IRM, il apparaît que les divers rapports établis par la Dre H. \_\_\_\_\_ font état d'éléments médicaux obtenus par des IRM. On retient du reste que parmi les rapports d'imagerie que l'experte du K. \_\_\_\_\_ a pu se procurer (cf. pièces jointes du rapport d'évaluation consensuelle du 3 février 2019), figure un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 30 novembre 2016, dont il ressort qu'il n'y a « [p]as d'image suggérant une spondylarthropathie active ». Il apparaît ainsi que l'imagerie médicale constitue un élément diagnostique usuel pour poser le diagnostic de la spondylarthrite et déterminer si la maladie est active. En conséquence, les remarques formulées à ce propos par les médecins consultés par la recourante ne sont pas de nature à jeter le doute sur la valeur probante de l'expertise rhumatologique, ce d'autant que les conclusions de l'experte ne reposent pas exclusivement sur les résultats d'IRM. Par ailleurs, on comprend aisément à la lecture du rapport de la Dre P. \_\_\_\_\_ que, lorsqu'elle a indiqué que la maladie n'était pas active, elle n'a pas nié l'existence de douleurs liées à cette maladie mais a exprimé le fait que la situation était stable, en ce sens que la recourante ne subissait pas actuellement de poussée inflammatoire. L'experte a d'ailleurs rappelé que la spondylarthrite était une maladie évolutive et que de nouvelles poussées restaient possibles (ch. 6, p. 26 de l'expertise rhumatologique). Ces remarques trouvent écho dans les écrits de la Dre H. \_\_\_\_\_ et du Prof. G. \_\_\_\_\_, lesquels font état d'une situation inchangée depuis 2017, respectivement 2018.

Il n'en demeure pas moins que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Il faut également rappeler que les conclusions des médecins traitants peuvent être influencées par leur relation thérapeutique (cf. consid. 5c, ci-avant). En l'occurrence, le Prof. G.\_\_\_\_\_ insiste sur la pertinence des outils d'évaluations BASDAI, BASFI et FACIT, lesquels démontreraient en l'occurrence que l'atteinte rhumatologique dont souffre la recourante est particulièrement invalidante. Cependant, s'agissant de questionnaires d'auto-évaluation de la douleur (BASDAI), des capacités fonctionnelles (BASFI) et de la fatigue (FACIT), leurs résultats sont par définition subjectifs. S'ils permettent au spécialiste traitant d'observer l'évolution de la maladie et de vérifier l'efficacité de la thérapie par comparaison des ressentis du patient à des moments divers, ces tests ne sauraient suffire pour évaluer l'invalidité de la personne du point de vue assécurologique. Or, la Dre P.\_\_\_\_\_ a invité la recourante à faire part de ses plaintes, de ses difficultés et à décrire son fonctionnement au quotidien ainsi que durant ses loisirs, puis a procédé à un examen rhumatologique complet. Ces éléments lui ont permis de se faire une idée objective des répercussions des atteintes dont souffre la recourante sur sa capacité de gain. Or celle-ci ne remet pas en question les éléments anamnestiques recueillis par l'experte et ses médecins ne pointent pas d'incohérence sur le status décrit dans le rapport d'expertise.

La recourante, avec l'appui de ses médecins, critique également l'évaluation de l'experte sur le traitement suivi. L'argumentation présentée tend cependant à sortir les éléments de leur contexte et de les confronter avec les difficultés rencontrées par la recourante pour conserver son activité professionnelle. Contrairement à ce que laisse entendre la recourante, l'experte a relevé que la prise en charge thérapeutique était adéquate, qualifiant même le suivi proposé par la Dre H.\_\_\_\_\_ d'irréprochable et la médication actuelle de « tout à fait » judicieuse (ch. 7.2, p. 27 du rapport d'expertise rhumatologique). Quant à l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'experte a évoqué une

situation « pas insurmontable » en relation avec de probables éléments d'autolimitation, indiquant ainsi que l'autolimitation était faible. L'experte n'a ainsi pas prétendu que la recourante pourrait surmonter ses atteintes par un effort de volonté. Elle a au contraire reconnu que l'activité habituelle n'était plus exigible et que la capacité de travail dans une activité adaptée était limitée à 50 %.

Enfin, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle allègue que l'experte n'aurait pas tenu compte d'une atteinte à l'épaule gauche. Elle a en effet noté les plaintes de la recourante à cet égard (cf. ch. 3.1 p. 17 et 3.2 p. 19 du rapport d'expertise rhumatologique). Il ressort de ces éléments en particulier que la recourante décrivait des douleurs dans les mouvements à hauteur et vers l'arrière, mais qu'en adaptant sa gestuelle, elle ne ressentait pas ces douleurs. L'experte a ensuite examiné cette articulation et décrit le status (ch. 4.3, p. 24 du rapport d'expertise rhumatologique). Il n'y a ainsi pas d'omission de cette problématique.

**c)** Du point de vue psychiatrique, l'experte du K. \_\_\_\_\_ n'a retrouvé aucun élément dans sa spécialité susceptible d'influencer la capacité de gain de la recourante. Quand bien même son analyse reste succincte, il convient de relever que l'experte a passé en revue l'ensemble des critères d'évaluation déterminés par la jurisprudence lorsque le diagnostic de fibromyalgie est posé par un rhumatologue.

La recourante ne remet pas en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique. Celles-ci ne sont par ailleurs sérieusement contredites par aucune pièce au dossier. La demande de prestations a été déposée alors que la recourante était en arrêt de travail pour des raisons psychiatriques depuis quelques mois, mais cette incapacité a été levée progressivement peu de temps après et la recourante a mis fin à son suivi en début d'année 2013.

**d)** En définitive, il faut constater que la situation médicale de l'assurée a fait l'objet d'une évaluation complète, sur la base d'expertises conduites dans les règles de l'art et jouissant à ce titre d'une pleine valeur

probante. L'intimé était donc fondé à retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique. Invitée à préciser la date à partir de laquelle cette capacité de travail était exigible, la Dre P.\_\_\_\_\_ a mentionné l'intervention du genou, en juin 2015, comme point de départ de la situation définitive. Il reste à déterminer le degré d'invalidité qui en résulte, étant rappelé qu'une incapacité de travail complète a été reconnue pour les suites de l'intervention au genou, avec pour conséquence l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2015.

**8.** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA ; cf. consid. 3b ci-dessus).

**a)** 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 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). 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).

On ne tiendra compte d'une hypothétique évolution salariale en raison d'un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances telles qu'une éventuelle promotion ou d'un changement d'emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d'intention de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C\_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6 ; TF 9C\_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 18 ad art. 16 LPGA).

**b)** 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 143 V 295 consid. 2.2). 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).

**c)** Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle

le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**9.** En l'espèce, le taux d'invalidité doit être déterminé à la date où l'effet de l'intervention au genou a pris fin, soit au 1<sup>er</sup> septembre 2015. Afin de rendre les décisions litigieuses, l'intimé a établi un calcul du salaire exigible le 14 mai 2020, aboutissant à un degré d'invalidité de 47.42 %.

**a)** Pour le revenu sans invalidité, l'intimé a repris le salaire de 50'440 fr. communiqué dans le questionnaire de l'employeur en 2012, indexé à 2015. La recourante n'a pas contesté ce chiffre, mais il convient cependant de relever que l'intimé a procédé à l'indexation avec la variation des salaires nominaux totale au lieu de la variation propre aux salaires nominaux des femmes.

Corrigé d'office, le revenu sans invalidité à prendre en compte est donc de 51'557 fr. 52.

**b)** S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé a utilisé les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tableau TA1\_skill\_level, niveau de qualification 1, indexé à 2015. La recourante n'a pas émis de grief quant au recours à cette statistique, mais n'admet pas le résultat du calcul dans la mesure où elle estime que le taux d'activité exigible est limité à 20 %. Ce taux ne peut être admis, compte tenu des éléments qui précèdent (cf. consid. 7 ci-dessus).

Dans la mesure où la recourante n'a plus exercé son activité habituelle depuis juin 2015 et que l'inexigibilité de cette activité a été reconnue dès cette période, le recours aux données de l'ESS est justifié. Cependant, il faut constater que le calcul de l'intimé est posé sans précision sur l'année d'ESS utilisé et les taux d'indexation utilisés. Le montant de 4'321 fr. servant de base de calcul n'est ainsi pas vérifiable et ne correspond pas aux données suivantes, qui seront donc substituées. En effet, selon l'ESS 2014, TA1\_skill\_level, le salaire auquel pouvaient prétendre les femmes, tous secteurs confondus, était de 4'191 francs. La durée moyenne du travail en Suisse étant de 41.7 heures et le taux d'indexation pour les femmes de 0.5 % en 2015, il en résulte un revenu annuel de 52'691 fr. 56 à 100 %, respectivement 26'345 fr. 78 à 50 %.

**c)** L'intimé a indiqué qu'un abattement supplémentaire au titre de désavantage salarial ne se justifiait pas, mentionnant en particulier que les limitations fonctionnelles étaient déjà prises en considération dans la capacité de travail résiduelle de la recourante. En effet, les activités visées par le tableau TA1\_skill\_level de l'ESS sont des activités généralement compatibles avec des limitations fonctionnelles légères (cf. TF 9C\_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 6.3 et les références citées ; 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3). Ainsi, seules les limitations fonctionnelles dépassant ce qui est compatible avec ces activités peuvent justifier un abattement supplémentaire. En l'occurrence, les limitations fonctionnelles retenues par les experts dans le cas d'espèce sont soutenues par la réduction du taux d'activité, de sorte qu'il n'y a pas de désavantage à compenser.

Le critère du taux d'occupation réduit peut être pris en compte pour déterminer l'étendue de l'abattement à opérer sur le salaire statistique d'invalide lorsque le travail à temps partiel se révèle proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps. A cet égard, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et

répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence. Cela étant, le travail à temps partiel peut, selon les statistiques, être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs de sexe masculin (TF 9C\_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.1 et les références citées). Aucun abattement n'est ainsi justifié pour ce motif à l'égard de la recourante.

Pour le surplus, il ne ressort pas d'autre élément susceptible d'influer négativement sur les perspectives salariales de la recourante pour les activités adaptées existantes, qui ne requièrent pas de formation particulière.

**d)** La comparaison des revenus déterminés ci-dessus entraînent une perte de gain de (51'557 fr. 52 - 26'345 fr. 78 =) 25'211 fr. 74, de sorte que le taux d'invalidité s'élève à 49 % (chiffre arrondi ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). Il en découle que le droit de la recourante à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015 a pris fin le 30 novembre 2015, l'évolution de son état de santé constatée durant le mois d'août 2015 ouvrant droit à un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2015 comme l'avait retenu l'intimé dans les décisions litigieuses.

La recourante n'a pas contesté le refus de mesures professionnelles. Sur ce point, il faut constater à l'instar de l'intimé que de nombreuses activités adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante ne nécessitent pas de formation particulière (activités légères visées par l'ESS, skill\_level, niveau de compétence 1 ; cf. TF 9C\_486/2022 du 17 août 2023 consid. 8). Aucune mesure ne paraît ainsi susceptible d'améliorer sa capacité de gain, étant au demeurant rappelé qu'elle peut solliciter une aide au placement, comme l'a indiqué l'intimé dans la décision litigieuse.

**10.** La recourante conteste encore la compensation de la rente rétroactive allouée, à concurrence d'un montant de 15'632 fr. 70, avec une créance en restitution de prestations alléguée par E.\_\_\_\_\_.

**a)** Selon l'art. 22 al. 1 LPGA, le droit aux prestations est incessible ; il ne peut être donné en gage. Toute cession ou mise en gage est nulle. L'art. 22 al. 2 LPGA prévoit en revanche que les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent être cédées à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances (let. a) ou à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (let. b).

A teneur de l'art. 85<sup>bis</sup> al. 1 RAI, les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, les organismes d'assistance publics ou privés ou les assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance, peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Les organismes ayant consenti une avance doivent faire valoir leurs droits au moyen d'un formulaire spécial, au plus tôt lors de la demande de rente et, au plus tard au moment de la décision de l'office AI. Ce régime n'a pas été modifié par l'entrée en vigueur de l'art. 22 al. 2 LPGA (SVR 2007 IV n° 14 p. 52).

En vertu de l'art. 85<sup>bis</sup> al. 2 RAI, sont considérées comme avances, d'une part, les prestations librement consenties, que l'assuré s'est engagé à rembourser, pour autant qu'il ait été convenu par écrit que l'arriéré serait versé au tiers ayant effectué l'avance (let. a) et, d'autre part, les prestations versées, contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi (let. b). Interprétant la volonté du législateur sur la base des travaux parlementaires, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que la réglementation des paiements en mains de tiers était limitée aux versements rétroactifs de prestations d'assureurs sociaux et que l'art. 85<sup>bis</sup> RAI constituait la norme réglementaire autorisant le paiement en mains de tiers du rétroactif des prestations de l'assurance-invalidité (TFA I 428/05 du 18 avril 2006 et I 31/00 du 5 octobre 2000 *in* VSI 2003 p. 265).

Les avances librement consenties selon l'art. 85<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI supposent le consentement écrit de la personne intéressée pour que le créancier puisse en exiger le remboursement. Dans l'éventualité de l'art. 85<sup>bis</sup> al. 2 let. b RAI, le consentement n'est pas nécessaire ; celui-ci est remplacé par l'exigence d'un droit au remboursement « sans équivoque ». Pour que l'on puisse parler d'un droit non équivoque au remboursement à l'égard de l'AI, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une norme légale ou contractuelle (TF 9C\_926/2010 du 4 août 2011 consid. 3.2). Il est de jurisprudence constante que les prestations des assurances indemnités journalières conclues par un employeur en faveur de son personnel conformément à la LCA sont des prestations au sens de l'art. 85<sup>bis</sup> al. 2 RAI (TF 9C\_926/2010 du 4 août 2011 consid. 4.2 et les nombreuses références).

Les arrérages de rente peuvent être versés à l'organisme ayant consenti une avance jusqu'à concurrence, au plus, du montant de celle-ci et pour la période à laquelle se rapportent les rentes (art. 85<sup>bis</sup> al. 3 RAI).

**b)** En l'espèce, la demande de compensation d'E. \_\_\_\_\_ date du mois de mai 2015 et indique qu'elle est effectuée par l'assureur perte de gain en cas de maladie (contrat collectif pour des indemnités journalières régi par la loi sur le contrat d'assurance [LCA]). Le formulaire de demande de compensation prévoit trois fondements possibles à la demande de compensation, à savoir des dispositions légales, des dispositions contractuelles ou l'accord écrit de la personne ayant reçu des avances ou de son représentant légal, et prévoit que l'organisme demandeur coche la case adéquate et produise les dispositions pertinentes ou la preuve de l'accord de l'assuré. E. \_\_\_\_\_ n'a coché aucune des trois cases, mais s'est prévalu de l'accord de l'assurée dans son courrier du 29 mai 2015. Elle a transmis ledit document, comportant la signature de la recourante, le 30 juin 2015.

Il découle de ces pièces que le versement direct de prestations rétroactives à E. \_\_\_\_\_ a été octroyé par l'intimé sur la base d'un dossier complet. La recourante s'est plaint essentiellement de l'absence des pièces au dossier, mais celles-ci figurent dans le dossier fourni par l'intimé sous les numéros de document 43 et 49. L'intéressée n'a formulé aucun grief quant au montant et à la période concernée, étant au demeurant relevé que l'intimé devra procéder à un calcul complémentaire des prestations rétroactives compte tenu du résultat du présent recours. Il convient en outre de rappeler que le point de savoir si et, le cas échéant dans quelle mesure, un assureur dispose d'une créance en restitution à l'encontre d'un assuré doit, en cas de litige, être tranché dans une procédure opposant l'assurance concernée et l'assuré. Partant, la conclusion de la recourante portant sur le versement en mains d'E. \_\_\_\_\_ doit être rejeté.

**11.** Le dossier est complet et permet à la Cour des assurances sociales de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

**12.** a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 août 2015. Elle est confirmée pour le surplus.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Vu l'issue du litige, à savoir une admission très partielle du recours, il convient de les répartir à raison de deux tiers pour la partie recourante et d'un tiers pour l'intimé. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont dès lors mis à la charge de la partie recourante par 400 fr. et à la charge de l'intimé par 200 francs.

La partie recourante a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il a été retenu dans la décision de taxation intermédiaire rendue le 1<sup>er</sup> février 2022, après examen de la liste d'opérations déposées le 30 décembre 2021 par Me Girardin à l'occasion de son changement d'étude, que le nombre d'heures admissibles au 31 décembre 2021, eu égard à l'importance et la complexité du litige, était de 22 heures et 50 minutes. Me Girardin a déposé le 2 mars 2022 une liste d'opérations complémentaire, chiffrant à 3 heures et 12 minutes le temps consacré à la présente affaire pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 28 février 2022. Après examen de cette seconde liste, il apparaît que plusieurs opérations concernent l'ouverture du dossier dans la nouvelle étude, ainsi que des mémos adressés à la cliente. Il s'agit manifestement de tâches de secrétariat qui n'ont pas à être rémunérées en sus des débours et doivent donc être retranchées. Il convient par ailleurs de réduire certaines opérations en tant qu'elles concernent partiellement des tâches de secrétariat, telles que la demande de prolongation d'un délai, la préparation de la liste d'opérations ou la prise de connaissance de la taxation intermédiaire d'assistance judiciaire. En conséquence, cette liste peut être admise à raison de 2 heures et 30 minutes, portant le temps qui peut équitablement être pris en compte pour la fixation des dépens à 25 heures et 20 minutes. Sur cette base, l'indemnité de dépens réduits doit être fixée à 2'400 fr., débours et TVA compris (art. 10, 11 et 13 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1], et mise à la charge de l'intimé.

**c)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Girardin peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, étant rappelé que les opérations effectuées jusqu'au 31 décembre 2021 ont déjà été rémunérées par décision de taxation intermédiaire du 1<sup>er</sup> février 2022, avec un montant de 4'647 fr. 80 pour 22 heures et 50 minutes. S'agissant des opérations effectuées dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, la liste d'opérations du 2 mars 2022 ne pouvant être intégralement suivie pour les motifs exposés ci-dessus, il convient d'arrêter le complément d'indemnité à 508 fr. 90, dont 22 fr. 50 de débours et 36 fr. 40 pour la TVA (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**d)** Les dépens alloués dépassent l'indemnité complémentaire du mandat d'office qui vient d'être fixée. Dans la mesure où un montant de 4'647 fr. 80 a déjà été avancé à Me Girardin à titre de rémunération intermédiaire du mandat d'office, le canton est subrogé pour le solde des dépens dépassant l'indemnité complémentaire (art. 122 al. 2 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). En conséquence, les dépens dus par l'intimé devront être versés à la recourante à raison de 508 fr. 90 et le solde, par  $(2'400 \text{ fr.} - 508 \text{ fr. } 90 =) 1'891 \text{ fr. } 10$ , au canton, représenté par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes.

**e)** La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et le solde de l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. Les décisions rendues les 11 novembre et 15 décembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont renformées en ce sens que X. \_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 août 2015. Elles sont confirmées pour le surplus.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs) et mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud par 200 fr. (deux cents francs).
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera, à titre d'indemnité de dépens réduits, un montant de 508 fr. 90 (cinq cent huit francs et nonante centimes) en mains de X. \_\_\_\_\_ et le solde, par 1'891 fr. 10 (mille huit cent nonante et un francs et dix centimes), à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes.
  
- V. L'indemnité d'office complémentaire de Me Girardin, conseil d'office de X. \_\_\_\_\_, arrêtée à 508 fr. 90 (cinq cent huit francs et nonante centimes) débours et TVA compris, est entièrement couverte par les dépens.
  
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Marine Girardin (pour X. \_\_\_\_\_)
- 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 :