

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 août 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Séverin Tissot-Daguette,
avocat auprès d'indemnis, à Delémont,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 196[...], secrétaire médicale depuis 1983, souffrait d'hypoacousie bilatérale prédominante à gauche avec chute rapide sur les aigus, probablement depuis l'enfance. Depuis 1994, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a pris en charge les frais pour des appareils acoustiques, à titre de moyens auxiliaires. Ce moyen auxiliaire a été renouvelé régulièrement au fil des années. En février 2003, l'OAI a pris en charge les frais relatifs à un entraînement auditif et de cours de lecture labiale.

Le 16 septembre 2005, l'assurée a adressé à l'OAI une demande de prestations, en raison de douleurs dorsales présentes depuis environ 10 ans. Elle a exposé avoir réduit son taux à 80 % pendant six mois, à titre d'essai, ce qui s'était avéré bénéfique. Son employeur, l'Institut universitaire [...], avait consenti à réduire son taux de travail de 100 % à 80 %, à partir du 1^{er} janvier 2006. Elle avait également souffert par le passé d'abcès périanaux, subi une hystérectomie avec une fixation du rectum en 1999 et une fixation du sphincter anal en 2002.

Dans un rapport du 16 décembre 2005, le Professeur J._____, spécialiste en neurochirurgie, a posé les diagnostics de status après cure de hernie discale L4-L5 gauche en 1998 et de status après spondylodèse L4-L5-S1 le 13 février 2001. Il a joint son dossier complet.

Par décision du 6 avril 2006, l'OAI a rejeté le droit de l'assurée à une rente, au motif que son état de santé n'influçait pas sa capacité de travail en tant que secrétaire-médicale et que l'exercice de son activité à plein temps était exigible. Il n'y avait donc pas d'invalidité.

En juin 2006, l'OAI a été informé du versement d'une rente d'invalidité de 10 % par la Caisse de pension [...] en raison d'un syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel dans le cadre d'un status après

cure de hernie discale L4-L5 gauche et de status post-décompression et spondylodèse bilatérale L4-L5-S1.

B. Le 20 août 2014, le nouvel employeur de l'assurée, Ensemble Hospitalier U._____, a adressé à l'OAI une demande de prestations pour la prise en charge d'un aménagement de poste, à titre de moyen auxiliaire.

Le 27 octobre 2014, l'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'assurée a adressé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, en raison d'une névralgie pudendale ayant engendré une incapacité de travail totale du 11 au 17 juillet 2013, puis une incapacité de travail à 50 % jusqu'au 13 septembre 2013 et du 7 juillet au 2 octobre 2014, et à nouveau une incapacité totale de travail depuis le 3 octobre 2014.

Le 12 novembre 2014, la Dre P._____, spécialiste en anesthésiologie au Centre de la Douleur, a indiqué qu'elle n'était jamais associée à l'évaluation professionnelle ou d'invalidité des patients. Elle a joint un rapport du 13 novembre 2013 dans lequel elle retenait les diagnostics de douleurs sacrales et vaginales multifactorielles survenant dans un contexte de probable névralgie pudendale droite ainsi que de probable syndrome facettaire après chirurgie pour hernie discale, de status après cure de hernie discale en 1998 et 2001 et de status après chirurgie pour bandelette en janvier 2013. Les traitements de physiothérapie et d'ostéopathie n'avaient pas eu d'effet sur les douleurs, tandis que le traitement médicamenteux avait permis de les diminuer mais causait beaucoup d'effets secondaires.

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2014, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie, a posé les diagnostics de névrite pudendale bilatérale et de désinsertion musculaire pelvienne. Le 13 octobre 2014, il avait procédé à la réinsertion musculaire. L'assurée était actuellement incapable de travailler, en raison des douleurs rendant la position assise

impossible. Une activité serait possible dès que les douleurs auraient diminué, avec une reprise attendue à mi-temps dès la mi-janvier 2015.

Dans un rapport du même jour, le Dr W._____, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de plaintes mnésiques d'origine X, de troubles du sommeil d'origine psychophysiologique, de douleurs pelviennes sur probable neuropathie pudendale à prédominance droite et désinsertion de la sangle pubo-rectale et prolapsus rectal incomplet avec incontinence fécale depuis 15 ans, d'hypoacousie bilatérale appareillée et de lombalgies sur antécédent de hernie discale. Le Dr W._____ avait examiné l'assurée en novembre 2011 en raison de troubles du sommeil et de la mémoire. Une évaluation avait alors mis en évidence des difficultés attentionnelles et mnésiques avec ralentissement dans le cadre d'une fatigue chronique, insomnie, céphalées chroniques et possiblement dépression marquée. Il l'avait revue en septembre 2014 en raison d'une suspicion de polyneuropathie des membres inférieurs, qui avait été exclue par un bilan d'électroneuromyogramme. Il avait donc évoqué une possibilité de talalgies d'origine indéterminée, éventuellement en relation avec un syndrome du canal tarsien qui n'avait pas été démontré. Des radiographies du talon n'avaient pas mis en évidence d'éperon calcanéen. Le neurologue n'ayant pas revu l'assurée depuis a renvoyé à l'évaluation du Dr C._____ concernant la capacité de travail, précisant que le rendement était certainement diminué en raison des douleurs, des troubles de la mémoire et de la fatigue. Il a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité uniquement assise ou exercée uniquement en marchant, ne pas se pencher, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de travail sur une échelle ou un échafaudage. L'assurée était également limitée dans ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance.

A titre de mesures d'intervention précoce, l'OAI a pris en charge les frais pour un aménagement de la place de travail de l'assurée, par le biais d'un bureau électrique (cf. communication du 28 janvier 2015)

et l'installation d'un corps de bureau adapté à l'aménagement de la place de travail (cf. communication du 8 juillet 2015).

A partir du 19 janvier 2015, l'assurée a repris son activité de secrétaire médicale à 50 % de son taux contractuel. Elle a bénéficié de la part de l'OAI d'un suivi de reprise, à titre de mesure d'intervention précoce (communication du 18 février 2015). Elle a tenté une reprise de son activité à son taux contractuel, dès le 2 mars 2015, mais a été remise en incapacité de travail à 50 % dès le 9 mars 2015 en raison d'une recrudescence des douleurs. A partir du 4 mai 2015, elle a réalisé une nouvelle tentative de reprise de son activité à 100 %, avec succès.

Le 24 septembre 2015, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a refusé d'accorder une rente à l'assurée, celle-ci s'étant retrouvée incapable de travailler durant moins d'une année, du 7 juillet 2014 au 4 mai 2015, date à laquelle elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, avec le soutien de son service de réadaptation.

C. Dans un rapport du 12 décembre 2017, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état d'une péjoration des troubles attentionnels et de la mémoire, amenant l'assurée à un état d'épuisement. Une récente évaluation neuropsychologique et logopédique du 15 février 2017 avait mis en évidence des difficultés attentionnelles, des difficultés de mémoire visuo-spatiale et verbale, un léger dysfonctionnement exécutif sur le plan cognitif, un ralentissement modéré à la dénomination et sévère à la lecture, de possibles discrètes difficultés aux pantomimes d'utilisation d'objets, de possibles difficultés à la reconnaissance d'images et la présence de possibles hallucinations visuelles et auditives.

Après avoir déposé une demande de détection précoce le 23 janvier 2018, en raison de ses douleurs lombaires et de difficultés neurologiques ayant occasionné une incapacité totale de travail du 21 août au 3 septembre 2017 puis une incapacité partielle de travail depuis le

4 septembre 2017, l'assurée a adressé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, le 5 mars 2018.

D'entente entre l'assurée, les médecins et son employeur, celle-ci a repris son activité de secrétaire médicale à titre thérapeutique, à raison de deux matinées par semaine, sans objectif de rendement, en juillet 2018 (cf. note d'entretien du 28 août 2018).

Dans un rapport du 28 août 2018, le Dr W. _____ a posé les diagnostics incapacitants de troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration, de douleurs lombaires et de douleurs neuropathiques pudorales. La capacité de travail de l'assurée était diminuée de manière significative en raison des troubles neuropsychologiques et des douleurs. Le Dr W. _____ a fait état d'un examen neurologique normal et d'un bilan neuropsychologique du 29 mars 2018 globalement superposable avec celui de février 2017, avec des troubles neuropsychologiques d'intensité légère à moyenne et de nature à entraîner une répercussion sur l'activité professionnelle au niveau quantitatif et qualitatif.

Dans un rapport du 13 février 2019, le Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir suivi l'assurée du 28 février au 21 juin 2018 en raison d'un sentiment d'épuisement. Le travail réalisé portait sur l'affirmation de soi dans le cadre familial et professionnel. Les différentes évaluations (neurologique et neuropsychologique) pouvant concerner le champ psychiatrique révélaient des limitations cognitives globalement stables, légères à modérées, mais fluctuantes dans le détail entre les différents examens et périodes. La nature de ces difficultés (attention, mémoire, concentration, etc.) ainsi que l'impression-subjective lors du suivi pouvait faire penser à un possible trouble de l'attention, ayant eu un impact léger sur le parcours professionnel, à investiguer. Il n'y avait pas eu d'incapacité de travail attestée sur le plan psychiatrique. Le Dr Z. _____ a notamment joint les rapports de bilan neuropsychologique des 15 février 2017 et 29 mars 2018.

Les rapports de travail de l'assurée avec l'Ensemble Hospitalier U. _____ ont pris fin en février 2019.

L'OAI s'est vu remettre, à sa demande, le dossier constitué par l'assurance perte de gain maladie de l'ancien employeur de l'assurée. Il en ressortait notamment que l'assurée avait subi deux arthroscopies des hanches en septembre et novembre 2018, avec une évolution lentement favorable malgré la persistance de douleurs (rapport du 7 avril 2019 du Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Dans un rapport à l'OAI du 31 mai 2019, la Dre R. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a indiqué avoir vu l'assurée à trois reprises, en 2003 pour une épicondylite bilatérale modérée, en 2008 à la suite d'une chute dans les escaliers et une atteinte à l'épaule ayant évolué favorablement, et de février à juin 2018 en raison de rachialgies associées à des cruralgies et coxalgies droites. Elle a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de coxalgies droites sur chondropathie coxofémorale droite modérée et synovites coxofémorales droites en 2018, de status post névralgie pudendale en 2014, de trouble attentionnel et mnésique d'origine indéterminée, et de douleurs des petites articulations des mains, plutôt de type mécanique. En avril 2018, elle avait estimé qu'une reprise progressive de l'activité habituelle à 40 % serait possible à moyen terme, du strict point de vue articulaire. Elle ignorait toutefois l'évolution de la situation depuis la fin du suivi en juin 2018. Elle a joint des rapports d'imagerie.

Dans un rapport du 27 juin 2019, le Dr L. _____ a posé le diagnostic de status post deux arthroscopies des hanches en 2018. L'assurée était incapable de travailler dans une activité adaptée. Le Dr L. _____ a indiqué qu'une évaluation neurochirurgicale était programmée auprès du Dr M. _____, spécialiste en neurochirurgie.

Le 1^{er} juillet 2019, le Dr S. _____ a adressé une liste des antécédents de l'assurée.

Dans un rapport non daté reçu par l'OAI le 12 août 2019, Dr [...], spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a mentionné avoir vu l'assurée à une reprise pour un vertige positionnel paroxystique bénin au début de l'année 2019.

Le 6 novembre 2019, le Dr M._____ a indiqué à l'OAI qu'il avait examiné l'assurée le 26 juin 2019 dans le cadre d'une suspicion de dysfonction de l'articulation sacro-iliaque et périarthropathie des hanches. Après des infiltrations dont le résultat s'était avéré négatif, il avait conclu que l'assurée souffrait de douleurs en lien avec le segment L4-L5 et les articulations sacro-iliaques. Une intervention chirurgicale était prévue en janvier 2020.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, complété le 28 novembre 2019, le Dr L._____ a précisé que, depuis son dernier rapport, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé avec des rachialgies et douleurs lombaires. Depuis le 1^{er} septembre 2019, il avait attesté une incapacité de travail réduite à 85 %, une reprise d'activité dans un poste adapté étant possible depuis lors. Le périmètre de marche était limité et inférieur à 20 minutes. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était toujours totale.

L'assurée a informé l'OAI, le 17 décembre 2019, que ses rapports de travail auprès d'un chocolatier avaient été résiliés avec effet au 31 janvier 2020.

En réponse à un questionnaire de l'OAI établi en mars 2020, le Dr M._____ a exposé que l'assurée avait été opérée en janvier 2020 d'un complément de spondylodèse avec une évolution lentement favorable. L'incapacité de travail était totale dans toutes activités, à réévaluer en avril 2020.

Quant au Dr S._____, il a fait état en mars 2020 d'une amélioration progressive des douleurs dorsales depuis l'opération du Dr

M._____ et une médication en diminution. L'incapacité de travail était toujours totale dans toutes activités depuis l'opération. L'assurée présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges, alternance des positions toutes les heures, ne pas se pencher en avant. Le Dr S._____ a ajouté qu'un essai de reprise d'activité professionnelle à 50 % chez un chocolatier en novembre et décembre 2019 avait échoué.

En juillet 2020, le Dr M._____ a précisé que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était marquée par d'importantes douleurs au niveau des hanches. Il a listé les limitations fonctionnelles suivantes : pas port de charges supérieures à 3 kg, pas de travail en position statique ou en porte-à-faux. Il a renvoyé pour le surplus à des rapports de consultation qu'il avait établis les 6 mai et 24 juin 2020, dans lesquels il constatait que l'assurée souffrait à son avis de péri-arthropathie des hanches qui s'était aggravée. L'assurée avait connu une évolution favorable jusqu'en juin 2020.

Le 1^{er} juillet 2020, le Dr S._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies persistantes malgré une reprise de spondylodèse, de bursite pertrochantérienne bilatérale et de trouble de l'attention et trouble mnésique chronique. L'évolution de la situation était lentement favorable au niveau des lombalgies depuis mars 2020, avec une recrudescence toutefois depuis quelques mois des coxalgies sur probable bursite pertrochantérienne bilatérale. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle. Elle pourrait être de 25 % au maximum dans une activité adaptée permettant d'alterner les positions toutes les 30 minutes ou toutes les heures, et sans port de charges supérieures à 3 kg. Pour l'heure, l'assurée bénéficiait d'une aide pour la planification et l'administratif en raison de ses troubles mnésiques.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a relevé, le 24 septembre 2020, qu'au terme d'une longue instruction, il était difficile de statuer en tout état de cause en raison de la multiplicité des atteintes à la santé. S'il apparaissait clair que des périodes d'incapacité de travail totale étaient justifiées et qu'une activité

physiquement contraignante ne pourrait être exigée, il n'était pas expliqué la raison pour laquelle une capacité de travail supérieure à 25 % ne pouvait être attendue. De plus, les répercussions des troubles cognitifs restaient peu claires. Le SMR a préconisé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire.

L'OAI a informé l'assurée qu'une expertise était nécessaire et était confiée à la Clinique B._____ (ci-après : Clinique B._____), en particulier aux Drs O._____, spécialiste en médecine interne générale, F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Q._____, spécialiste en rhumatologie, et la neuropsychologue V._____ (cf. communications des 28 septembre 2020 et 13 avril 2021).

Dans leur rapport du 20 juillet 2021, les experts de la Clinique B._____ ont retenu les diagnostics de douleurs chroniques sur lombarthrose multi-opérée (M47.8) et de douleurs post-opératoires aux deux hanches (M79.6). Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics d'hallux rigidus à droite (M20.2), de tendinopathie de la coiffe des rotateurs (M79.6) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Les experts ont constaté un décalage lors des différents examens entre l'intensité des plaintes et leurs observations, qui était manifestement imputable au syndrome somatoforme retenu par l'expert psychiatre. Les experts ont constaté que l'assurée était capable de travailler dans une activité sédentaire adaptée, à savoir sans port répété ou prolongé de charges de 5 kg, alternant les positions, sans porte-à-faux du tronc, sans élévation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. En raison des suites de son opération des hanches, la marche était limitée durant 3 à 6 mois. Ses activités de secrétaire médicale ou d'organisatrice de voyage étaient adaptées. La capacité de travail était exploitable dès l'expertise, les experts ne pouvant se prononcer rétrospectivement en raison de la multiplicité des interventions chirurgicales. Ils ont précisé que les douleurs et l'hypoacousie étaient responsables d'une baisse de rendement de 20 %, qui était déjà prise en compte ces dernières années dans son emploi à 80 %.

Dans un avis du 6 septembre 2021, le SMR a estimé que l'expertise était convaincante et pouvait être suivie. Ainsi, en raison des nombreuses interventions chirurgicales, il proposait de retenir que l'incapacité de travail était justifiée du 21 août 2017 au mois de mai 2021, l'assurée ayant par la suite recouvré une capacité de travail à 80 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, une baisse de rendement de 20 % étant retenue en raison des douleurs et de l'hypoacousie.

Dans un projet de décision du 1^{er} octobre 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité, du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2021, basée sur un degré d'invalidité de 80 %. L'OAI a retenu que l'assurée était incapable de travailler depuis le 21 août 2017. À l'échéance du délai d'attente d'un an, son incapacité de travail était totale. En application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, son degré d'invalidité dans la part active s'élevait à 80 % (80×100 %), ce qui ouvrait droit à une rente entière d'invalidité. Il n'était ainsi pas nécessaire de procéder à une enquête ménagère pour déterminer les empêchements dans la part ménagère. Dès le mois de juin 2021, l'assurée était capable de travailler à 80 % dans toutes activités. Ses empêchements dans la part active s'élevaient à 20 %. En application de la méthode mixte, le préjudice dans sa part active s'élevait à 16 % (20×80 %). Compte tenu du degré d'invalidité de 16 % dans la part active, il apparaissait d'emblée que les empêchements ménagers ne seraient pas suffisants pour parvenir à un taux d'invalidité global de 40 %, seuil minimal permettant d'ouvrir le droit à une rente. Le droit à la rente prendrait ainsi fin trois mois après l'amélioration de la situation.

Le 29 octobre 2021, l'assurée, désormais représentée par son conseil, a fait part de ses objections contre ce projet de décision. Elle a d'abord précisé que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps et non à 80 %, de sorte que le recours à la méthode mixte ne se justifiait pas. Elle a également contesté les conclusions de l'expertise de la Clinique B._____, notamment l'absence de gravité du diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant.

Le 4 janvier 2022, elle a complété ses objections en se fondant sur un rapport établi le 20 décembre 2022 par le Dr S._____. Ce médecin reprochait aux experts de ne pas avoir tenu compte dans leur évaluation des troubles de l'audition et de la névralgie pudendale dont elle souffrait. En outre, chacune de ces pathologies entraînait une baisse de rendement, qu'il convenait d'additionner.

Dans un avis juriste du 1^{er} avril 2022, l'OAI a considéré que l'assurée travaillait à 80 % pour des raisons de santé et qu'il y avait donc lieu de retenir un statut d'active à 100 %, sans atteinte à la santé.

Après avoir dressé une fiche de calcul du salaire exigible, le responsable du service de réadaptation a rendu son rapport final le 6 avril 2022. Il a relevé qu'il n'était pas nécessaire d'examiner quelle activité pourrait réaliser l'assurée, celle-ci n'ayant pas à changer d'activité lucrative. Elle exerçait de plus une activité indépendante adaptée. Il a suggéré d'appliquer la méthode de comparaison en pour-cent, pour calculer le degré d'invalidité.

Par courrier du 17 mai 2022, l'OAI s'est prononcé sur les griefs de l'assurée. Il a exposé que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant avait été retenu et que son influence sur la capacité de travail avait été examinée au moyen d'une grille d'indicateurs. L'expert psychiatre s'était ainsi prononcé sur le degré de gravité fonctionnelle, les ressources, la cohérence, la plausibilité et le caractère adéquat du traitement. L'examen des critères pertinents conduisait en l'occurrence à nier le caractère incapacitant de ce diagnostic. Quant au rapport du Dr S._____, il n'apportait aucun élément nouveau, étant précisé que le but d'une expertise pluridisciplinaire était de prendre en considération l'ensemble des atteintes et d'intégrer les diminutions de la capacité de travail dans une appréciation globale. En revanche, l'OAI a indiqué qu'il y avait bien lieu de retenir un statut d'active à 100 % pour l'assurée. Aussi, à partir du moins de juin 2021, son degré d'invalidité s'élevait à 20 %, ce qui était insuffisant pour maintenir le droit à une rente. Le projet de décision serait ainsi confirmé dans une décision à intervenir.

Le 30 mai 2022, l'assurée a exposé que son état de santé s'était aggravé, qu'une imagerie par résonance magnétique était prévue au mois de juin et qu'une opération du dos était déjà envisagée. Le 30 juin 2022, elle a précisé que, de l'avis des Drs M._____ et L._____, sa capacité de travail n'était plus que de 50 % en raison de son atteinte auditive et lombaire.

Le 6 juillet 2022, l'OAI a informé l'assurée que les nouveaux éléments qu'elle avait apportés ne modifiaient pas ses précédentes conclusions.

Par décision du 14 juillet 2022, l'OAI a accordé une rente entière d'invalidité à l'assurée, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2021, conformément à son projet de décision, excepté s'agissant du calcul du degré d'invalidité où il a eu recours à la méthode de la comparaison en pour-cent.

D. Par acte du 13 septembre 2022, X._____, toujours représentée par son conseil, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision qui précède, concluant à son annulation [recte : réforme] et au versement d'une rente postérieurement au 31 août 2021, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. La recourante a contesté la valeur probante de l'expertise de la Clinique B._____, plus particulièrement l'appréciation de sa capacité de travail dans son activité habituelle, ainsi que le caractère non incapacitant du diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. Elle a encore reproché aux experts de ne pas avoir tenu compte de ses troubles de l'audition et de la névralgie pudendale dont elle souffrait.

Par réponse du 25 octobre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant à son courrier du 17 mai 2022.

Répliquant le 6 janvier 2023, la recourante a maintenu ses conclusions.

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 compte tenu des fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA) 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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'OAI lui a octroyé une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2021.

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). La réglementation y relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1^{er} janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1^{er} janvier 2022). Il en est de même lorsque le moment de la

naissance du droit à la rente est antérieur au 1^{er} janvier 2022, comme c'est le cas en l'occurrence.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (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.

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^e 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).

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs ; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour cent peut aussi suffire. Ainsi, 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 ; ATF 119 V 475 consid. 2b ; TF 9C_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 ; TF 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2).

d) 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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).

e) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

f) 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).

g) 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).

4. En l'occurrence, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2021, compte tenu d'un degré d'invalidité de 100 %, en se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise de la Clinique B._____.

La recourante soutient que l'expertise de la Clinique B._____ est dénuée de toute valeur probante. Elle reproche aux experts d'avoir exclu un caractère invalidant au diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et de ne pas avoir pris en compte son hypoacousie et sa névralgie pudendale. Elle conteste également leur appréciation de sa capacité de travail, soutenant d'une part que son activité habituelle de secrétaire médicale n'est pas adaptée à son état de santé et, d'autre part, que sa capacité de travail dans cette activité ne serait que de 50 %, se référant aux rapports de ses médecins traitants.

a) Selon les experts de la Clinique B._____, la recourante souffre de douleurs chroniques sur lombarthrose multi-opérée et de douleurs post-opératoires aux deux hanches, avec effet sur la capacité de travail. Elle présente également un hallux rigidus à droite, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et un syndrome douloureux somatoforme persistant, sans effet sur la capacité de travail.

aa) Sur le plan neuropsychologique, l'assurée présente un déficit léger. La neuropsychologue V._____ a précisé que l'assurée était collaborante et investie. Elle n'a pas relevé de ralentissement ni signes de fatigue au cours de l'examen qui s'est déroulé en deux temps, 1 heure le

matin et 2 heures l'après-midi. Les résultats de l'examen faisaient état d'une légère difficulté de mémoire verbale et visuelle, les scores côtoyant la limite inférieure de la norme. Le reste de l'examen s'avérait globalement dans la norme. La neuropsychologue a indiqué qu'au regard des trois évaluations réalisées par le passé, le bilan actuel objectivait une amélioration globale ; les fonctions attentionnelles appréciées sur la base des mêmes tests se révélaient dans la norme, voire la norme supérieure, la mémoire verbale et visuo-spatiale demeurait faible avec les mêmes caractéristiques qu'en 2010 mais les scores d'apprentissage et d'évocation différée étaient néanmoins juste suffisants. La neuropsychologue a encore fait état des limites de l'assurée, à savoir un possible apprentissage plus laborieux au vu de la faiblesse des compétences mnésiques, une possible variation des fonctions attentionnelles selon le contexte, des efforts plus soutenus en raison de l'hypoacousie afin d'assurer une compréhension auditivo-verbale pouvant accaparer les ressources et induire une fatigue. Ces éléments justifiaient une diminution de rendement. Elle a relevé qu'il existait un décalage entre l'image que se faisait l'assurée de ses capacités et ses compétences réelles qui pourraient être mieux exploitées.

bb) Sur le plan de la médecine interne, le Dr O. _____ a réalisé une anamnèse détaillée par système et fait état d'un examen cutané normal hormis les cicatrices consécutives à ses opérations, de l'absence de statut variqueux, d'un examen cardio-vasculaire normal et d'un examen neurologique normal. Il a exposé qu'au plan neurologique, les douleurs périanales et périnéales avaient conduit le neurologue traitant à retenir le diagnostic de névralgie pudendale et avaient encore généré des plaintes en cours de son examen. La situation n'avait toutefois pas évolué sur ce plan : connues depuis 2011, elles semblaient avoir réémergé lors de l'expertise. Les plaintes douloureuses avaient paru disproportionnées dans l'importance que l'assurée leur attribuait dans sa vie, hormis celles relatives à son hypoacousie. Dans le contexte des multiples plaintes, le diagnostic n'était certes pas remis en cause, mais n'était plus jugé pertinent pour l'évaluation de la capacité de travail, n'ayant pas empêché l'assurée d'exercer son activité durant des années.

cc) Sur le plan rhumatologique, la Dre Q. _____ a recueilli les plaintes de l'assurée, établi une anamnèse détaillée, analysé les rapports au dossier dont les rapports d'imagerie et procédé à un examen clinique de l'intéressée. Elle a retenu que l'assurée présentait des douleurs lombaires, d'allure mécanique, évoluant depuis une vingtaine d'années et qui avaient motivé plusieurs traitements. La rhumatologue a retenu le diagnostic de lombalgies chroniques sur lombarthrose multi-opérée (M47.8), malgré un traitement bien conduit. Elle a constaté que l'ampleur des plaintes contrastait avec un examen clinique où les mobilités étaient bonnes et très peu douloureuses, et avec des examens radiologiques rassurants dont les plus récents montraient un matériel d'ostéosynthèse en place sans signe de descellement ni d'autres complications post-opératoires. Au niveau des hanches, l'examen clinique avait mis en évidence des douleurs musculaires et péri-trochantériennes bilatérales avec des limitations d'amplitude articulaire des hanches notamment en flexion à 110°. L'experte n'a pas pu définir, au jour de son examen, s'il s'agissait de douleurs post-opératoires qui seraient encore normales, étant donné qu'elles concernaient la zone sous-jacente à la cicatrice, ou s'il s'agissait de douleurs qui persisteraient. Au jour de l'expertise, la Dre Q. _____ a retenu le diagnostic de douleurs post-opératoires aux deux hanches (M79.6). L'assurée avait encore rapporté des plaintes douloureuses chroniques au niveau de son hallux rigidus droit (M202) et des douleurs à son épaule gauche. Au vu des douleurs peu spécifiques sans réelle limitation relevée lors de l'examen, la Dre Q. _____ a considéré que ces plaintes permettaient au mieux de retenir une petite tendinopathie de la coiffe des rotateurs (M79.6), sans incidence sur la capacité de travail.

L'experte rhumatologue a relevé que le tableau dans son ensemble évoquait un état douloureux chronique diffus. Elle a été surprise de l'intensité des douleurs décrites et des limitations fonctionnelles alléguées, alors que l'examen clinique et le comportement peu douloureux de l'assurée étaient rassurants. Elle a ajouté qu'une lombaire atteinte telle que celle de l'assurée pouvait limiter les activités contraignantes du dos et

des hanches. Cependant, la description des limitations par l'assurée, qui indiquait ne pas arriver à se baisser pour vider le lave-vaisselle, semblait dépasser l'atteinte physique. L'assurée étant tout à fait authentique dans ses plaintes et collaborante, cela laissait suspecter une part importante de l'aspect psychologique dans le vécu douloureux.

dd) Sur le plan psychiatrique, le Dr F._____ a tout d'abord relevé qu'il n'y avait dans le dossier de l'OAI qu'un seul rapport psychiatrique établi le 13 février 2019 par le Dr Z._____, qui indiquait avoir suivi brièvement l'assurée au niveau psychiatrique-psychothérapeutique durant l'année 2018, sans avoir attesté d'incapacité de travail ni retenu de diagnostic psychiatrique.

Après l'étude du dossier, l'anamnèse psychiatrique et l'examen de l'assurée, l'expert a exposé qu'il se trouvait dans une situation pratiquement sans symptomatologie psychiatrique à proprement parler. L'examen n'avait pas mis en évidence de symptomatologie dépressive, ni actuellement, ni dans le passé. Le score de l'échelle de dépression MADRS était d'ailleurs normal. L'expertisée n'avait jamais présenté de symptomatologie maniforme. Un trouble affectif, qu'il soit de type dépressif ou bipolaire, était donc exclu. S'agissant de l'anxiété, il n'y avait pas de symptomatologie anxieuse, ni rapportée, ni observée. Il n'y avait pas d'anticipation anxieuse, pas de symptômes phobiques ni de symptomatologie obsessionnelle-compulsive. Il y avait un certain degré de craintes et des difficultés de gestion du stress qui étaient à inclure dans les traits de personnalité. Il n'y avait donc pas non plus lieu de retenir un trouble anxieux au sens de la CIM 10. L'expert psychiatre n'a pas relevé, au cours de son examen, de trouble attentionnel important. Au recueil de l'anamnèse, il a toutefois noté des troubles mnésiques concernant certaines dates biographiques importantes mais qui n'étaient pas ou peu corroborés avec l'examen clinique ; il n'y avait pas de manque du mot, pas de persévération, l'assurée pouvait sans aucune difficulté décrire une journée type avec détails ou d'autres événements récents sans que des troubles mnésiques puissent être identifiés. L'expert a évoqué un trouble cognitif léger (F06.7) avant de l'exclure au motif que les allégations de

difficultés attentionnelles et de concentration n'étaient pas objectivées et les troubles mnésiques étaient peu cohérents. Enfin, il n'y avait pas d'éléments anamnestiques, particulièrement durant l'enfance, ni cliniques en faveur d'un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité de l'adulte. L'expert n'a pas non plus observé d'éléments anamnestiques ou cliniques en faveur d'un autre trouble psychique. Il a relevé que l'assurée présentait une constellation de traits de personnalité à la fois anxieux, perfectionniste et dépendant. Ces traits ne l'avaient pas empêchée d'avoir une activité professionnelle, ni de se réinsérer sur le marché du travail. En revanche, ils pouvaient défavorablement influencer l'évolution d'un syndrome douloureux et participer à son maintien.

En ce qui concerne les plaintes douloureuses, l'expert F. _____ a constaté qu'elles étaient importantes, évoluant depuis de nombreuses années avec de multiples investigations et interventions auprès de divers spécialistes. Elles étaient décrites comme intenses, persistantes avec une souffrance subjective et un impact fonctionnel. Bien qu'il y ait une atteinte indéniable du rachis, selon la co-experte rhumatologue, les plaintes et les limitations fonctionnelles alléguées ne semblaient pas suffisamment expliquées par cette atteinte. Il y avait donc un décalage entre les plaintes et les atteintes organiques objectivées justifiant de retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant. Procédant à une évaluation structurée des ressources et des limitations au moyen de la mini CIF-APP, l'expert psychiatre a souligné qu'il n'y avait pas de limitation pour la plupart des critères. Il a relevé que l'assurée présentait certes des limitations peu prononcées (pour la flexibilité et l'adaptation, l'endurance, la résistance et l'affirmation de soi), mais disposait de nombreuses ressources - personnelles et sociales - qui pouvaient être mobilisées pour se réinsérer sur le marché du travail. L'assurée avait d'ailleurs débuté une activité indépendante d'organisatrice de voyage, en 2020, ce qui attestait de ses ressources.

En définitive, l'expert psychiatre a retenu comme seul diagnostic psychiatrique un syndrome douloureux somatoforme persistant, évoluant depuis de nombreuses années en parallèle à l'atteinte organique.

Si cette dernière paraissait indéniable selon les co-experts, elle était insuffisante pour expliquer la sévérité des limitations alléguées. L'ensemble du tableau clinique n'était pas d'une sévérité telle qu'il pourrait influencer la capacité de travail, au vu notamment des ressources mises en évidence. En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, il n'y avait pas d'éléments de gravité pour influencer la capacité de travail.

ee) Après avoir évalué individuellement la capacité de travail de l'assurée, en se fondant sur leurs propres observations, les experts se sont livrés à une évaluation consensuelle. Ils n'ont pas pu se prononcer rétrospectivement sur la capacité de travail de l'assurée depuis le début de son arrêt de travail, au vu des nombreuses interventions chirurgicales subies au niveau rachidien et des hanches. L'ensemble des pièces au dossier, que ce soit les rapports des médecins traitants ou les rapports de réadaptation de l'OAI, confirment cette incapacité totale de travail dans toutes activités. Il n'est ainsi pas contesté que l'assurée était incapable de travailler dans toutes activités du 21 août 2017 au mois de mai 2021, tel que retenu par l'OAI dans la décision entreprise. Au jour de l'expertise, les experts ont considéré que l'assurée était capable de travailler à 80 %, les douleurs et l'hypoacousie occasionnant une baisse de rendement de 20 %, comme cela était déjà le cas par le passé. Ils ont fait état des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port répété ou prolongé de charges de 5 kg, alternance des positions, pas de travail en porte-à-faux du tronc, pas d'élévation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, limitation de la marche durant encore 3 à 6 mois en raison des douleurs aux hanches dont il ne pouvait être exclu qu'elles soient encore des douleurs post-opératoires. Les experts ont ainsi retenu des limitations fonctionnelles strictement d'ordre rhumatologique, lesquelles sont compatibles avec l'activité habituelle de secrétaire ainsi que la nouvelle activité indépendante d'organisatrice de voyage exercée par l'assurée. La capacité de travail de 80 % était ainsi exigible tant dans l'activité habituelle que dans toutes activités adaptées.

b) L'expertise de la Clinique B._____ peut se voir conférer une pleine valeur probante. L'ensemble des éléments ont en effet fait

l'objet d'une étude circonstanciée par chacun des experts, lesquels se sont fondés sur des examens complets, en pleine connaissance de l'anamnèse, prenant en considération les plaintes spontanées et dirigées de l'assurée. L'expertise contient des conclusions claires et motivées, tant dans les volets de chacune des spécialités que dans l'évaluation consensuelle.

Elle n'est au demeurant pas remise en cause par l'appréciation des médecins traitants de l'assurée. Ceux-ci n'étaient en effet pas leur point de vue, s'agissant des incapacités de travail qu'ils attestent et ne prennent pas en compte les ressources de l'assurée (cf. rapport du 23 juin 2022 du Dr M. _____ ou du 30 mai 2022 du Dr L. _____). Ils n'exposent pas non plus pour quels motifs l'appréciation des experts serait erronée, opposant seulement leur propre appréciation. Enfin, comme exposé par l'OAI, dans son courrier du 17 mai 2022, l'appréciation de la capacité de travail et de l'éventuelle diminution de rendement présentée par un assuré est le résultat d'une appréciation globale de la situation à l'issue d'une évaluation consensuelle des experts, comme dans le cas d'espèce. Il n'y a pas lieu, comme le soutient le Dr S. _____ dans son rapport du 20 décembre 2021, de cumuler d'éventuelles diminutions de rendement que les experts auraient constatées.

Dans un autre moyen, la recourante se prévaut de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 (publié à l'ATF 141 V 281) et soutient que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant est incapacitant. Il apparaît toutefois que l'expert psychiatre est arrivé à la conclusion inverse après s'être livré à une appréciation globale de la capacité de travail de l'assurée, fondée sur une analyse structurée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, comme l'exige le Tribunal fédéral (ATF 141 V 281). Selon la jurisprudence - désormais constante - du Tribunal fédéral, une fois le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant posé, la capacité de travail doit être évaluée au moyen de ces indicateurs. Dans ces circonstances, retenir ce diagnostic ne suffit pas encore à admettre qu'il présente un degré de gravité. Le fait que l'assurée

soit en partie limitée dans son quotidien ne constitue qu'une partie de l'évaluation, laquelle se veut globale.

La recourante soutient également que son activité habituelle de secrétaire médicale n'est plus exigible. Son grief ne saurait être suivi. D'une part, l'assurée dispose d'un bureau électrique, financé par l'OAI à titre de moyen auxiliaire, qui lui permet d'alterner les positions et de soulager les douleurs dues à sa névralgie pudendale ou les douleurs lombaires. Son poste de travail est ainsi adapté. S'agissant des limitations du périmètre de marche, que celles-ci soient temporaires, comme estimé par les experts, ou qu'elles deviennent définitives, l'emploi de secrétaire est adapté car il ne nécessite pas de longues marches ni de grands déplacements. D'autre part, l'hypoacousie dont souffre l'assurée depuis de nombreuses années ne l'a pas empêchée d'exercer son activité de secrétaire médicale. Cette pathologie a du reste été prise compte par les experts, ceux-ci retenant une baisse de rendement pour ce motif. Si, comme le prétend l'assurée, cette pathologie occasionne une certaine fatigue et des difficultés organisationnelles, il y a lieu de souligner que les difficultés neuropsychologiques sont moins importantes qu'elles ne l'ont été par le passé et ne sont désormais plus que légères. L'appréciation des experts apparaît ainsi convaincante à cet égard. Les experts ont du reste pris également en considération les douleurs de l'assurée lorsqu'ils ont retenu la diminution de rendement de 20 %. L'activité habituelle de secrétaire est donc bien compatible avec les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée.

c) Vu ce qui précède, l'OAI était légitimé à se fonder sur les conclusions des experts de la Clinique B. _____ et à accorder à l'assurée une rente entière d'invalidité, limitée dans le temps. L'assurée s'est en effet retrouvée incapable de travailler dans toutes activités du 21 août 2017 au mois de mai 2021. Le droit à une rente entière doit ainsi être reconnu ; il prend naissance à partir du 1^{er} septembre 2018, soit à l'échéance d'un délai de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations. A partir du mois de juin 2021, l'assurée a toutefois recouvré une capacité de travail à 80 %, compte tenu d'une baisse de rendement

de 20 %, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Aussi, dès lors que l'activité habituelle de secrétaire médicale est toujours exigible, l'OAI a, à juste titre, eu recours à la méthode de la comparaison en pour-cent (ATF 119 V 475 consid. 2b ; TF 9C_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 ; TF 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2). Le degré d'invalidité correspond ainsi au taux d'incapacité de travail, soit en l'occurrence 20 %. Ce taux étant inférieur au seuil de 40 %, il n'ouvre pas droit à une rente. La rente entière accordée à l'assurée prend donc fin au 31 août 2021, trois mois après l'amélioration de son état de santé.

5. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision du 14 juillet 2022 rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de X._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Séverin Tissot-Daguette (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 :