

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], célibataire, sans enfants, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de gestionnaire du commerce de détail obtenu le 30 juin 2016, travaille en qualité d'employée de commerce auprès de l'entreprise familiale T._____ à [...]. Par le biais de l'assurance maladie perte de gain K._____, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le 1^{er} avril 2019, dans laquelle elle a indiqué être atteinte de polyarthralgie, d'arthrite post virus et de spondylarthrite. Elle a mentionné en outre avoir été en incapacité de travail totale du 21 septembre au 11 novembre 2018 et à 50 % depuis le 12 novembre 2018.

L'assureur précité a notamment communiqué à l'OAI simultanément à la demande de prestations, une copie des rapports médicaux à sa disposition, en particulier les suivants :

- Un rapport médical du 14 novembre 2018 du Dr B._____, chef de clinique au service de rhumatologie R._____ dans lequel figurait comme diagnostic principal celui d'arthrite post-infectieuse, probablement virale, et comme diagnostics secondaires une anémie microcytaire normochrome d'origine mixte : carencielle et inflammatoire et une carence en acide folique.
- Un rapport du 31 janvier 2019 du même médecin mentionnant une probable spondylarthropathie HLA-B27 négative avec atteinte périphérique prédominante. L'état général de la patiente était rassurant, sans arthrite ni synovites cliniques. Elle avait repris son activité professionnelle à 50 % mais ne se sentait pas capable d'augmenter ce taux d'activité.
- Un rapport du 26 février 2019 du Dr N._____, médecin traitant, faisant état d'une polyarthrite : suspicion de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négative. Comme plaintes de la patiente, il a mentionné des douleurs lombaires, aux épaules, aux cuisses et aux

jambes. Au titre de limitations, il a signalé une fatigabilité et des limitations des amplitudes avec douleurs progressivement intenses en cours de journée. La position assise était en outre difficilement tenable au-delà de 2 heures.

L'entreprise T._____ a communiqué à l'OAI le questionnaire pour l'employeur complété le 1^{er} mai 2019, dans lequel il a notamment indiqué que le salaire versé à l'assurée avait été de 42'437 fr. 80 pour l'année 2017 et de 42'250 fr. pour 2018. Il considérait que la prénommée pouvait poursuivre son activité professionnelle au sein de l'entreprise qui était prête à adapter son taux et les charges de travail en fonction de son état de santé.

Le 2 mai 2019, l'assurée a indiqué par le biais du formulaire idoïne de l'OAI qu'en bonne santé, elle exercerait son activité à 100 %.

Dans un rapport du 28 octobre 2019 adressé au Dr N._____, le Dr L._____, médecin chef au département de l'appareil locomoteur R._____, a remis en cause le diagnostic de spondylarthropathie devant l'échec des traitements. Il a évoqué un diagnostic différentiel possible de syndrome douloureux lié à une hyperlaxité ou à une fibromyalgie. Il proposait de poursuivre le suivi sous traitement de physiothérapie et d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) et d'évaluer l'évolution des symptômes.

Dans un rapport du 2 février 2020 adressé à K._____, le Dr N._____ a posé comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, celui de polyarthrite d'origine inconnue depuis septembre 2018 et de suspicion de Bechterew. Les troubles dont se plaignait sa patiente étaient une fatigabilité et des douleurs musculaires essentiellement au niveau des membres inférieurs, ainsi que des douleurs articulaires avec épisode de tuméfaction aggravé par l'activité physique. Les limitations fonctionnelles se faisaient sentir dans les déplacements, le port de charge, le maintien d'une position assise pendant plus de 4 heures ayant pour conséquence la nécessité de se reposer, ainsi que la marche qui

provoquait des douleurs. Il a attesté d'une incapacité de travail de 50 % du 28 août 2019 au jour du rapport, la patiente n'étant pas capable selon lui d'exercer une activité plus adaptée à son état de santé.

Dans un rapport du 27 décembre 2020, le Dr G._____, chef de clinique adjoint auprès de D._____, a posé à titre de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, une spondylarthropathie axiale et périphérique présente depuis septembre 2018, ainsi qu'une hyperlaxité articulaire et ligamentaire diagnostiquée en octobre 2019. A titre de limitations fonctionnelles, il relevait des difficultés à maintenir la station statique prolongée quelle que soit la position au-delà de 30 minutes, à soumettre le rachis cervical et lombaire en particulier à des mouvements répétitifs ou des contraintes, et à soumettre les articulations périphériques des poignets, coudes, épaules, chevilles, genoux et hanches à des mouvements répétitifs ou des contraintes importantes. Il considérait que sa patiente était capable d'exercer une activité adaptée à plein temps et son pronostic était favorable. A ce document était annexé un rapport également daté du 27 décembre 2020 adressé au Dr N._____ reprenant les diagnostics évoqués précédemment. Dans son appréciation, le Dr G._____ indiquait que l'hyperlaxité articulaire généralisée pouvait expliquer une partie de la symptomatologie et que bien que les examens paracliniques réalisés peinaient à mettre en évidence des signes inflammatoires clairs, le diagnostic de spondylarthrite restait possible voir probable, soutenue par un tableau clinique évocateur. Le traitement de Xeljanz instauré depuis novembre 2020 semblait efficace selon les informations données par la patiente elle-même, la tolérance semblait bonne et rapidement évolutive.

Dans un rapport du 17 janvier 2021, le Dr N._____ a indiqué au titre de limitations fonctionnelles à prendre en considération la fatigabilité des membres inférieurs, des douleurs aux membres inférieurs, au rachis et aux muscles dorsaux, ainsi qu'une fatigabilité psychologique. Il a attesté d'une capacité de travail de 50 % dans toutes activités depuis le 12 novembre 2018 et précisé que l'activité chez l'employeur avait déjà été adaptée. Le traitement semblait avoir une certaine efficacité bien qu'il

fut trop tôt pour le dire. L'évolution était lente et dépendait de la poursuite de la physiothérapie. Il a joint un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) cervical, dorsal et lombaire du 28 septembre 2020 du Dr P._____ qui ne montrait pas d'altération rachidienne expliquant la symptomatologie, ni d'argument pour une atteinte inflammatoire.

Le 20 octobre 2021, l'assurée a confirmé à l'OAI que son état restait stable.

Sollicité par l'OAI, le Dr N._____ a confirmé, dans un rapport du 8 novembre 2021, le diagnostic de polyarthrite, avec diagnostic différentiel de spondylarthrite ankylosante non radiologique HLA-B27 négative. Il a constaté une amélioration des douleurs sous traitement de Xeljanz 5mg, arrêté depuis peu à la date du rapport en raison d'une thrombopénie. Il a confirmé que la patiente disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et que les limitations fonctionnelles étaient dues essentiellement à la fatigabilité et à des douleurs dans les membres inférieurs.

Le Dr W._____, médecin chef au service d'hématologie de D._____, a examiné l'assurée en raison d'une thrombopénie en lien avec la médication de Xeljanz. Sur interpellation de l'OAI, il a indiqué le 21 janvier 2022 que le motif des consultations d'hématologie n'avaient rien à voir avec une éventuelle incapacité de travail de l'assurée due en revanche aux problèmes rhumatologiques. Dans un rapport du 7 mars 2022, il a invité l'OAI à se renseigner auprès du médecin rhumatologue s'agissant de la capacité de travail de l'assurée.

Dans le cadre d'un besoin de sommeil accru et d'une somnolence diurne, une polysomnographie et une actigraphie ont été réalisées. Le bilan somnologique évalué dans le rapport du 9 mai 2022 de la Dre C._____, médecin associée au R._____, a permis d'écarter une insuffisance de sommeil, un trouble respiratoire et une narcolepsie à l'origine de ces symptômes présentés par l'assurée. Les critères pour une hypersomnie idiopathique n'étaient par ailleurs pas remplis.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, le Dr N._____ a confirmé, par courrier du 23 novembre 2022, la persistance d'une fatigabilité à l'effort et de concentration avec limitation de la capacité de travail à 50 %. Le traitement de Xeljanz avait été réintroduit après amélioration de la thrombopénie. Il avait constaté des lésions dermatologiques apparues en octobre 2022, des troubles du sommeil depuis mai 2022, ainsi qu'une perte de poids involontaire en mars 2022. Il disait n'avoir pas réévalué la capacité de travail de sa patiente depuis juin 2021, dans la mesure où elle ne recevait plus d'indemnités perte de gain et n'avait plus consulté de ce fait. Elle n'alléguait toutefois qu'une amélioration mineure de ses douleurs et de sa fatigabilité lui permettant de travailler à 50 % chez son père. Il indiquait également qu'en janvier 2021, la patiente décrivait une amélioration des douleurs musculaires sous traitement de Xeljanz associée à de la physiothérapie. Elle relatait un état physique dépendant de son état psychique qui permettait une reprise du travail à 75 % dès le 25 janvier 2021 avec un objectif de reprise à 100 %. Les douleurs étaient toutefois réapparues dès le mois de février accompagnées de fatigabilité et d'une hypothyroïdie malgré la poursuite du traitement. La physiothérapie ayant été suspendue en raison du refus de prise en charge de l'assureur, les douleurs articulaires et musculaires avaient connu une recrudescence qui aurait dû motiver une baisse de sa capacité de travail, ce que l'assurée avait refusé.

Dans un rapport du 6 décembre 2022, la Dre F._____, cheffe de clinique adjointe à la clinique de rhumatologie de D._____, notait que le bilan de laboratoire ne montrait pas de syndrome inflammatoire biologique. Le Xeljanz avait été stoppé depuis août 2021, le rhumatisme était peu actif et la situation acceptable pour la patiente qui avait repris une activité physique bénéfique. Du point de vue thérapeutique, elle ne proposait aucun traitement spécifique mais un suivi clinique régulier.

Le 7 février 2023, la Dre X._____, cheffe de clinique auprès de D._____, a renvoyé aux rapports précédents de ses collègues s'agissant des antécédents médicaux et aux rapports du Dr G._____

s'agissant du diagnostic. Les symptômes actuels consistaient en lombalgies et cervicalgies fluctuantes selon les jours, gérables sans traitement. Il n'y avait pas de réveil nocturne mais une raideur matinale durant une trentaine de minutes. L'examen du rachis du 15 décembre 2022 était sans particularité, la palpation du rachis se faisait sans douleurs et sa mobilité était conservée. Elle ne constatait pas de synovite périphérique. Son pronostic était favorable s'agissant de la reprise de la capacité de travail à 100 %. Elle admettait la possibilité pour la patiente de travailler 8 heures par jour. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle se référait au rapport du Dr G._____. Elle relevait néanmoins que cette maladie chronique, dont l'évolution était imprévisible, faisait obstacle à une réadaptation, même si l'évolution était actuellement plutôt favorable.

Le 31 mars 2023, l'OAI a reçu, en réponse à une demande du 10 janvier 2023, l'information de l'assurée qu'elle n'était au bénéfice d'aucun suivi psychiatrique.

Le Dr H._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a relevé dans un rapport du 21 avril 2023 que du point de vue rhumatologique, l'état de santé restait stable malgré l'absence de prise de traitement, les limitations fonctionnelles étant superposables à celles décrites en décembre 2020. La capacité de travail dans une activité adaptée pour les Drs G._____ et X._____ était de 100 % avec un rendement de 75 % pour le Dr G._____ et le généraliste traitant évaluait la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % en juin 2021. S'il avait été noté un état physique dépendant de l'état psychique, il n'y avait aucun suivi psychiatrique et les atteintes dermatologiques restaient sans incidence sur la capacité de travail. Le médecin du SMR retenait finalement que l'activité habituelle de l'assurée avait été considérée comme adaptée à son état de santé et que dans une activité habituelle comme dans une activité adaptée sa capacité de travail était de 100 % avec un rendement de 75 % depuis octobre 2020.

Dans un projet de décision du 24 avril 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il prévoyait de lui octroyer une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2019 au 31 décembre 2020. Il retenait que sa capacité de travail était durablement restreinte depuis le 21 septembre 2018 et qu'en raison du dépôt tardif de la demande le 2 avril 2019, la rente ne pouvait être allouée qu'à partir du 1^{er} octobre 2019. A cette date, la capacité de travail de l'assurée était de 50 % et le droit à la demi-rente ouvert. Dès octobre 2020, son état de santé s'était amélioré et sa capacité de travail était de 75 % dans toute activité, de sorte que le droit à la rente n'était plus ouvert depuis janvier 2021.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision dans un courriel du 1^{er} juin 2023 et a produit un rapport du Dr N. _____ du 1^{er} juin 2023, dans lequel il indiquait que la capacité de travail de 75 % de l'assurée n'avait été que transitoire du 25 janvier au 1^{er} février 2023 (recte : 2021), date à laquelle elle avait été contrainte de réduire à nouveau son activité à 50 %. Il indiquait qu'en aucun cas, elle n'avait pu augmenter sa capacité de travail à long terme. L'assurée a également produit une série de certificats médicaux signés du Dr N. _____ attestant d'une capacité de travail à 50 % du 4 septembre 2020 au 31 mai 2021.

Le Dr H. _____ du SMR, dans un compte rendu du 24 juillet 2023, a maintenu ses précédentes conclusions, considérant que le médecin traitant de l'assurée ne faisait pas état de nouveaux diagnostics. Le 24 juillet 2023, l'OAI a confirmé à l'assurée son projet de décision.

Par décision du 7 septembre 2023, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assurée pour la période du 1^{er} octobre 2019 au 31 décembre 2020.

B. Par acte du 5 octobre 2023, S. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a demandé la reconsidération de la décision, au motif que les rapports de ses médecins traitants qui démontraient l'impact significatif de son état

de santé sur sa capacité de travail n'avaient pas été suffisamment pris en considération.

Dans sa réponse du 29 janvier 2024, l'OAI a proposé implicitement le rejet du recours, considérant que les pièces médicales du dossier, examinées par le SMR dans ses avis des 21 avril et 24 juillet 2023, ne permettaient pas d'apprécier la situation différemment.

Le 4 mars 2024, la recourante a répliqué en maintenant les arguments développés dans son mémoire de recours. Elle a en outre allégué que les douleurs persistaient de manière constante au niveau de la nuque et du dos limitant sa qualité de vie et sa capacité de travail. Elle a joint à ses déterminations des certificats médicaux d'incapacité de travail établis par son médecin traitant et le rapport de ce dernier du 23 novembre 2022 déjà produit à l'appui de sa demande de prestations.

L'OAI a confirmé les termes de sa réponse dans ses déterminations du 17 avril 2024.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2020.

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

b) En l'occurrence, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 1^{er} avril 2019. Elle est en incapacité totale de travail attestée depuis le mois de septembre 2018 et pourrait prétendre à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2019 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). L'ancien droit demeure dès lors applicable au cas d'espèce.

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

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGa [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). 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).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. En l'occurrence, la recourante considère que l'avis de ses médecins traitants n'a pas été suffisamment pris en considération s'agissant de l'impact de ses problèmes de santé sur sa capacité de travail. Quant à l'OAI, s'il admet que la capacité de travail de la prénommée a été durablement impactée depuis septembre 2018, il soutient que les pièces médicales produites montrent une amélioration de son état de santé depuis le mois d'octobre 2020.

Aucune des parties ne conteste en revanche le diagnostic et son impact sur la capacité de travail de la recourante jusqu'en décembre 2020. Leurs avis diffèrent sur la poursuite du droit à une rente au-delà de cette date et de fait sur une amélioration de son état de santé.

Contrairement à ce qu'indique la recourante, ses médecins traitants ne sont pas unanimes s'agissant de l'appréciation de son état de santé et son incidence sur sa capacité de travail au-delà de décembre 2020. En effet, le Dr G._____ qui relève le 27 décembre 2020 une évolution positive après l'introduction du traitement par Xeljanz en novembre 2020 atteste d'une capacité de travail complète de sa patiente. Certes, ce traitement a dû être interrompu en raison d'une thrombopénie comme probable effet secondaire, mais le Dr W._____ s'est clairement exprimé sur le fait que le problème hématologique n'avait aucune incidence sur la capacité de travail qui restait essentiellement en lien avec les problèmes rhumatologiques.

L'avis du Dr G._____ est confirmé par celui de la Dre X._____ qui évoque la possibilité d'une reprise à 100 % de l'activité de la recourante dans son rapport de février 2023.

Les observations de la Dre F._____ ne font que renforcer ce sentiment d'amélioration de l'état de santé quand elle indique dans son rapport du 6 décembre 2022 un rhumatisme peu actif et une situation acceptable pour sa patiente.

Ainsi, le Dr N._____, médecin généraliste traitant, est le seul à attester sans discontinuer d'une capacité de travail de 50 % quand bien même, à l'instar des autres médecins traitants de la recourante, en particulier les spécialistes en rhumatologie, il constate une amélioration des douleurs sous médication de Xeljanz. Au demeurant, dans son rapport du 23 novembre 2022, il affirme n'avoir pas réévalué la capacité de travail de sa patiente, cette dernière n'ayant plus consulté au motif selon lui de la cessation du versement des indemnités journalières par son assureur maladie. L'avis de ce médecin généraliste traitant ne saurait dès lors disposer d'une valeur probante plus importante que ceux des médecins traitants spécialistes en rhumatologie qui emportent la conviction.

Au demeurant, la recourante elle-même admet l'amélioration et la stabilité de son état de santé, ce qu'elle a confirmé à l'OAI en octobre 2021.

Force est par conséquent d'admettre que l'avis du 24 avril 2023 du Dr H._____, médecin auprès du SMR, ne prête pas le flanc à la critique s'agissant de son appréciation de la situation médicale et qu'il doit être suivi.

Compte tenu de ce qui précède, la décision attaquée de l'OAI est fondée et se doit d'être confirmée.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la 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 et n'est pas assistée d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 septembre 2023 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 S._____.
- 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 :

- 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 :