

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juin 2023

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Claude Schweizer,
avocat à Neuchâtel,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 87 et 88a RAI.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'un CFC de coiffeuse, travaillait depuis 1996 en tant que laborantine technique pour la société S._____.

Le 7 avril 2015, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Neuchâtel, indiquant souffrir d'une polyarthrite rhumatoïde chronique et de la maladie auto-immune de Gougerot-Sjögren.

Dans un rapport du 4 juin 2015, la Dre L._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé le diagnostic de syndrome de Gougerot-Sjögren systémique avec manifestations articulaires, glandulaires et musculaires depuis 2011 environ. L'assurée n'était pas en incapacité de travail, mais elle commençait à avoir de la peine à assumer un rendement à plein temps, était très fatigable et sa résistance avait considérablement diminué. Son activité était encore exigible, mais avec un rendement réduit. A l'avenir, il faudrait probablement envisager une diminution de son taux d'activité.

Dans un avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 21 décembre 2015 consécutif à un entretien entre un conseiller OAI, un juriste, un gestionnaire et le Dr [...], il est fait état d'une péjoration de la situation pour l'assurée qui avait toutefois refusé de se mettre à l'arrêt par crainte pour son emploi. Si du point de vue médical, une incapacité de travail à 50 % pouvait être admise, sans nécessité de pousser plus loin l'instruction, le point de départ de cette incapacité de travail ne pouvait être établi, le rapport de la Dre L._____ faisant seulement état d'une aggravation en 2012-2013. Du point de vue juridique, l'OAI pouvait juste admettre que l'assurée aurait vraisemblablement droit à une rente partielle, mais pas avant l'écoulement du délai de carence d'une année d'une incapacité de travail médicalement justifiée. En conclusion, avant qu'une incapacité de travail ne soit attestée, aucune aide n'était envisageable.

Le 7 mars 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Neuchâtel a informé l'assurée qu'elle allait recevoir un soutien pour l'adaptation de son poste de travail. Cette mesure a été mise en œuvre avec succès, en collaboration avec S._____. Depuis le mois de juin 2016, l'assurée était occupée à la planification, soit un poste plus administratif qu'auparavant, sans aspect opérationnel.

Par décision du 12 janvier 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Neuchâtel a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assurée. Il a considéré qu'après avoir bénéficié de son soutien dans l'adaptation de son poste de travail, elle bénéficiait désormais dans sa nouvelle activité du même revenu que celui qu'elle réalisait dans sa précédente activité de technicienne de laboratoire. En l'absence d'une incapacité de travail durable et de toute perte économique, les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas remplies.

B. Le 19 décembre 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'une aggravation de son état de santé et une hospitalisation du 31 octobre au 2 décembre 2019.

Dans un rapport du 17 avril 2020, la Dre L._____ a posé le diagnostic de lupus érythémateux systémique avec glomérulonéphrite, atteinte articulaire, syndrome sec et syndrome de fatigue chronique, avec effet sur la capacité de travail, ainsi que les diagnostics d'état anxieux, alopecie et diabète, sans effet sur la capacité de travail. L'assurée avait été réadaptée dans un poste de planification qui générait un stress important. Elle avait été hospitalisée en octobre 2019 en raison d'une décompensation avec un syndrome fébrile et une insuffisance rénale. L'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 28 octobre 2019. Des nouvelles atteintes, rénale et peut être pulmonaire, ainsi qu'un

diabète cortico-induit difficile à équilibrer s'étaient superposés au syndrome de Gougerot-Sjögren.

Dans un rapport du 19 mai 2020, le Dr [...], spécialiste en néphrologie, a posé les diagnostics de syndrome de Sjögren/lupus, de vascularite pauci-immune et de diabète cortico-induit. À ce jour, la fonction rénale était normale et la situation néphrologique n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Le Dr [...] a réservé l'avis du rhumatologue et du diabétologue pour le surplus.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, complété le 8 décembre 2020, la Dre L._____ a confirmé le diagnostic de lupus érythémateux avec atteintes multisystémiques (rénales, articulaires, syndrome de Gougerot-Sjögren associé). Depuis son dernier rapport, l'état de santé de l'assurée était stabilisé sous traitement, avec encore une importante fatigabilité, des troubles mictionnels et un syndrome sec, des dyspnées d'effort avec une fibro-élastose pleuro-parenchymateuse et un syndrome restrictif. Le diabète était bien stabilisé sous traitement. L'activité de laborantine n'était plus exigible. L'assurée était incapable de travailler dans une activité adaptée, l'activité de planificatrice ayant déjà répondu à une réadaptation en 2015.

Le 30 mars 2021, l'OAI s'est vu remettre une copie du dossier constitué par l'assureur perte de gain maladie de l'employeur de l'assurée. L'assureur perte de gain maladie avait confié au Centre D._____ la mise en œuvre d'une expertise monodisciplinaire, à laquelle un volet de médecine interne générale avait été rajouté. Dans leur rapport du 12 mars 2021, les Drs T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et spécialiste en rhumatologie, et le Dr R._____, médecin praticien, ont posé les diagnostics incapacitants de lupus érythémateux systémique avec atteinte articulaire (polyarthralgies périphériques et symétriques), syndrome de Sjögren, ainsi que de fatigue et fatigabilité à l'effort sans somnolence diurne d'origine multifactorielle. Les diagnostics non-incapacitants étaient une glomérulonéphrite pauci-immune (vascularite ANCA séronégative) ; un syndrome douloureux chronique de la

vessie/plancher pelvien ; un status après fracture du 5^{ème} orteil droit en mai 2020 ; une probable rhizarthrose bilatérale ; une dyspnée de stade II en lien avec une probable fibroélastose pleuro-parenchymateuse en cours d'investigation ; une probable subluxation chronique de l'articulation temporo-mandibulaire gauche ; une petite adénopathie axillaire droite ; un status après biopsie des glandes salivaires accessoires laissant une hypoesthésie de la lèvre inférieure gauche ; une hyperactivité vésicale ; un diabète cortico-induit insulino-requérant. Ils ont estimé que l'assurée était capable de travailler dans son activité ou dans une activité adaptée à 70 %, soit un taux horaire de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % en lien avec la fatigue, une dyspnée à l'effort et des douleurs articulaires diffuses. L'activité habituelle de bureau était adaptée. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort physique soutenu ou répété, changements de position possibles, pas de mouvements répétitifs ou contraignants pour les articulations, pas de longs ou de déplacements répétés, pas de montée/descente d'escaliers respectivement des pentes, sanitaires à disposition à proximité, environnement tempéré. Se fondant sur ces conclusions, l'assureur perte de gain maladie avait informé l'intéressée, le 23 mars 2021, qu'il continuerait à l'indemniser à hauteur de 30 % du 1^{er} avril et jusqu'au 20 octobre 2021, date à laquelle ses prestations seraient épuisées.

Le 6 mai 2021, l'assurée, désormais représentée par son conseil, a adressé à l'OAI un rapport établi le 3 mai 2021 par la Dre L._____ et indiqué qu'elle contestait les conclusions des experts du Centre D._____, requérant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Dans son rapport, la Dre L._____ relevait que l'assurée avait conservé son emploi mais dans un nouveau poste adapté à son état en 2016. Ce poste n'était pas vraiment adapté à son état de santé qui s'était aggravé en octobre 2019. En considérant la situation dans sa globalité, il était étonnant qu'une patiente « reconnue comme partiellement invalide en 2015 soit considérée comme totalement apte au travail alors que son état de santé s'est objectivement aggravé en 2019 ». La Dre L._____ a préconisé qu'une expertise soit confiée à un immunologue. Pour sa part, elle estimait que l'assurée ne pouvait plus travailler, tout au plus dans une

activité très légère et parfaitement adaptée avec un rendement de l'ordre de 40 à 50 %.

Dans un avis du 18 août 2021, le SMR a estimé qu'il ne pouvait suivre l'expertise du Centre D._____, celle-ci n'analysant pas les éventuelles incohérences et ne mettant pas en évidence les ressources et les empêchements. Un examen rhumatologique au SMR était préconisé.

L'assurée a été vue par le Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au SMR, le 8 septembre 2021. Dans un rapport d'examen clinique rhumatologique du 13 septembre 2021, le Dr B._____ a retenu le diagnostic incapacitant de lupus érythémateux systémique avec arthralgies, fatigue et syndrome sec (Sjögren). Il a relevé, lors de l'examen clinique, des incohérences entre les plaintes douloureuses et la gestuelle de l'assurée. Il a retenu qu'il y avait ainsi de nombreuses autolimitations et des manifestations algiques dépendantes de la situation et conclu que les manifestations du lupus, à l'origine de l'arrêt de travail, étaient donc essentiellement subjectives. Sur le plan professionnel, la place de travail avait été adaptée depuis plusieurs années et il s'agissait d'un travail léger de bureau. Le Dr B._____ a relevé qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée lors de la première demande de prestations de sorte que l'assurée avait été totalement capable de travailler jusqu'à la décompensation du lupus à l'origine de son hospitalisation. L'incapacité de travail était totale dès le 28 octobre 2019, jusqu'au 8 décembre 2020. La Dre L._____ avait en effet attesté dans un rapport du même jour que l'état de santé était stabilisé sous traitement. Le Dr B._____ a adhéré aux conclusions des experts du Centre D._____ quant à la capacité de travail et retenu une baisse de rendement de 30 % dès le 8 décembre 2020 afin de prendre en compte les arthralgies, la fatigue, le syndrome sec, une polyurie, un besoin de faire des pauses supplémentaires et de se lever une fois par heure. Il a également retenu les limitations fonctionnelles suivantes : activités répétitives ou contre résistance, activités au-dessus de la tête ou en zone basse, postures statiques, montées et descentes fréquentes des escaliers,

marche au-delà de 20 minutes, environnement tempéré. La dernière activité exercée par l'assurée permettait de respecter ces limitations.

Le 16 septembre 2021, l'OAI s'est vu remettre une série de rapports établis entre le 2 décembre 2019 et le 27 avril 2020.

Le 23 septembre 2021, l'assurée a adressé à l'OAI un rapport établi le 16 septembre 2021 par le Dr V._____, spécialiste médecine interne générale, allergologie et immunologie clinique, attestant une incapacité de travail de 100 %, « compte tenu d'une incapacité de 50 % déjà évaluée par l'AI en 2015 et [...] de l'aggravation de l'état de santé de la patiente ces 2 dernières années ».

Sollicité pour avis, le SMR a relevé que les rapports médicaux transmis le 16 septembre 2021 ainsi que le rapport du Dr V._____ ne remettaient pas en cause l'appréciation du Dr B._____, ceux-ci n'apportant pas d'éléments nouveaux.

Dans un projet de décision du 17 mars 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, au motif qu'elle était certes incapable de travailler de manière ininterrompue depuis le 19 décembre 2019 mais, qu'au terme du délai d'attente d'un an, elle disposait d'une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle. Le préjudice économique de 30 % qui en résultait était inférieur au seuil de 40 % nécessaire pour reconnaître le droit à une rente.

Par courrier de son conseil du 14 avril 2022, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision, contestant l'appréciation faite de sa capacité de travail. Elle a relevé que les conclusions des experts du Centre D._____ étaient en contradiction avec l'appréciation des Drs L._____ et V._____ ainsi qu'avec le fait qu'elle avait été reconnue partiellement invalide en 2015 et avait alors bénéficié d'une réadaptation de son poste de travail. Dans un rapport du 22 mai 2022, la thérapeute en réflexothérapie [...] soutenait également le point

de vue des médecins traitants. Une rente totale devait lui être reconnue, à tout le moins une nouvelle expertise devait être mise en œuvre au vu des avis divergents des experts, d'une part, et des autres médecins, d'autre part.

Dans un avis du 10 mai 2020, le SMR a estimé qu'il n'avait aucun élément médical nouveau pour s'écarter des conclusions de l'examen clinique rhumatologique. Il n'y avait dès lors pas de raison de modifier sa position.

Par décision du 25 mai 2022, l'OAI a refusé de prester, conformément à son projet de décision. Dans un courrier du même jour, il a exposé à l'assurée que sa décision se fondait sur les conclusions de l'examen rhumatologique réalisé par le SMR, et non sur les conclusions des experts du Centre D._____ comme elle le prétendait. L'examen clinique rhumatologique pouvait se voir conférer une pleine valeur probante. Les éléments soulevés par l'assurée n'apportaient pas d'élément nouveau permettant de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

C. Par acte du 30 juin 2022, X._____, toujours représentée par son conseil, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision qui précède, concluant principalement à son annulation [recte : réforme] et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 19 décembre 2020 compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 %, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. La recourante s'est d'abord prévaluée d'une violation de son droit d'être entendu, reprochant à l'intimé de ne pas avoir suffisamment motivé sa décision et s'être limité à des généralités pour justifier son refus de rente, sans se prononcer sur les griefs soulevés. Elle a ensuite relevé que la position de l'OAI était en contradiction avec l'ensemble des rapports médicaux établis par les professionnels qui l'accompagnaient depuis longtemps. Les seuls avis de ces médecins auraient d'ailleurs déjà permis d'accorder une rente entière d'invalidité. La position de l'OAI était

également en totale contradiction avec l'évolution de l'état de santé qui avait fondé une invalidité partielle en 2015 et s'était aggravé en 2019. Quoi qu'il en soit, les avis des médecins traitants suffisaient à mettre en doute l'appréciation du SMR et du Centre D._____, justifiant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. La recourante a ajouté que les conséquences de son lupus s'étaient aggravées, avec l'apparition de problèmes cardiaques et pulmonaires en cours d'investigation.

Par réponse du 7 septembre 2022, l'intimé a conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'un droit à une rente entière limitée dans le temps était ouvert du 1^{er} octobre 2020, à l'issue du délai d'attente d'une année, au 31 mars 2021, trois mois après l'amélioration de son état de santé. L'OAI s'est référé à un avis SMR du 25 août 2022, dont il ressortait que l'aggravation de la maladie auto-immune dont souffrait la recourante avait déjà eu lieu en octobre 2019, et pas seulement en décembre 2019, comme indiqué à tort dans la décision litigieuse. Pour le surplus, l'amélioration de l'état de santé, justifiant une capacité de travail à 70 % dès le 8 décembre 2020, pouvait être confirmée. Les nouveaux éléments médicaux allégués ne pouvaient pas être pris en considération dans le cadre de la présente procédure, étant postérieurs à la décision litigieuse. Enfin, même en retenant que la motivation était succincte, la décision et son courrier d'accompagnement permettaient de comprendre que l'examen clinique rhumatologique fondait la décision et était probant. La recourante avait au demeurant pu faire valoir ses arguments devant l'autorité de recours.

Le 23 septembre 2022, la recourante a indiqué ne pas avoir d'explication complémentaire à fournir.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. La recourante se prévaut d'une violation du droit d'être entendu, en ce sens que la décision entreprise ne serait pas suffisamment motivée. De nature formelle, ce grief doit être analysé en premier lieu.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une

autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, il convient d'observer que les termes de la décision litigieuse - certes succincte - et de son courrier d'accompagnement permettent néanmoins de comprendre les motifs matériels pour lesquels l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante. En suivant l'avis du SMR, l'OAI estimait que l'assurée était capable de travailler dans son activité à 70 % depuis le 8 décembre 2020, de sorte que son degré d'invalidité s'élevait à 30 % et était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. La recourante a d'ailleurs été parfaitement en mesure d'en saisir la portée et de l'attaquer en temps utile auprès de la Cour de céans, laquelle est dotée d'un plein pouvoir d'examen. Le grief de la violation du droit d'être entendu doit être rejeté.

3. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de la part de 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^{er} 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^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En l'occurrence, le moment de la naissance d'un éventuel droit à une rente est antérieur au

1^{er} janvier 2022, de sorte que l'ancien régime légal et réglementaire trouve application.

4. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose 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 conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

5. 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).

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).

6. a) A l'appui de sa première demande de prestations, l'assurée a indiqué souffrir d'une polyarthrite rhumatoïde chronique et de la maladie auto-immune de Gougerot-Sjögren. Elle n'était alors pas en incapacité de travail mais son poste était de plus en plus difficile à assumer. Dans sa décision du 12 janvier 2017, l'OAI avait retenu que l'assurée avait bénéficié d'un soutien à la réadaptation et que dans sa nouvelle activité elle réalisait le même revenu que dans son ancien poste de technicienne. Ainsi, en l'absence d'incapacité de travail durable et de toute perte économique, les conditions requises pour l'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas remplies.

b) L'assurée a déposé une deuxième demande, le 19 décembre 2019, en raison d'une aggravation de son état de santé. Incapable de travailler depuis le 28 octobre 2019, l'assurée a été

hospitalisée du 31 octobre au 2 décembre 2019 en raison de pics fébriles. Au cours de son hospitalisation, le diagnostic de lupus érythémateux systémique avec glomérulonéphrite, atteinte articulaire, syndrome sec et syndrome de fatigue chronique a été posé (cf. rapport du 17 avril 2020 de la Dre L._____). Si l'aggravation de la situation, en octobre 2019, n'est pas contestée, c'est en revanche au sujet de l'amélioration de l'état de santé que l'avis des parties diverge. L'OAI estime pour sa part, se fondant en particulier sur les constatations du Dr B._____, que l'assurée a recouvré une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle - laquelle est adaptée à ses limitations fonctionnelles - depuis le 8 décembre 2020. L'appréciation du Dr B._____ rejoint celle des experts du Centre D._____. La recourante considère en revanche que son état de santé ne s'est pas amélioré et qu'elle demeure ainsi totalement incapable de travailler, comme l'attestent ses médecins traitants.

aa) En l'espèce, le Dr B._____ a procédé à une analyse des ressources et des empêchements de l'assurée, en mettant en évidence des incohérences. Il s'agit-là d'éléments indispensables à l'analyse du droit à une rente sous l'angle de l'AI. Pour le surplus, les appréciations du Centre D._____ et du Dr B._____ se rejoignent. En outre, toutes deux se fondent sur des examens cliniques complets, prennent en considération les plaintes - spontanées et dirigées - de l'assurée, comprennent une anamnèse détaillée, décrivent le contexte médical et comportent des conclusions claires et motivées. Le Dr B._____ et les experts du Centre D._____ ont ainsi réalisé des examens cliniques poussés, comprenant un status général, neurologique et ostéoarticulaire. Le Dr B._____ a ainsi constaté qu'en dépit des douleurs signalées, l'assurée pouvait réaliser les mouvements demandés, notamment la montée d'escaliers, la marche sur les talons et sur la pointe des pieds (seulement ébauchée), les changements de position assis-debout-couché, la mobilisation du rachis, les mouvements d'antépulsion, d'abduction et de rotation interne des épaules, les mouvements de flexion-extension des poignets, la mobilisation des doigts et des hanches, la flexion des genoux. Du point de vue neurologique, le Dr B._____ a constaté des réflexes ostéotendineux vifs et symétriques, des réflexes cutanés plantaires en flexion, une

musculature peu développée et une faible résistance lors de l'évaluation de la force. Il est rejoint par les constatations de l'expert R._____, lequel a encore examiné le status abdomino-pelvien, dermatologique et ophtalmologique. Il ne ressort de son examen abdomino-pelvien aucune particularité, ni douleur, ni contracture, ni hernie palpable. L'expert n'a objectivé aucune sécheresse de peau. Du point de vue ophtalmologique, l'acuité visuelle était de 0/10 sans correction et de 12/10 avec correction. Il a relevé que le diabète était équilibré sous traitement et considéré que la dyspnée à l'effort n'était pas incapacitante dans un travail sédentaire. Les experts du Centre D._____ ont signalé un discret syndrome fibromyalgique associé. Le Dr B._____ a précisé à cet égard que cela était banal en cas de maladie auto-immune, comme celle présentée par l'assurée, et qu'il existait des similitudes entre les manifestations de la fibromyalgie et d'un lupus érythémateux provoquant fatigue et douleurs.

Le Dr B._____ a rejoint les constatations des experts, s'agissant de la fatigue et des douleurs alléguées par l'assurée. Il a toutefois relevé plusieurs incohérences au cours de son examen en ce sens que les plaintes douloureuses ne correspondent pas à la gestuelle de l'assurée. Ainsi, alors que l'assurée déclare ne pas pouvoir rester assise plus de 10 à 15 minutes, elle reste assise durant toute la durée de l'entretien. Sa boiterie à gauche n'est pas présente lors de la montée des escaliers. Lors du déshabillage, l'assurée indique qu'elle ne peut enlever ses pantalons et ses chaussettes qu'en s'asseyant par terre, alors que le rhabillage s'effectue en position assise sur une chaise. L'assurée signale des douleurs du genou gauche lors de la manœuvre de Lasègue en décubitus dorsal mais pas en position assise. Lors de l'évaluation de la force, l'assurée lâche contre une faible résistance qui, si elle représentait la force réelle, ne lui permettrait pas de tenir debout. Le Dr B._____ a dès lors retenu qu'il y avait de nombreuses autolimitations et des manifestations algiques dépendantes de la situation.

Fort de ces éléments, et au vu d'une situation stabilisée, le Dr B._____ a rejoint les conclusions des experts s'agissant de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, soit 70 % (activité à

plein temps avec une diminution de rendement de 30 % pour tenir compte de la fatigue, des douleurs, du syndrome sec et de la polyurie). L'appréciation faite par la Dre L._____ d'un rendement diminué de 50 à 60 % ne prend pas en compte les autolimitations constatées (cf. rapport du 3 mai 2021), de sorte qu'elle a été écartée à juste titre par le Dr B._____. Le Dr B._____ et les experts du Centre D._____ considèrent que l'activité habituelle de bureau est adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir pas d'activités répétitives ou contre résistance, ni au-dessus de la tête ou en zone basse, pas de postures statiques, possibilité de se lever une fois par heure, pas de descentes fréquentes d'escaliers, pas de marche au-delà de 20 minutes et environnement tempéré. Les experts ne se sont toutefois pas prononcés sur la date à laquelle la reprise d'une activité était exigible. Le Dr B._____, se fondant sur l'ensemble des pièces au dossier, l'a fixée au 8 décembre 2020, dès lors qu'à cette date, la Dre L._____ a constaté que l'état de santé était stabilisé sous traitement et qu'il s'était amélioré.

bb) Les rapports des Drs L._____ et V._____ auxquels se rapporte la recourante ne permettent pas de remettre sérieusement en cause les constatations du Dr B._____ et des experts du Centre D._____. En effet, ces rapports se limitent dans une large mesure à contester l'appréciation de ces derniers sans mettre en évidence une erreur factuelle ou d'argumentation de leur part. L'appréciation des médecins traitants n'est ainsi pas suffisamment étayée et ne peut être suivie.

Par ailleurs, la recourante, et certains rapports auxquels elle se réfère, semble accorder une importance déterminante à un avis du SMR dans lequel celui-ci était prêt à reconnaître, en 2015, une incapacité de travail de 50 %. Cet avis, posé au terme d'un rapport relativement sommaire, était toutefois conditionné au fait qu'une incapacité de travail soit effectivement attestée – alors que l'assurée refusait catégoriquement tout arrêt de travail à l'époque – et n'a quoi qu'il en soit pas été suivi par l'octroi d'une rente d'invalidité correspondante, au contraire.

Les nouvelles atteintes pulmonaires et cardiaques dont la recourante fait état dans sa réplique sont postérieurs à la décision litigieuse, de sorte qu'elles ne peuvent être prises en considération dans le cadre du présent recours. Elles sont quoi qu'il en soit toujours en cours d'investigation.

c) Vu ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'assurée s'est retrouvée totalement incapable de travailler dans toutes activités dès le 28 octobre 2019, début du délai d'attente d'un an. Le 28 octobre 2020, elle était toujours totalement incapable de travailler dans toutes activités. Le droit à une rente entière est par conséquent ouvert, comme l'a admis l'OAI dans sa réponse du 7 septembre 2022. A partir du 8 décembre 2020, l'assurée a recouvré une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle et toutes activités adaptées à ses limitations fonctionnelles. Le préjudice économique s'élève ainsi à 30 %, ce qui est inférieur au seuil de 40 % nécessaire à l'octroi d'une rente. Le droit à la rente entière d'invalidité s'éteint donc le 31 mars 2021, soit trois mois après la date à laquelle l'état de santé s'est amélioré (art. 88a al. 1 RAI). Des mesures d'ordre professionnel ne sont pas justifiées, l'activité habituelle étant considérée comme adaptée.

L'assurée a par conséquent droit à une rente entière d'invalidité pour une période limitée, du 1^{er} octobre 2020 au 31 mars 2021.

7. a) Le recours doit être partiellement admis et la décision entreprise doit être réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} octobre 2020 au 31 mars 2021.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

Vu l'issue du litige, à savoir une admission très partielle du recours, il convient de répartir les frais judiciaires à raison de deux tiers pour la partie recourante et d'un tiers pour l'intimé. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., seront mis à la charge de la recourante par 400 fr. et à la charge de l'intimé par 200 francs.

c) La recourante, qui obtient très partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 600 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 25 mai 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à X._____ pour la période du 1^{er} octobre 2020 au 31 mars 2021.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de X._____ par 400 fr. (quatre cents francs) et 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 X._____ un montant de 600 fr. (six cents francs) à titre de dépens réduits.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Claude Schweizer (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 :