

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 août 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Piguet et Parrone, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat 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, 32, 34, 36 LAI ;
29 ss LAVS ; 32 al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, mère de trois enfants nés en [...] et [...], a travaillé dès juin 2004 en qualité de physiothérapeute au G._____, à temps partiel. Elle a en outre exercé une activité accessoire auprès de [...] dès avril 2003 à raison d'une heure par semaine. En arrêt de travail à des taux variables dès le 23 mars 2009, elle a touché des indemnités de perte de gains en cas de maladie.

Le 24 juillet 2009, par l'intermédiaire de l'assureur perte de gains, elle a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant souffrir de spondylarthrite ankylosante. Cette demande a été suivie par le dépôt d'une demande de prestations le 7 septembre 2009, précisant que l'atteinte à la santé entraînait des douleurs, des raideurs articulaires et de la fatigue.

L'assurée a été suivie dès octobre 2009 par une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI et une mesure d'intervention précoce, sous la forme d'un coaching de 20 à 22 séances, s'est déroulée du 26 mars 2010 au 30 juin 2010 (cf. communication du 6 avril 2010). Des mesures professionnelles ont ensuite été mises en œuvre avec octroi d'indemnités journalières dès le 22 mars 2011, par la prise en charge des coûts d'une formation de chargée de sécurité du 18 avril 2011 au 3 juillet 2012 (cf. communications du 12 mai 2011 et décision d'indemnité journalière du 17 mai 2011), des coûts de préparation aux examens pratiques de la formation du 7 août 2012 au 18 janvier 2013 (cf. communication du 14 août 2012 et décisions d'indemnité journalière des 22 août et 19 décembre 2012), des coûts d'un stage professionnel au taux de présence de 50 % du 27 mars 2013 au 1^{er} octobre 2013 (cf. communication du 4 avril 2013 et décision d'indemnité journalière des 2 et 10 avril 2013), prolongé au 6 février 2014 (cf. communications des 7 novembre 2013 et 11 avril 2014 et décisions d'indemnité journalière des 8 novembre 2013 et 14 avril 2014), ainsi que d'un coaching individualisé du

21 octobre au 31 décembre 2013 (cf. communication du 4 décembre 2013). Au terme des mesures, l'assurée s'est inscrite au chômage (cf. rapport final du service de réadaptation du 31 mars 2014).

Parallèlement, poursuivant l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a obtenu en particulier les rapports suivants :

- Un rapport établi le 19 octobre 2009 par le Service [...] du Centre D._____, posant le diagnostic de spondylarthropathie HLA-B27 absente, avec atteinte axiale et périphérique. L'évolution était défavorable sous le traitement actuel, avec persistance de douleurs sacro-iliaques et au niveau des genoux. La capacité de travail était de 75 %.
- Un rapport établi le 10 décembre 2009 par la Dre V._____, spécialiste en médecine interne générale, signalant le diagnostic de spondylarthropathie HBL-B27 négative avec atteinte axiale et périphérique ainsi que des difficultés liées à la situation sociale et à la maladie. Elle précisait que les douleurs avaient commencé en 2002 et étaient devenues intolérables en avril 2009. Une IRM (imagerie par résonance médicale) avait alors montré de graves lésions et un traitement immunomodulateur avait été introduit au cours d'une hospitalisation. La médecin traitante a joint des rapports d'IRM passés en mars 2006 et en avril 2009
- Un rapport des rhumatologues du Centre D._____ du 20 août 2010, mentionnant une évolution « plutôt satisfaisante » sous le traitement actuel. Il restait des rachialgies inflammatoires résiduelles persistantes et une inguinalgie gauche inflammatoire d'installation récente. L'incapacité de travail était totale depuis le 23 janvier 2010 mais une reprise à 20 % était exigible depuis le 1^{er} août 2010 avec une amélioration possible jusqu'à 50 %. Il était nécessaire d'aménager des périodes de repos, d'éviter le port de charges lourdes et limiter les positions assis ou debout prolongées.

- Un rapport de la Dre V. _____ du 26 septembre 2010, signalant un trouble dépressif lié à la situation sociale et à la maladie. Une activité à un taux supérieur à 20 % paraissait impossible. Une activité pleinement adaptée pourrait être exercée à 50 %, sous réserve que cela nuise à la gestion de son quotidien.

- Un rapport d'examen clinique rhumatologique établi le 4 novembre 2010 par le Dr N. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation pour le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), posant le diagnostic de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négatif avec atteinte axiale et périphérique (M45). L'incapacité de travail était totale et définitive dans l'activité antérieure de physiothérapeute depuis le 2 janvier 2010, mais une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée (taux de 100 % avec une diminution de rendement de 50 %) était exigible depuis août 2010. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de position statique debout de type piétinement, pas de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, éviter les activités en hauteur ou sur terrain instable, diminution du périmètre de marche à environ $\frac{3}{4}$ d'heure à une heure, pas de port de charges de plus de 2,5 kg de façon répétitive et occasionnel au-delà de 5 kg, pas d'activité en force au dépend des membres supérieurs, possibilité de réaliser régulièrement toutes les 2 heures environ une pause d'une demi-heure à une heure.

- Un rapport d'enquête économique sur le ménage du 4 juillet 2011, concluant à un statut de 75 % active et 25 % ménagère.

- Un décompte des périodes d'incapacité de travail indemnisées par l'assurance perte de gain de l'ancien employeur, établi le 6 septembre 2011.

Le 7 août 2014, l'OAI a rendu un projet de décision - annulant et remplaçant un premier projet établi le 3 avril 2014 - prévoyant l'octroi, sous déduction des indemnités journalières allouées, d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 octobre 2010 (degré d'invalidité global de

80 %), puis d'une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2010 (degré d'invalidité global de 51 %). Il était constaté que la capacité de travail de l'intéressée était considérablement restreinte depuis le 23 mars 2009 et qu'à l'issue du délai d'attente d'une année la capacité de travail et de gain était nulle. Une capacité de travail de 100 % avec un rendement diminué de 50 % était cependant exigible dès août 2010 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de position statique debout de type de piétinement, pas de porte-à-faux en antéflexion du rachis, pas d'activité en hauteur ou sur terrain instable, périmètre de marche de maximum $\frac{3}{4}$ heure, pas de port de charges de plus de 2,5 kg de façon répétitive, pas de port de charge de plus de 5 kg occasionnel, pas d'activité de force au dépend des membres supérieurs, possibilité de faire une pause toutes les 2 heures. Il fallait par ailleurs retenir un taux de 75 % dans l'activité lucrative et de 25 % pour la tenue du ménage. Selon l'enquête ménagère effectuée, le taux d'empêchement dans la part ménagère s'élevait à 18,4 %, soit un degré d'invalidité de 4,6 %. Pour la part active, la comparaison des revenus devait prendre en compte le revenu dans l'activité de physiothérapeute à 75 % et les gains qui peuvent être obtenus dans l'activité de chargée de sécurité à 75 % avec une baisse de rendement de 50 %, soit un degré d'invalidité de 47 %.

L'assurée, représentée par Me Joël Crettaz, a déclaré se rallier à ce projet le 1^{er} octobre 2014, de sorte qu'il a été confirmé dans quatre décisions rendues les 14 janvier et 2 février 2015.

B. Le 7 mai 2015, l'assurée a informé l'OAI par téléphone qu'elle allait débiter une nouvelle activité à 60 % auprès de l'Y._____. Invitée à reprendre contact après quelques mois d'activité, l'intéressée a écrit le 9 décembre 2015 qu'elle travaillait comme ergonome à 60 % depuis le 1^{er} juin 2015 au bénéfice d'un contrat échéant le 31 décembre 2015. Le contrat étant renouvelé d'une année, elle sollicitait une mesure d'adaptation du poste de travail car elle rencontrait des difficultés en raison de la position assise prolongée, par exemple pour rédiger des rapports, et devait constamment adapter sa journée de travail ; elle avait

également dû augmenter le nombre d'heures hebdomadaires d'aide au ménage.

L'assurée a complété sa demande avec un questionnaire pour la révision de la rente du 30 janvier 2016, auquel elle a joint notamment le contrat de travail établi pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016.

L'OAI a adressé des questionnaires médicaux pour la révision du droit à la rente aux médecins mentionnés par l'assurée. Ceux-ci ont répondu comme suit :

- Le 19 février 2016, le Prof. B._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué en particulier que l'assurée ne pouvait pas augmenter son taux d'activité actuel car la situation en emploi était limite. L'état de santé, en lien avec le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, était stationnaire avec quelques petites poussées itératives mais pas de modification significative. La capacité de travail était de 50 % dans l'activité actuelle, qui était adaptée aux limitations fonctionnelles.

- Le 4 avril 2016, la Dre V._____, spécialiste en médecine interne générale, également en référence au diagnostic de spondylarthrite ankylosante, a fait part d'un état « plutôt stationnaire » depuis l'octroi de la rente, avec des petites poussées de la maladie plusieurs fois par an gérées par une augmentation de la médication et une limitation des activités physiques. La capacité de travail exigible était de 50 % dans l'activité actuelle, qui était adaptée aux limitations fonctionnelles (incapacité à maintenir une position ou une activité prolongée dans le temps, besoin de bouger régulièrement, pas d'activité nécessitant de la force ou une contrainte physique). La maladie évoluant par poussée, il n'y avait pas d'espoir de guérison, uniquement de maintenir l'état actuel.

Par courriel du 7 avril 2016, l'assurée a informé l'OAI que son employeur acceptait de prendre en charge les frais d'un bureau électrique, de sorte que l'intervention de l'AI n'était plus nécessaire.

Au cours d'un entretien téléphonique du 12 juillet 2016, l'assurée a expliqué qu'elle avait pris un emploi à 60 % parce qu'elle n'avait pas eu le choix bien que ce soit au-dessus de ses forces, mais qu'elle pouvait s'organiser comme elle le souhaitait grâce à un horaire flexible.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 2 septembre 2016, concluant à un statut mixte avec une répartition de 90 % pour l'activité professionnelle et de 10 % pour les tâches ménagères, le taux d'empêchement pour celles-ci étant évalué à 27,10 %.

Informé le 24 janvier 2017 que l'assurée était hospitalisée en raison d'une aggravation de son état de santé, l'OAI a réadressé des questionnaires médicaux aux médecins traitants et a obtenu en particulier les éléments suivants :

- Les réponses données le 3 mars 2017 par le Prof. B._____, dont il ressort que l'assurée a subi plusieurs arrêts de travail en raison de nouvelles poussées de sa maladie inflammatoire et d'une atteinte à la hanche. La dernière poussée avait nécessité une hospitalisation et un changement de traitement de fond. La capacité de travail restait de 50 % dans l'activité actuelle. Le pronostic était mitigé.
- Un rapport établi le 12 mai 2017 par la Dre Z._____, spécialiste en médecine du travail, exposant que l'assurée avait travaillé au-dessus de ses forces, ce qui avait eu des conséquences sur sa santé psychique avec l'apparition de symptômes compatibles avec un épisode dépressif moyen à sévère nécessitant une prise en charge psychothérapeutique et un arrêt de travail complet.

- Les réponses données le 9 août 2017 par la Dre R._____, spécialiste en rhumatologie au Service [...] du Centre D._____, qui a repris entretemps le suivi de l'assurée. L'état de santé s'était lentement amélioré depuis le changement de traitement. Les incapacités de travail suivantes avaient été attestées : 50 % (sur un horaire de 25,5 heures) de mi-novembre au 13 janvier 2017, 100 % du 14 janvier au 20 février 2017, 66 % du 21 février au 23 mars 2017, 50 % du 24 mars à début mai 2017, 84 % à partir de début mai 2017. La capacité de travail était de 33 % dans l'activité habituelle depuis début août 2017 et probablement de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en précisant que la patiente ne pouvait rester assise plus d'une heure sur une chaise ou 30 minutes dans une voiture. Les rapports de consultation des 23 juin et 20 juillet 2017 étaient joints.
- Une attestation établie le 19 septembre 2017 par la Dre V._____, posant une levée progressive de l'incapacité de travail dès le 19 septembre 2017 en vue d'une reprise au taux habituel de 60 % dès le 16 octobre 2017 en cas d'évolution favorable.
- Les réponses données le 21 novembre 2017 par la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au questionnaire médical de l'OAI, posant le diagnostic d'épisodes récurrents de réaction dépressive à la suite de crises douloureuses d'origine rhumatismale (F33). La capacité de travail de l'assurée ne dépassait pas 60 %, soit 24 heures par semaine avec des journées raccourcies et poursuite de l'activité à domicile. L'état psychique était « plus ou moins stable », avec l'apparition d'une symptomatologie anxio-dépressive quand les douleurs étaient insupportables.

Consulté pour avis, le SMR a conclu comme suit le 12 février 2018 :

« Appréciation du SMR : les rapports médicaux sont cohérents et documentent une aggravation de l'état de santé en novembre 2016, ayant motivé une [incapacité de travail] totale jusqu'à septembre 2017. Le nouveau statut de 90 % active et 10 % ménagère avait été

demandé et accepté avant cette aggravation. L'assurée a démontré dans tout son parcours une grande volonté à rester active ; elle semble maintenant accepter que ses limitations fonctionnelles ne lui permettant pas de travailler à plus de 60 %, comme ressort des rapports médicaux. Au vu de la sévérité de la maladie inflammatoire et de son caractère progressif, il semble peu probable que la [capacité de travail] puisse augmenter ultérieurement. L'état de santé somatique et psychique est suffisamment stabilisé pour fixer la [capacité de travail] à 60 % depuis le 16.10.2017. »

Le 13 février 2018, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait réduit son taux de travail à 50 % d'entente avec son employeur et a produit un avenant à son contrat de travail conclu le même jour, portant sur la période du 1^{er} février au 31 décembre 2018. Elle a ultérieurement indiqué que son poste était repris par une autre entité et le taux d'activité remis à 60 %, joignant un contrat de travail de durée indéterminée conclu le 7 octobre 2018 avec la M. _____ pour un poste d'ergonome à 60 % dès le 1^{er} janvier 2019.

Réinterrogée, la Dre R. _____ a répondu le 7 mai 2019 que la situation était stable depuis octobre 2017 mais que la patiente présentait une évolution fluctuante, avec des hauts et des bas. Le taux d'activité de 60 % comme ergonome était adaptée à son état de santé. Les éventuelles périodes d'incapacité de travail plus importantes n'avaient pas été attestées par le Centre D. _____. Des rapports de consultation des 12 octobre 2018 et le 3 mai 2019 étaient joints.

Le 8 avril 2019, l'assuré a conclu un avenant à son contrat de travail, consistant en une promotion valable dès le 1^{er} avril 2019. L'intitulé du poste était modifié et le salaire augmenté, pour un taux d'activité maintenu à 60 %.

L'OAI a rendu un projet de décision le 21 mai 2019, prévoyant l'octroi d'une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 92,7 %) du 1^{er} février 2017 au 31 janvier 2018. Dès le 1^{er} février 2018, le droit à la rente prenait fin en raison d'un degré d'invalidité inférieur à 40 % depuis trois mois (32,7 % en novembre et décembre 2017, respectivement 38,7 % en janvier 2018 selon les méthodes de calcul applicables). La suppression de la rente ne pouvant devenir effective qu'au 1^{er} jour du

deuxième mois suivant la notification de la décision de suppression de la rente, le droit à la demi-rente octroyé avant l'aggravation temporaire de l'état de santé (soit depuis le 1^{er} novembre 2010) était maintenu dans l'intervalle. L'OAI a considéré que, depuis décembre 2015, les taux de 90 % pour l'activité professionnelle et 10 % pour la tenue du ménage pouvaient être retenus. Selon l'enquête du 2 septembre 2016, le taux d'empêchement dans la part ménagère était de 27,10 %. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'ergonome ainsi que dans toute activité adaptée à l'état de santé était de 60 % depuis le 1^{er} juin 2016, sous réserve d'une incapacité de travail totale de novembre 2016 à octobre 2017.

L'assurée a écrit le 12 juin 2019 qu'elle ne contestait pas le projet, posant cependant quelques questions sur les prestations déjà perçues, auxquelles l'OAI a répondu par courrier du 14 juin 2019. L'OAI a ensuite confirmé son projet par décisions des 23 juillet et 15 août 2019. La première octroyait une demi-rente d'un montant de 269 fr. et deux rentes pour enfants de 108 fr. chacune du 1^{er} au 31 août 2019. La seconde octroyait une rente entière d'invalidité de 533 fr. et trois rentes pour enfant de 197 fr. chacune du 1^{er} février 2017 au 31 janvier 2018, une demi-rente d'invalidité de 267 fr. et trois rentes pour enfant de 98 fr. chacune du 1^{er} février au 31 décembre 2018, puis une demi-rente d'invalidité de 269 fr. et trois rentes pour enfant de 99 fr. du 1^{er} janvier au 31 juillet 2019.

C. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 24 mars 2021, faisant état d'une poussée inflammatoire liée à la spondylarthrite ankylosante. Elle a joint notamment des attestations d'arrêt de travail établis par la Dre V. _____ dès le 30 septembre 2020, faisant état d'une incapacité de travail de 50 % (d'un taux de 60 %) du 25 septembre au 18 octobre 2020 puis de 100 %, avant d'autoriser une reprise du travail à but thérapeutique à 20 % réparti sur trois jours dès le 1^{er} mars 2021.

Par courrier du 30 mars 2021, l'OAI a accusé réception de la demande de révision et invité l'assurée à produire un rapport médical détaillé ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision dans un délai de 30 jours. Les pièces suivantes ont ainsi été déposées :

- Les réponses données le 1^{er} avril 2021 par la Dre R. _____ à un questionnaire médical de l'OAI pour la révision. Indiquant qu'il n'y avait pas de « nouvelle cause (déviante) concernant l'incapacité de travail », la rhumatologue traitante a mentionné une hospitalisation au mois de novembre 2020 et de nouveaux examens (neurologique et imageries) effectués en parallèle. L'assurée avait repris son travail lors de la consultation du 12 février 2021, mais on pouvait s'attendre à des récurrences des douleurs et donc à des baisses occasionnelles de sa capacité de travail car elle souffrait « d'une maladie chronique, d'un côté inflammatoire et de l'autre côté avec des troubles dégénératifs (actuellement en première place au niveau cervical) ».
- Un questionnaire de l'employeur rempli le 12 avril 2021, accompagnée de décomptes de salaire, d'absences et d'indemnités versées par l'assureur perte de gain de l'employeur.
- Un rapport établi le 26 avril 2021 par la Dre V. _____, exposant, en référence au diagnostic de spondylarthrite, que l'assurée avait connu une importante poussée inflammatoire en novembre 2020 touchant la région cervicale puis la cage thoracique, suivie d'une nouvelle poussée en janvier 2021 sur les sacro-iliaques et les hanches. Il en était résulté une invalidité complète et une incapacité de travail prolongée, évoluant comme suit : 50 % (du 60 %) du 25 septembre au 9 octobre et du 12 au 18 octobre 2020, 100 % du 19 octobre 2020 au 31 février 2021 avec une reprise du travail à but thérapeutique à 20 % d'un 100 % du 1^{er} au 9 février puis à 20 % d'un 60 % du 10 février au 31 mars 2021, 80 % (d'un 100 %) du 1^{er} au 30 avril 2021 et 70 % (d'un 100 %) du 1^{er} au 31 mai 2021. Le pronostic était réservé et le maintien d'une capacité de travail

minimale, souhaitée à 60 % par la patiente, nécessitait une adaptation des outils de travail (bureau réglable, chaise ergonomique et logiciel de reconnaissance vocale).

- Un rapport de la Dre Z. _____ du 8 mars 2021, exposant que l'assurée avait présenté une rechute de sa maladie chronique en octobre 2020 entraînant une incapacité de travail. La reprise thérapeutique à 20 % dès le 1^{er} février 2021 avait dû être diminuée à compter du 15 février 2021 avec un temps de travail limité à 4h35 par semaine réparties sur trois jours. Le processus de reprise devait cependant rester très progressif et inclure des mesures d'adaptation du poste de travail.
- Un rapport de la Dre Z. _____ du 21 mai 2021, constatant que l'état de santé de l'assurée était très variable d'un jour à l'autre en raison de sa maladie inflammatoire chronique et que le taux d'activité actuel, soit depuis le 17 mai 2021 de 40 % réparti sur une journée en présentiel et deux demi-journées en télétravail, était « limite ». Une adaptation de son poste de travail était nécessaire.

Le 14 juin 2021, l'OAI a obtenu une copie du dossier constitué par l'assurance perte de gain de l'employeur, lequel contenait en particulier un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 6 novembre 2020 concluant à l'absence d'anomalie significative mais signalant une discopathie dégénérative C5-C6 avec légère uncarthrose et une petite protrusion discale C7-D1 paramédiane gauche, un rapport établi le 11 novembre 2020 par la Dre F. _____, spécialiste en neurologie, posant les diagnostics de paresthésies aux membres supérieurs d'origine indéterminée et de suspicion d'une myélopathie cervicale avec atteinte pluriradiculaire, ainsi qu'un rapport de la Dre R. _____ du 19 avril 2021 posant les diagnostics de possible spondylarthropathie à prédominance axiale, cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs ainsi que douleurs de la hanche gauche d'origine mécanique depuis l'automne 2016, et indiquant que les problèmes étaient chroniques avec une acutisation durant l'automne passé.

Selon communication du 16 août 2021, l'OAI a octroyé une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une adaptation de la place de travail.

Dans un rapport du 31 août 2021, la Dre Z._____ a constaté que, contre son avis, l'assurée avait augmenté son taux progressivement jusqu'au taux contractuel de 60 %. Il en résultait à nouveau, du fait des limitations fonctionnelles liées à sa maladie chronique, une détérioration de son état de santé, sur les plans physique, cognitif et émotionnel, malgré la mise en place des moyens auxiliaires et l'adaptation de l'organisation du travail. Elle recommandait une réévaluation de la capacité de travail, qu'elle estimait nulle actuellement.

A la suite d'une rencontre avec l'employeur puis un réseau avec la Dre V._____, l'OAI a octroyé une mesure de réinsertion en vue d'un retour progressif au taux contractuel du 1^{er} octobre au 31 décembre 2021, à un taux de présence de 40 % avec augmentation si possible (cf. communication du 19 octobre 2021). Il a cependant été constaté lors d'un bilan effectué sur le lieu de travail le 15 décembre 2021 que la situation s'était péjorée. L'assurée, épuisée et éprouvant d'importantes difficultés pour se déplacer, avait diminué son taux de présence et allait solliciter un nouvel arrêt de travail (cf. Note d'entretien du 15 décembre 2021).

Par décisions des 6 et 21 janvier 2022, confirmant son projet du 28 mai 2021 dans lequel il constatait que les conditions d'octroi d'une prestation transitoire étaient remplies dès lors qu'une rente avait été versée à l'assurée jusqu'en septembre 2019 et qu'une demande de prestations avait été déposée en mars 2021 en raison d'une aggravation de l'état de santé entraînant des incapacités de travail et de gain variables depuis le 25 septembre 2020, l'OAI lui a octroyé une demi-rente d'invalidité et des rentes pour enfants dès le 1^{er} octobre 2020. L'assurée, représentée par Me [...], a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre le premier prononcé, mais a déclaré retirer son recours le 25 mai 2022 et la cause a été rayée du rôle par arrêt du 2 juin 2022 (AI 34/22 - 166/2022). Le montant de la rente pour enfant

valable dès le 1^{er} septembre 2022 a encore fait l'objet d'une décision du 25 octobre 2022 (réduction en raison d'une surassurance).

Répondant le 17 mars 2022 à un questionnaire de l'OAI, la Dre H._____, spécialiste en médecine interne générale, se référant au diagnostic de spondylarthrite à prédominance axiale, à des problèmes dégénératifs aux niveaux cervico-lombaire et sacro-iliaque ainsi qu'à une discopathie foraminale L5-S1 gauche, a fait état d'une légère péjoration depuis le précédent rapport de la Dre V._____ et a attesté d'une capacité de travail nulle dans toute activité depuis janvier 2022. Elle a joint en particulier les pièces suivantes :

- Un rapport de consultation établi le 27 octobre 2021 par la Dre R._____, dont il ressort que l'assurée l'avait contactée par téléphone le 14 octobre 2021 à cause d'une symptomatologie douloureuse nouvelle apparue après une flexion du tronc environ un mois avant, avec irradiation des douleurs dans le membre inférieur gauche. La rhumatologue traitante posait les diagnostics de possible spondylarthropathie à prédominance axiale, HLA-B27 négatif, depuis 2009, de douleurs à la hanche gauche d'origine mécanique depuis l'automne 2016 et de suspicion d'irritation radiculaire S1 ou L5 gauche. Elle signalait également, en tant que diagnostic secondaire, des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs.
- Un rapport de consultation de l'consultation O._____ du 9 novembre 2021 indiquant que des infiltrations péri-durales lombaires seraient prochainement effectuées en raison de lombosciatalgies bilatérales dans le territoire L5.
- Un rapport de consultation de la Dre R._____ établi le 30 décembre 2021. Confirmant les diagnostics de son précédent rapport, la rhumatologue a mentionné que l'IRM effectuée en octobre 2021 montrait des troubles dégénératifs des facettes avec de possibles signes pour une irritation de la racine L5 gauche, ainsi qu'une arthrose très active des articulations sacro-iliaques. Des

infiltrations avaient apporté une certaine amélioration mais il subsistait des douleurs « (pseudo ?)-radiculaires » du membre inférieur gauche. La Dre R. _____ notait que les douleurs cervicales n'étaient pas très présentes actuellement et que la situation de la spondylarthrite semblait bien contrôlée par le Cosentyx. Depuis environ septembre, la patiente travaillait 8 heures par semaine réparties sur 4 jours, essentiellement à la maison. Elle était très limitée dans les actes de la vie quotidienne, ne pouvant préparer les repas que le week-end. Les autres repas et les lessives étaient assumés par la famille, une femme de ménage venait une fois par semaine et l'assurée faisait appel à [...] pour certains déplacements. Un séjour de réadaptation, souhaité par la patiente, paraissait indiqué.

- La demande adressée le 11 janvier 2022 par la Dre R. _____ à la Clinique [...] le 11 janvier 2022 et le rapport de sortie établi le 16 février 2022 par cet établissement.
- Un rapport d'IRM lombaire du 24 février 2022, concluant comme suit :

« Conclusion :

1. On retrouve une surcharge inflammatoire avec d'importants remaniements et des signes d'œdème en miroir associés à quelques érosions au niveau sacro-iliaque intéressant la région moyenne antérieure se prolongeant au niveau du pied des sacro-iliaques de manière légèrement plus marquée à droite dont le diagnostic différentiel reste ouvert et reste compatible avec une atteinte de type sacro-iliite bilatérale. L'étude et l'activation inflammatoire restent par ailleurs superposables à l'examen précédent en date du 18/10/2021.
2. Surcharge dégénérative avec lombarthrose étagée principalement de L2 à S1 prédominant en L3-L4 mais surtout L4-L5, principalement en L5-S1. Surcharge dégénérative nettement congestive zygapophysaire postérieure étagée principalement de L2 à S1 prédominant en L3-L4 mais surtout L4-L5 et L5-S1 avec rehaussement inflammatoire des épineuses.
3. Enfin discopathie lombaire étagée principalement de L3 à S1 prédominant en L3-L4 et L4-L5 à droite et principalement en L5-S1 à gauche avec importante dégénérescence discale à cet étage entraînant un petit impingement sur la racine L5 et discrètement S1 gauche. »

Répondant le 28 avril 2022 à un questionnaire médical de l'OAI, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) présent depuis le 29 septembre 2021. Précisant que le suivi avait débuté le 8 septembre 2021, le psychiatre traitant attestait d'une incapacité de travail totale depuis le 5 avril 2022.

La Dre R._____ a établi un rapport le 9 mai 2022, relatant qu'en novembre 2020, la patiente avait connu une augmentation des douleurs. Une amélioration avait été observée après une hospitalisation suivie d'une prise en charge de physiothérapie et d'une intensification de l'antalgie. Une péjoration des douleurs au niveau de la hanche gauche était apparue en mai 2021, parallèlement à l'augmentation progressive du taux de travail, avec un impact important sur la vie privée et professionnelle de la patiente. En raison de la persistance des douleurs au niveau fessier gauche avec irradiation postérieure, une IRM avait été effectuée en octobre 2021, laquelle avait montré une potentielle irritation de la racine L5 gauche, une arthrose active des sacro-iliaques et une arthrose postérieure de L1 à L5. Des infiltrations puis le séjour en clinique avaient apporté une amélioration de la mobilité, mais des douleurs persistaient d'intensité modérée à intense. L'introduction de deux nouveaux médicaments avait été suivie d'une hépatite médicamenteuse en février/mars 2022, nécessitant l'interruption du traitement. La réintroduction du Cosentyx ne pourrait être tentée qu'à certaines conditions. La patiente était très limitée dans les actes de la vie quotidienne. Selon l'évolution des douleurs, une reprise du travail à un taux de 40 à 50 % paraissait « faisable ».

S'adressant à l'OAI par courriel le 23 mai 2022, la Dre H._____ a exposé que sa patiente avait pris conscience du fait qu'une reprise du travail n'était pas envisageable actuellement et qu'elle devait solliciter une rente entière avec la possibilité d'avoir un emploi ou une occupation à 20 %. Elle devait faire le deuil de son emploi, en se rendant compte que sa santé s'était péjorée.

Dans un rapport du 15 juillet 2022, la Dre R. _____ a exposé ce qui suit :

« (...)

Je me permets de vous contacter par rapport à Madame S. _____, avec qui j'ai eu une consultation de contrôle téléphonique le 22.03.2022 et que j'ai vu en consultation le 11 juillet 2022. L'état de la patiente ne s'est pas vraiment amélioré et un essai thérapeutique de reprise du travail au mois d'avril à 20 % a échoué, la patiente ayant dû arrêter cet essai après une journée seulement. Suite à cela, la patiente a eu un important épisode de dépression pour lequel elle est maintenant en suivi régulier psychiatrique et psychologique. Elle est donc toujours à l'arrêt complet.

Sur le plan du traitement de la spondylarthrite, au vu des douleurs persistantes, avec un impact fonctionnel important, et ceci même dans les activités de la vie quotidienne, on a décidé d'essayer un nouveau traitement, notamment le Rinvoq à la place du Cosentyx. J'ai effectué une demande auprès de la caisse maladie de la patiente pour la prise en charge de ce dernier, traitement qui sera débuté dès que possible.

Dans la lumière de ces nouveaux éléments, j'estime actuellement que la capacité de travail de la patiente est à 0 % et une reprise à 40 ou 50 % me semble irréaliste. Il reste à voir si une activité de maximum 20 % pourra être envisagée sur un plus long terme, mais cela reste à discuter.

(...) »

L'OAI a par ailleurs obtenu un extrait du dossier de l'assurance perte de gains de l'employeur, lequel contenait en particulier un tableau récapitulatif des périodes et taux d'incapacité de travail attestées du 25 septembre 2020 au 31 mars 2022.

Consulté pour avis, le SMR a conclu le 18 juillet 2022 qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de la rhumatologue du Centre D. _____, qui rejoignaient celles du psychiatre traitant, du médecin traitant et du service de réadaptation de l'OAI. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme uniformes dans tous les domaines de la vie et l'assurée avait essayé de reprendre son activité habituelle sans succès. En conséquence, une aggravation devait être admise dès le 25 septembre 2020, avec l'évolution de l'incapacité de travail résumée dans le tableau de l'assurance perte de gain. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

L'assurée a été informée le 12 août 2022 par son employeur que, si son incapacité de travail devait se poursuivre, son droit au salaire prendrait fin le 28 février 2023, date à laquelle les relations de travail prendraient également fin.

Une nouvelle évaluation économique sur le ménage a été effectuée le 13 février 2023. L'évaluateur a conclu que, sans l'atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à 100 % depuis octobre 2020 compte tenu de l'âge de ses enfants notamment. Par ailleurs, le taux d'empêchement dans les tâches ménagères était de 18,64 % dès lors qu'une aide plus importante pouvait être attendue des enfants devenus majeurs depuis la précédente évaluation, étant précisé que la nouvelle grille d'évaluation prenait en compte les données statistiques pour la répartition du travail domestique et familial pour la pondération des postes.

L'OAI a établi un projet de décision le 9 mars 2023, prévoyant l'octroi d'une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 100 %) à partir du mois qui suit la décision, date à laquelle la prestation transitoire est par ailleurs supprimée, en précisant qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif. L'OAI a constaté que le droit de l'assurée à une demi-rente a été supprimé par décision du 15 août 2019 puis que, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée le 24 mars 2021, une prestation transitoire a été octroyée dès le 1^{er} octobre 2020. L'instruction portant sur le droit à la rente avait montré que l'assurée présentait une nouvelle incapacité de travail continue dès le 25 septembre 2020 mais qu'elle avait pu reprendre progressivement son activité d'ergonome. Dès le 15 octobre 2021, une nouvelle aggravation de l'état de santé avait entraîné une incapacité de travail totale dans toute activité. Alors que précédemment l'assurée était considérée comme active à 90 %, le 10 % restant étant consacré aux tâches ménagères, un statut de 100 % active pouvait être admis à compter du 1^{er} octobre 2020. Il en découlait un degré d'invalidité de 100 % donnant droit à une rente entière, à compter du mois suivant la décision de l'OAI en vertu des règles applicables en cas de prestation transitoire.

Par décision du 9 mai 2023, confirmant son projet, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité d'un montant de 556 fr. et trois rentes pour enfants de 206 fr. chacune, dès le 1^{er} juin 2023.

D. S._____, représentée par Me Joël Crettaz, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 9 juin 2023, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il calcule le montant de la rente entière due à compter du 1^{er} juin 2023 en retenant comme base de calcul l'intégralité de ses années de cotisations. Elle a fait valoir que la décision excluait de nombreuses années sans donner d'explication. Elle contestait en particulier que l'incapacité de travail à l'origine de sa présente invalidité soit le fait d'une rechute. Elle s'était prévalu au dépôt de sa nouvelle demande de prestations de nouveaux problèmes de santé indépendants de la spondylarthrite, notamment des cervicalgies et des lombalgies.

L'intimé a répondu le 21 septembre 2023, en concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision. Il a exposé que le droit à la rente reconnu dès le 1^{er} juin 2023 était fondé sur la même atteinte à la santé que le droit à la rente précédemment allouée dès le 1^{er} novembre 2010 et supprimée avec effet au 1^{er} septembre 2019. Il s'est référé pour le surplus aux explications données par la Caisse de compensation compétente, jointes à sa réponse. Dans son écriture du 12 septembre 2023, la Caisse a relevé que le montant de la rente octroyée dès le 1^{er} mars 2010 était fondé sur un revenu annuel moyen déterminant de CHF 53'352 fr. (bonifications pour tâches éducatives comprises, valeur 2010), une durée de cotisations de 6 ans et 1 mois (du 21 décembre 2003 au 31 décembre 2009) et l'échelle de rente 12 (rente partielle). Pour le droit à la rente reconnu à partir du 1^{er} juin 2023, l'intimé avait indiqué qu'il s'agissait d'une révision fondée sur l'aggravation de la maladie initiale, à savoir la spondylarthrite ; cette question n'était pas du ressort de la caisse. En cas de révision, comme c'était le cas pour la recourante, la jurisprudence et la pratique administrative commandaient de garder les mêmes bases de calcul pour déterminer le montant de la rente, soit l'échelle de rente et le revenu annuel moyen déterminant, même si le

revenu de l'assuré a considérablement augmenté dans l'intervalle. Seules les années de cotisations et les revenus provenant d'une activité lucrative accomplis avant la réalisation du cas d'assurance étaient donc déterminants. La caisse a complété ses explications le 18 septembre 2023 en précisant que, d'après les ATF 129 V 124 et 147 V 133, il convenait d'effectuer un calcul comparatif uniquement lorsqu'un nouveau cas d'assurance survenait à la suite d'un splitting, ce qui n'était pas le cas de la recourante.

Dans sa réplique du 5 décembre 2023, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a exposé que les douleurs qui l'avaient amenée à déposer une nouvelle demande en 2021 n'étaient pas liées à sa spondylarthrite, mais à une discopathie dégénérative et de l'arthrose. Ses médecins avaient mis plusieurs semaines voire mois pour exclure une inflammation de la spondylarthrite et se concentrer sur la problématique lombaire nouvellement apparue. Ce n'est ainsi qu'en novembre 2021 qu'elle avait été adressée à l'consultation O._____. L'invalidité actuelle provenant d'un nouveau problème de santé, la rente devait être calculé en prenant en compte l'ensemble des cotisations du premier pilier cumulées jusqu'à son arrêt de travail. Elle a joint un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 11 novembre 2020, ainsi qu'un courrier de l'consultation O._____ adressé le 17 novembre 2023 à son mandataire, indiquant que la recourante était suivie depuis 2021 pour des lombosciatalgies gauches récidivantes sur discopathie L5-S1 avec début de sténose foraminale L5-S1 gauche.

Par duplique du 21 décembre 2023, l'intimé a confirmé sa position. L'aggravation de l'état de santé s'était produite dans les trois ans qui ont suivi la suppression de la demi-rente et avait pour origine la même atteinte à la santé. Il s'est référé à une analyse médicale effectuée le 20 décembre 2023 par le SMR, jointe à son écriture, concluant comme suit :

« Conclusions

D'un point de vue médical, depuis 2009 notre assurée a toujours eu une [capacité de travail] réduite partielle en lien avec la [spondylarthrite]. Cette [capacité de travail] oscille entre 50 et 60 %, en fonction des périodes, par la suite [sont apparues] des lombalgies

et des cervicalgies mais la [spondylarthrite] était toujours présente puis il est décrit une aggravation progressive de cette dernière depuis janvier 2022 amenant à l'impossibilité de reprise d'une activité professionnelle et la nécessité de modification du traitement.

D'un point de [vue] psychiatrique, les [limitations fonctionnelles] décrites sont en lien avec les douleurs somatiques. »

La recourante a déposé des déterminations complémentaires le 10 janvier 2024, afin de contester les conclusions de l'avis SMR du 20 décembre 2023 produit par l'intimé. Elle relevait que le SMR avait admis que l'incapacité de travail à l'origine de la demande de prestations déposée en mars 2021 était liée aux lombosciatalgies mais qu'il se fondait sur le seul rapport de la Dre R. _____ du 15 juillet 2022, par ailleurs très sommaire, pour établir que l'invalidité actuelle trouvait sa cause dans une aggravation de la spondylarthrite. Pourtant, dans tous ses autres rapports, la rhumatologue traitante constatait l'absence d'activité inflammatoire et estimait la spondylarthrite sous contrôle. Parallèlement, la problématique des lombosciatalgies restait suivie par l'consultation O. _____, comme en témoignait le rapport du 17 novembre 2023.

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. a) Le litige porte sur le calcul du montant de la rente, en particulier sur le point de savoir si l'on se trouve dans le cas d'une renaissance d'une invalidité ou d'un nouveau cas d'assurance.

b) Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

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 pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue le 9 mai 2023. S'agissant de la révision de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, il convient de tenir compte du fait que la demande de prestations à l'origine de cette décision a été déposée le 24 mars 2021 et que l'intimé a octroyé à la recourante une prestation transitoire dès le 1^{er} octobre 2020, puis a admis un changement du statut valable à compter de cette même date et une modification de l'état de santé entraînant une invalidité totale

dès le 15 octobre 2021. Il en découle que l'ancienne législation reste applicable.

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, cf. consid. 2b ci-dessus), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Selon l'art. 17 LPGA, 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 (al. 1). Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite (al. 2). 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 décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Pour qu'une décision de révision entrée en force constitue elle aussi une (nouvelle) base de comparaison dans le cadre d'une révision ultérieure, il faut qu'elle repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit. Ces principes s'appliquent également en cas de nouvelle demande (TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1 et les références citées).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

d) En vertu de l'art. 32 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une prestation transitoire lorsqu'au cours des trois ans qui suivent la réduction ou la suppression de sa rente, il présente une incapacité de travail d'au moins 50 % (let. a), que l'incapacité de travail se prolonge au-delà de 30 jours (let. b) et que l'assuré a participé, avant la réduction ou la

suppression de sa rente, à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a ou sa rente a été réduite ou supprimée du fait de la reprise d'une activité lucrative ou d'une augmentation de son taux d'activité (let. c). Le droit à la prestation transitoire naît au début du mois au cours duquel les conditions prévues à l'al. 1 sont remplies (art. 32 al. 2 LAI). Il s'éteint au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'office AI a rendu sa décision concernant le taux d'invalidité (art. 32 al. 3 LAI).

L'art. 34 LAI précise qu'en même temps qu'il accorde une prestation transitoire au sens de l'art. 32, l'office AI entame une procédure de réexamen du taux d'invalidité (al. 1). Le premier jour du mois qui suit la décision de l'office AI concernant le taux d'invalidité (al. 2) : le droit à la rente prend naissance, en dérogation de l'art. 28 al. 1 let. b si le taux d'invalidité donne à nouveau droit à la rente (let. a) ; la rente en cours est augmentée, réduite ou supprimée pour l'avenir, si le taux d'invalidité a subi une modification notable (let. b).

4. a) Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires de l'assurance-invalidité.

b) S'agissant du droit à la rente et de son calcul, l'art. 29 LAVS dispose que peuvent prétendre à une rente ordinaire de vieillesse ou de survivants tous les ayants droit auxquels il est possible de porter en compte au moins une année entière de revenus, de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance, ou leurs survivants (al. 1). Les rentes ordinaires sont servies sous forme de rentes complètes aux assurés qui comptent une durée complète de cotisation et sous forme de rentes partielles aux assurés qui comptent une durée incomplète de cotisation (al. 2).

Selon l'art. 29^{bis} al. 1 LAVS (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, cf. consid. 2b ci-dessus), le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une

activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (âge de la retraite ou décès).

c) La durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29^{ter} al. 1 LAVS). Sont considérées comme années de cotisation, notamment les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (art. 29^{ter} al. 2 LAVS).

d) Conformément à l'art. 29^{quater} LAVS, la rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen, lequel se compose des revenus de l'activité lucrative (let. a), des bonifications pour tâches éducatives (let. b) et des bonifications pour tâches d'assistance (let. c). Les revenus d'une activité lucrative sur lesquels des cotisations ont été versées sont pris en considération (art. 29^{quiquies} al. 1 LAVS).

L'art. 30 al. 1 LAVS prescrit de revaloriser la somme des revenus de l'activité lucrative en fonction de l'indice des rentes prévu à l'art. 33^{ter} LAVS, le Conseil fédéral déterminant annuellement les facteurs de revalorisation. La somme des revenus revalorisés provenant d'une activité lucrative et les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance sont divisées par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS).

e) Par ailleurs, selon l'art. 32 al. 1 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, cf. consid. 2b ci-dessus), les art. 50 à 53^{bis} RAVS (règlement fédéral du 31 octobre 1947 sur l'assurance-veillesse et survivants ; RS 831.101) sont applicables par analogie aux rentes ordinaires de l'assurance-invalidité.

En vertu de l'art. 32^{bis} première phrase RAI, lorsqu'un assuré dont la rente a été supprimée pour cause d'abaissement du degré de l'invalidité a, dans les trois ans qui suivent, de nouveau droit à une rente

(art. 28 LAI) en raison de la même atteinte à la santé, les bases de calcul de l'ancienne rente restent déterminantes si cela est plus avantageux pour l'ayant droit. A cet égard, les ch. 5630 et 5632 des Directives de l'OFAS concernant les rentes (DR) de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale (état au 1^{er} janvier 2023, cf. consid. 2b ci-dessus) renvoient aux ch. 5322ss des mêmes directives, lesquelles prévoient ce qui suit pour la détermination de la moyenne des revenus provenant d'une activité lucrative en cas d'octroi antérieur d'une rente d'invalidité :

- « 5322 Dans le cas des personnes assurées qui ont droit à une rente de l'AVS (vieillesse ou survivants) ou de l'AI ne succédant pas immédiatement à une rente ordinaire de l'AI, on ne tient pas compte des périodes de cotisations couvrant les périodes d'octroi de l'ancienne rente, ainsi que des revenus de l'activité lucrative y afférents, si cela se révèle plus avantageux pour la personne concernée (art. 51, al. 3, RAVS). Les périodes durant lesquelles la rente d'invalidité ne pouvait être versée en raison d'une demande tardive (art. 29, al. 1, LAI) et auquel cas la personne assurée ne pouvait se prévaloir que d'un droit virtuel à la rente ne sont pas visées par cette règle d'exception (RCC 1971, p. 300).
- 5323 Les années civiles dans lesquelles se circonscrit la période d'octroi de l'ancienne rente d'invalidité ne sont pas prises en compte.
- 5324 Ne sont pas considérées comme périodes d'octroi d'une ancienne rente d'invalidité celles au cours desquelles la personne assurée a perçu des indemnités journalières de l'AI (RCC 1970, p. 599). »

Lorsque la modification du degré d'invalidité et l'augmentation du droit à la rente qui en découle relèvent d'un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA, selon la jurisprudence ainsi que la pratique administrative constantes, les bases de calcul pour le nouveau montant de la rente (échelle de rente et revenu annuel moyen déterminant) restent les mêmes que celles appliquées pour la rente allouée jusque-là (ATF 147 V 133 consid. 5.1 ; 126 V 157 ; TF 8C_775/2015 du 21 mars 2016 consid. 2.1.1 ; 9C_240/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4 ; 9C_123/2013 du 29 août 2013 consid. 2.2 ; ch. 5629 DR).

5. a) Par la décision contestée, rendue le 9 mai 2023, l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité d'un

montant de 556 fr. dès le 1^{er} juin 2023. Elle fait suite à une décision rendue en deux prononcés des 6 et 21 janvier 2022, non contestés par la recourante, reconnaissant le droit de celle-ci à une prestation transitoire depuis le 1^{er} octobre 2020, sous la forme d'une demi-rente d'invalidité.

La recourante ne remet pas en question le taux d'invalidité déterminé par l'intimé, ni la date du 1^{er} juin 2023 en tant que début du droit à la rente entière d'invalidité. Il n'y a dès lors pas lieu de revenir sur ces éléments, qui peuvent être confirmés.

b) En revanche, la recourante conteste le montant de la rente, en ce qu'il a été déterminé par la Caisse de compensation sur les mêmes bases de calcul que les prestations versées entre 2010 et 2019. Selon elle, dans la mesure où elle avait exercé une activité lucrative soumise à cotisation dès 2015, il fallait en tenir compte et établir un nouveau calcul. Elle a fait valoir à cet égard que, contrairement à ce qu'avait retenu l'intimé, l'incapacité de gain ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité dès juin 2023 n'était pas due à la rechute d'une maladie préexistante, mais à de nouvelles atteintes constituant un nouveau cas d'assurance.

La nouvelle incapacité de travail à l'origine du dépôt de la demande en mars 2021 étant survenue dans le délai de trois ans de l'art. 32^{bis} RAI, se pose la question de savoir si le nouveau droit à une rente est fondé sur la même atteinte à la santé que celle qui avait justifié la rente octroyée jusqu'en août 2019.

6. a) Dans son ATF 147 V 133, le Tribunal fédéral a rappelé que, selon le droit en vigueur, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Une fois que l'invalidité est survenue (au sens de l'art. 4 al. 2 en relation avec les art. 36 al. 1 LAI [droit à une rente ordinaire] et 28 al. 1 LAI), le fait qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré (ou des changements de sa situation économique et personnelle) conduise ultérieurement à revoir le taux d'invalidité et à modifier le droit

initial à une rente d'invalidité ne permet pas de retenir l'existence d'un nouveau cas d'assurance susceptible de conduire à la reconnaissance d'une prestation fondée sur de nouvelles bases de calcul. La loi ne le prévoit pas, pas plus qu'elle n'envisage la survenance du risque « invalidité partielle » ou « invalidité augmentée » (« Teil- oder Mehrinvalidität »). Une nouvelle invalidité ne peut survenir en relation avec le droit à une rente d'invalidité à la suite de l'allocation antérieure d'une telle prestation que si le droit initial a été entre-temps supprimé, entraînant une période sans prétention à une rente, l'éventualité de la « renaissance de l'invalidité » dans les trois ans après la suppression de la rente prévue par l'art. 32^{bis} première phrase RAI étant réservée (ATF 147 V 133 consid. 5.3 et les références citées).

Ainsi, il y a un nouveau cas d'assurance lors de la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; TF 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1).

Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse en effet d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2 et la référence citée). Comme rappelé notamment dans l'arrêt TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015, la jurisprudence a, de longue date, précisé que le principe d'unicité n'était pas absolu. Dans un arrêt du 27 juillet 1966 (cause I 65/66), le Tribunal fédéral des assurances mentionnait déjà que si la personne assurée ne remplissait pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découlait pas qu'elle se verrait dans tous les cas et à

tout jamais privée du bénéfice de l'octroi de toute prestation. Il pouvait tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînaient autant de survenances successives de l'invalidité. Bien plus, une seule et même cause d'invalidité pouvait entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance (TF 9C_36/2015 précité, consid. 5.2). En présence de deux cas d'assurance différents, le droit à une rente est subordonné à l'écoulement de la période de carence imposée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, ce pour chacune des situations données. Dans un tel cas, une application par analogie des art. 29^{bis} et 88a al. 2 RAI n'entre pas en considération (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 2029 et les références citées).

7. a) En l'espèce, la recourante a déposé une première demande de prestations en septembre 2009 en raison d'une spondylarthrite ankylosante et s'est vu octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 octobre 2010 puis une demi-rente à compter du 1^{er} novembre 2010. Dans ses décisions, rendues les 14 janvier et 2 février 2015, l'intimé a retenu que la recourante présentait une incapacité de travail définitive dans son activité habituelle de physiothérapeute mais qu'une capacité de travail de 50 % était exigible dans une activité adaptée dès août 2010. Evalué selon la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]) en tenant compte d'un taux de 75 % dans l'activité lucrative et de 25 % pour la tenue du ménage, le degré d'invalidité global était de 51 %. Le calcul du taux d'empêchement dans l'activité lucrative tenait compte du fait que la recourante avait bénéficié de mesures professionnelles dès octobre 2009 au cours de laquelle elle avait achevé avec succès une formation de chargée de sécurité comprenant des stages au taux de 50 %.

Sur le plan médical, l'intimé s'était fondé en particulier sur le rapport d'examen clinique rhumatologique établi par le SMR le 4 novembre 2010. Confirmant le diagnostic de spondylarthrite ankylosante mentionné par les médecins traitants, le Dr N. _____ du SMR a relevé que la documentation radiologique mise à disposition confirmait des

lésions de type érosif et inflammatoire au niveau des deux sacro-iliaques. Il a cependant également relevé que ces imageries montraient l'existence d'une discopathie L5-S1 et l'absence d'atteinte ostéoarticulaire ou inflammatoire sur le genou droit et qu'à l'examen, la recourante présentait une légère diminution dans les amplitudes articulaires au niveau du rachis lombaire, de la hanche gauche et du genou droit. Au terme de son examen, il a conclu que la capacité de travail dans l'activité habituelle de physiothérapeute était définitivement nulle en raison de la charge physique moyenne à importante de cette activité. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était en revanche possible au taux de 100 %, mais la maladie inflammatoire et l'état inflammatoire fluctuant entraînait une diminution de rendement de l'ordre de 50 %.

Il apparaît ainsi que l'invalidité à l'origine de l'ouverture d'un droit à la rente reconnu en mars 2010 était liée principalement au diagnostic de spondylarthrite ankylosante connue de longue date et touchant les deux sacro-iliaques. Le spécialiste du SMR avait cependant également constaté que d'autres parties du corps (rachis lombaire, hanche gauche et genou droit) présentaient des atteintes d'ordre rhumatismal, dont il avait tenu compte pour déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

b) La demi-rente d'invalidité a été supprimée au 1^{er} novembre 2019, au terme d'une procédure de révision entamée en mai 2015, lorsque la recourante a signalé à l'intimé qu'elle allait débiter une activité d'ergonome à 60 %. Dans le cadre de cette seconde procédure, l'intimé a d'abord obtenu des rapports médicaux des rhumatologues traitants indiquant que l'état de santé était resté stationnaire, malgré des poussées récurrentes de la spondylarthrite ankylosante, de sorte que la capacité de travail de la recourante dans l'activité adaptée s'établissait toujours à 50 % (cf. rapports du Prof. B. _____ du 19 février 2016 et de la Dre V. _____ du 4 avril 2016). La recourante a alors expliqué qu'elle avait accepté un emploi au-dessus de ses forces parce qu'elle n'avait pas eu le choix du taux. Cependant, elle a connu plusieurs périodes d'arrêt de

travail complet entre novembre 2016 et septembre 2017. La péjoration de l'état de santé était mise en relation avec de nouvelles poussées de la maladie inflammatoire ainsi que l'aggravation d'une atteinte à la hanche (cf. rapport du Prof. B. _____ du 3 mars 2017). La rhumatologue traitante a néanmoins confirmé le taux d'activité exigible de 50 % dans une activité adaptée (cf. rapport de la Dre R. _____ du 9 août 2017). Il était par ailleurs signalé que le fait d'avoir travaillé au-dessus de ses forces avait entraîné chez la recourante l'apparition d'une symptomatologie dépressive nécessitant une prise en charge spécialisée (cf. rapports de la Dre Z. _____ du 12 mai 2017 et de la Dre C. _____ du 21 novembre 2017). La recourante a finalement pu reprendre progressivement son emploi d'ergonome et a obtenu une diminution contractuelle de son taux de travail à 50 % dès février 2018, avant de reprendre à 60 % dès janvier 2019, avec une promotion accompagnée d'une augmentation de salaire. La Dre R. _____ a alors déclaré que cette activité et le taux de 60 % étaient adaptés (cf. rapport du 7 mai 2019). Se fondant par ailleurs sur une enquête à domicile concluant à un statut mixte de 90 % dans l'activité lucrative et de 10 % pour la tenue du ménage dès décembre 2015, l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2017 au 31 janvier 2018 puis, le degré d'invalidité étant insuffisant pour l'octroi d'une rente à compte du 1^{er} février 2018, a admis le droit à la demi-rente pour la durée du délai légal de suppression de la rente, à savoir le 1^{er} jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Dans le calcul du taux d'empêchement dans l'activité lucrative, l'intimé a tenu compte d'une capacité de travail de 60 % sur un taux d'occupation théorique de 100 %, en retenant que l'activité exercée correspondait à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; cf. notamment TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4). La décision ayant été notifiée en deux prononcés des 23 juillet et 15 août 2019, le versement de la demi-rente a pris fin le 31 août 2019.

L'instruction médicale est ainsi restée limitée aux rapports des médecins traitants. Ceux-ci montraient, dans l'ensemble, une situation médicale superposable à celle décrite dans le rapport d'examen SMR de

novembre 2010 hormis une aggravation provisoire entre novembre 2016 et septembre 2017. Ainsi, le Prof. B. _____ a mentionné uniquement la spondylarthrite ankylosante dans son rapport du 19 février 2016, avant de mentionner également « une atteinte à la hanche en particulier ces derniers temps » dans son rapport du 3 mars 2017. A ce propos, il évoquait des douleurs intenses avec possible capsulite, tandis que la spondylarthrite touchait en particulier les sacro-iliaques et tout le rachis. De même, la Dre R. _____ décrivait l'évolution de l'état de santé de sa patiente dans son rapport du 9 août 2017 en indiquant que la « probable spondylarthrite » était d'évolution variable, mais que l'état de santé s'était nettement péjoré en automne 2016 « avec des douleurs surtout au niveau du rachis cervical, ainsi qu'aggravation des douleurs de la hanche gauche, ce qui a occasionné une hospitalisation [...] ». La situation s'était lentement améliorée après l'administration intra-veineuse de glucocorticoïdes, un changement du traitement de fond de la spondylarthrite et de la physiothérapie. La Dre R. _____ a confirmé, dans son rapport du 7 mai 2019, que l'état de santé de la recourante était stable depuis octobre 2017 mais qu'elle avait des douleurs persistantes à la hanche gauche, s'aggravant à la position assise prolongée. Sur le plan psychiatrique, la Dre C. _____ avait fait part dans son rapport de novembre 2017 d'une situation « plus ou moins stable » et n'avait pas attesté d'incapacité de travail en lien avec sa spécialité.

Ainsi, dans le cadre de la révision du droit à la rente entamée en 2015, il a été tenu compte d'une aggravation temporaire de l'état de santé, dont l'origine était liée non seulement à la spondylarthrite ankylosante, mais également à une atteinte à la hanche dont l'origine n'avait pas fait l'objet d'investigations particulières. Cela étant, la suppression de la rente a été prononcée non pas en raison d'une amélioration de l'état de santé, mais uniquement du fait que la recourante a pu entamer une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles au taux de 60 % et de la modification en parallèle de la répartition entre le taux d'activité professionnelle (90 % dès décembre 2015 contre 75 % précédemment) et la part consacrée aux activités ménagère (10 % dès décembre 2015 contre 25 % précédemment).

c) Dans la demande de prestations qu'elle a déposée en mars 2021, la recourante a noté que l'atteinte à la santé était une poussée inflammatoire de la spondylarthrite ankylosante diagnostiquée en 2009. Parmi les rapports médicaux déposés à l'appui de sa demande, celui de la Dre R. _____ du 1^{er} avril 2021 confirmait qu'il n'y avait pas de nouvelle cause d'incapacité de travail. La rhumatologue traitante précisait ensuite qu'il s'agissait d'une maladie chronique avec un pan inflammatoire et un pan dégénératif, entraînant des baisses occasionnelles de la capacité de travail. Dans son rapport du 19 avril 2021, la Dre R. _____ a posé les diagnostics de « possible spondylarthropathie à prédominance axiale », de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs et de douleurs de la hanche gauche d'origine mécanique depuis l'automne 2016, en ajoutant que les problèmes étaient chroniques et avaient connu une acutisation durant l'automne précédent. Pour sa part, la Dre V. _____ a indiqué de même, dans son rapport du 26 avril 2021, que la recourante avait présenté « une importante poussée inflammatoire de sa maladie rhumatologique avec des répercussions sur le corps entier ». La poussée avait débuté en novembre 2020 avec la région cervicale et la cage thoracique, puis en janvier 2021, l'inflammation s'était étendue aux sacro-iliaques et aux hanches, particulièrement la gauche, entraînant des arrêts de travail partiels ou complets. Au moment d'établir leurs rapports, ces deux médecins disposaient des résultats des examens complémentaires effectués à l'occasion de l'hospitalisation de novembre 2020, en particulier un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 6 novembre 2020 ainsi que les conclusions de l'examen neurologique effectué par la Dre F. _____, confirmant l'existence d'atteintes dégénératives au niveau cervical. La thèse soutenue par la recourante selon laquelle il y a longtemps eu confusion de la part de ses médecins traitants entre les problématiques dégénératives et inflammatoires ne saurait dès lors être suivie.

En arrêt de travail à 50 % dès le 25 septembre 2020 puis à 100 % du 19 octobre 2020 au 31 mars 2021, la recourante a tenté de reprendre progressivement son activité professionnelle dès le 1^{er} avril 2021, atteignant son taux contractuel de 60 % vers le milieu du mois de

juin 2021. Elle a alors sollicité – et obtenu – des mesures d’adaptation de son poste de travail parce qu’elle travaillait au-dessus de ses forces. Elle a cependant dû à nouveau diminuer son taux d’activité pour raisons médicales dès le 20 novembre 2021 à 40 % (d’un 60 %) puis à 20 % (d’un 60 %) dès le 7 décembre 2021, avant d’arrêter complètement dès le 15 décembre 2021. Elle n’a plus repris le travail à compter de cette date, hormis de très brèves tentatives à des taux très réduits, et son contrat de travail a pris fin le 28 février 2023. C’est dans ce contexte que l’intimé a rendu ses décisions octroyant une prestation transitoire à la recourante, par la réactivation de la demi-rente versée précédemment, considérant que l’incapacité de travail actuelle était liée à une aggravation de la même atteinte à la santé.

Dans son rapport du 9 mai 2022, la Dre R. _____ a fait principalement état des douleurs lombaires et à la hanche, avec acutisation depuis plusieurs mois, tandis que la spondylarthropathie était « bien contrôlée sous traitement de Cosentyx », tout en exposant que ce traitement avait dû être suspendu provisoirement en raison d’une hépatite médicamenteuse. Cependant, dans son rapport du 15 juillet 2022, cette médecin a indiqué, à propos de la spondylarthrite, qu’un nouveau traitement allait être essayé en raison des douleurs persistantes et de l’impact fonctionnel de cette maladie pour la patiente, avec pour conséquence que la capacité de travail était actuellement de 0 % et qu’une reprise à 40 ou 50 % semblait irréaliste, seule une activité à 20 % au maximum pouvant être envisagée à long terme. Ces fluctuations de l’état de santé somatique ont eu un impact sur la santé psychique de l’assurée, qui a ainsi consulté à nouveau un psychiatre dès septembre 2021. Cela étant, comme l’a relevé l’intimé, le rapport du Dr P. _____ du 28 avril 2022 ne mentionnait pas de limitations fonctionnelles d’ordre psychiatrique, de sorte que la capacité de travail dont il a fait état était à mettre en lien avec les problématiques somatiques.

Ainsi, dans sa décision du 9 mai 2023, l’intimé a constaté non seulement que l’état de santé de la recourante s’était aggravé au point qu’aucune capacité de travail résiduelle n’était plus exigible depuis le 15

octobre 2021, mais également que, depuis le 1^{er} octobre 2020, un statut de 100 % actif pouvait être admis compte tenu de l'âge des enfants de la recourante, entraînant un degré d'invalidité de 100 %.

d) En définitive, il faut constater à l'instar de l'intimé et du SMR, qu'au moment du dépôt de la nouvelle demande de prestations en mars 2021, la recourante et ses médecins ont évoqué principalement une nouvelle poussée de la spondylarthrite inflammatoire dont elle souffrait de longue date. Comme relevé ci-dessus, cette maladie impactait déjà d'une manière importante la capacité de travail de l'intéressée dans toute activité aussi bien lors du dépôt de sa première demande de prestations en 2009 que lorsqu'il a été mis fin au versement de la rente en 2019. Il en va de même de l'atteinte à la hanche, qui avait été relevée par le Dr N. _____ du SMR au cours de son examen clinique rhumatologique en novembre 2010. Des atteintes cervicales sont par ailleurs apparues en novembre 2016, en même temps qu'une nouvelle poussée inflammatoire liée à la spondylarthrite tandis que les douleurs à la hanche gauche se sont également aggravées. Sous réserves de cet épisode, qui a induit une diminution importante de la capacité de travail résiduelle entre novembre 2016 et septembre 2017 et a entraîné provisoirement l'octroi d'une rente entière, l'état de santé de la recourante est resté relativement stable d'août 2010 à septembre 2020. En revanche, d'autres éléments entrant en ligne de compte dans l'évaluation de l'invalidité ont évolué (statut mixte et prise d'emploi) de manière à entraîner la suppression du droit à la rente en août 2019.

En d'autres termes, il convient de retenir que la spondylarthrite ankylosante dont souffre la recourante s'accompagne depuis de nombreuses années d'autres atteintes rhumatologiques d'ordre dégénératives, qui se sont aggravées ou révélées lors de poussées de la maladie inflammatoire. Ces atteintes dégénératives étaient en particulier déjà présentes et signalées au cours des précédentes procédures engagées devant l'intimé. Cette combinaison des deux types d'atteintes rhumatologiques est d'ailleurs clairement exprimée par la Dre R. _____ dans son rapport du 1^{er} avril 2021. Le rapport établi le 17 novembre 2023

par l'consultation O._____ produit par la recourante en cours de procédure ne dit d'ailleurs pas le contraire. La date du 15 octobre 2021 retenue par l'intimé comme début de l'invalidité totale, correspond au moment où la recourante a pris contact avec la Dre R._____ pour des douleurs lombaires d'apparition récente, mises en lien avec une potentielle irritation au niveau de la racine L5. Or, le rapport d'IRM du 11 novembre 2020 produit avec le recours mentionnait déjà l'existence d'atteintes dégénératives « modérées » en L5-S1. Il n'en demeure pas moins, comme l'a souligné le SMR dans son avis du 20 décembre 2023, que l'apparition de ces douleurs lombaires a été rapidement suivie d'une poussée inflammatoire, relatée par la Dre R._____ dans son rapport du 15 juillet 2022.

En conséquence, à l'instar de l'intimé, il ne saurait être considéré que la péjoration de l'état de santé constatée dès 2020 et entraînant une capacité de travail durablement nulle dans toute activité dès le 15 octobre 2021 est due à un nouveau cas d'assurance. L'invalidité qui en découle survient moins de trois ans après la suppression de la rente, de sorte que l'art. 32^{bis} RAI est applicable pour la détermination des bases de calcul du montant de la rente. L'art. 32^{bis} RAI et les directives administratives y relatives énoncent que les bases de calcul du premier droit à la rente sont reprises si elles sont plus avantageuses pour l'ayant-droit. La condition posée de la solution la plus avantageuse implique qu'une comparaison doit être faite entre le montant de la rente calculé selon les données d'origine et celui qui résulte d'un calcul établi sur des bases réactualisées lorsque, comme en l'espèce, le droit à la rente a été supprimé pendant moins de trois ans. Les explications données par la Caisse de compensation pour refuser de procéder à un comparatif relèvent manifestement d'une mauvaise lecture de l'art. 32^{bis} RAI et reposent sur des jurisprudences pour lesquelles cette disposition n'était justement pas applicable. L'ATF 147 V 133 porte en effet sur le calcul du montant de la rente d'un assuré qui a obtenu une rente entière d'invalidité alors qu'il percevait jusque-là une demi-rente entière ; le Tribunal fédéral relevait d'ailleurs au consid. 5.4.2 que l'art. 32^{bis} RAI ne prévoit pas de dérogation lorsqu'il n'y a pas d'interruption dans l'octroi d'une rente. Par ailleurs,

l'ATF 129 V 124 concerne le passage d'une rente entière d'invalidité à une rente AVS, sans délai de carence.

Il en résulte que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer sur la question litigieuse en toute connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - pour compléter l'instruction en sollicitant de la Caisse de compensation de procéder à deux calculs du montant de la rente, avec les données d'origines et actualisées à la date de la renaissance du droit à la rente.

8. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (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 la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 9 mai 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il procède dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Joël Crettaz (pour S. _____),
- 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 :