

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 avril 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Wiedler, juge, et M. Farron, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
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, 29 LAI ; 88a al. 1
RAI**

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, mère de deux enfants nés en [...] et [...], sans formation certifiante, a exercé divers emplois dès 1996 en qualité de femme de ménage, aide de cuisine, ouvrière et caissière.

En arrêt de travail dès le 2 octobre 2012 alors qu'elle effectuait une mission pour le compte d'une agence de placement, l'assurée a touché des indemnités de perte de gain en cas de maladie de son employeur. A l'initiative de celle-ci, 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) le 31 décembre 2012. Des attestations d'incapacité de travail étaient jointes à la demande, ainsi que les pièces médicales suivantes :

- Un rapport de consultation établi le 4 octobre 2012 par le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie, exposant que sa patiente présentait des rachialgies subaiguës semblant s'inscrire dans le cadre d'un stress professionnel et d'une surcharge d'activité impliquant les membres supérieurs. Il précisait que la présentation flambante des symptômes pouvait être aussi évocatrice d'un rhumatisme inaugural de type polymyalgia rheumatica.
- Un rapport de consultation du Dr V._____ du 2 novembre 2012, constatant que la symptomatologie douloureuse et les plaintes de la patiente s'étaient « décolorées » depuis la précédente consultation. L'examen clinique relativement rassurant permettait d'écartier un rhumatisme inflammatoire, alors que la symptomatologie était survenue dans un contexte de stress professionnel important, ainsi que de contraintes posturales et de charge dans l'emploi d'ouvrière manutentionnaire exercé depuis environ un an et demi.
- Un formulaire de l'assurance perte de gain rempli le 7 décembre 2012 par le Dr G._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie ainsi

qu'en allergologie et immunologie clinique, faisant état d'un épuisement physique et psychique ainsi que d'une affection rhumatologique, entraînant une incapacité de travail totale depuis le 2 octobre 2012.

Un entretien d'évaluation s'est déroulé dans les locaux de l'OAI le 28 janvier 2013. Il a été constaté que l'assurée avait repris son travail à 100 % depuis une semaine, que ses symptômes étaient réapparus en raison du stress induit par son emploi et qu'elle envisageait de changer d'activité, cas échéant en s'inscrivant au chômage. En conséquence, il ne se justifiait pas de déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité (cf. Rapport initial de détection précoce du 28 janvier 2013). Un courrier en ce sens a été adressé le même jour à l'assurée ainsi qu'à l'assurance perte de gain de l'employeur, mettant fin à la procédure.

B. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 28 novembre 2018, indiquant qu'elle travaillait comme caissière à 60 % pour U._____ AG depuis le 1^{er} mai 2013 et qu'elle subissait une incapacité de travail de 100 % depuis le 23 novembre 2018 en raison d'une polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée en 2016.

Instruisant la demande, l'OAI a notamment versé au dossier un extrait du compte individuel AVS de l'assurée le 6 décembre 2018, le questionnaire établi par l'employeur le 8 janvier 2019, ainsi qu'un formulaire de détermination du statut rempli par l'assurée le 24 janvier 2019 dans lequel elle a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % depuis 2013 en tant que caissière ou employée polyvalente, par nécessité financière. L'OAI s'est également fait remettre périodiquement des copies du dossier constitué par J._____, assurance perte de gain en cas de maladie de l'employeur.

La Dre Z._____, spécialiste en rhumatologie, a répondu le 5 février 2019 à un questionnaire médical de l'OAI. Elle a indiqué suivre l'assurée depuis mai 2017 en raison d'arthralgies inflammatoires et a posé

le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative non érosive. Il fallait attendre que le traitement de fond fasse effet et d'autres traitements pouvaient être tentés en cas de résistance, de sorte que le pronostic était favorable. L'activité de caissière pourrait être reprise à moyen terme au taux habituel de 60 %, mais ne paraissait pas exigible au taux de 100 %. La spécialiste a joint ses rapports de consultation des 12 mai 2017, 23 janvier et 23 novembre 2018.

Entre-temps, des mesures d'intervention précoce ont été mises en place en janvier 2019, avec l'octroi de séances d'orientation professionnelle du 29 janvier au 1^{er} mars 2019 (cf. communication de l'OAI du 29 janvier 2019). Il en est ressorti que l'état de santé de l'assurée ne permettait pas d'établir un projet de réinsertion, les douleurs étant encore importantes au quotidien (cf. rapport de fin de mesure établi le 21 mars 2019 par [...]). En conséquence, l'OAI a mis fin aux mesures d'intervention précoce et a constaté que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant (cf. communication de l'OAI du 22 mars 2019).

La Dre P._____, médecin praticienne, a rempli un questionnaire médical détaillé UE/AELE le 23 mai 2019 et établi un rapport à l'attention de l'assurance perte de gain en cas de maladie le 30 mai 2019, dans lesquels elle a posé les diagnostics, notamment, de polyarthrite rhumatoïde séronégative, de probable spondylarthrite ankylosante à expression axiale et périphérique, ainsi que de trouble d'adaptation avec réaction dépressive. La patiente ne présentait pas de réponse thérapeutique et le travail restait impossible en raison des douleurs lombaires et coxo-fémorales qui ne lui permettaient pas de porter de poids, de rester en position assise ou debout, de se mettre en position accroupie ou agenouillée, de lever les bras ni de porter des objets. La médecin généraliste a joint les pièces médicales suivantes notamment :

- Un rapport d'analyse génétique HLA-B27 négatif.

- Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) des articulations sacro-iliaques du 12 avril 2019, concluant comme suit : « Légers stigmates de sacro-iliite antérosupérieure bilatérale à prédominance droite (stade pré-érosif à droite), une peu plus marquée à droite qu'en 2013, nouvelle à gauche. »
- Un rapport de consultation du 23 avril 2019 du Dr F._____, spécialiste en rhumatologie, posant l'hypothèse d'une spondylarthrite ankylosante avec atteinte axiale et périphérique.

Répondant le 24 mai 2019 à des questions complémentaires de l'OAI, la Dre Z._____ a confirmé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative non érosive. La patiente avait décidé de mettre fin au suivi lors de la consultation du 19 mars 2019. A cette occasion, l'intéressée présentait une périarthrite de hanche et avait indiqué qu'elle n'avait pas vu d'amélioration après une infiltration sous-acromiale au niveau de l'épaule droite, mais qu'elle avait globalement moins mal au niveau des petites articulations des mains après la troisième injection pour la polyarthrite rhumatoïde.

Le Dr F._____, spécialiste en rhumatologie, a rempli un questionnaire de l'OAI le 5 août 2019. Précisant qu'il suivait l'assurée depuis avril 2019 pour des rachialgies inflammatoires et des douleurs articulaires périphériques, il retenait l'hypothèse d'une probable spondylarthrite ankylosante HLA B27 négative en se fondant sur une IRM des sacro-iliaques positive et d'arthrites périphériques touchant les mains. Un traitement biologique de Cosentyx débuté en mai 2019 avait montré une bonne réponse au contrôle de juin 2019. L'atteinte entraînait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port ou de soulèvement de charges de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux avec le buste, pas d'activités fines avec les mains.

Dans un questionnaire médical de l'OAI rempli le 21 octobre 2019, la Dre P._____ a confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport et indiqué que l'assurée présentait de longue date des

douleurs polyarticulaires (mains, coudes, genoux, rachis lombaire et poignets) qui s'étaient péjorées en 2017. Plusieurs traitements de la polyarthrite rhumatoïde avaient été tentés sans succès. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 23 novembre 2018.

Le 25 novembre 2019, l'assurée a confirmé qu'elle n'était pas suivie sur le plan psychiatrique.

A la demande de J._____, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assurée le 5 novembre 2019 et rendu un rapport d'expertise - en langue allemande - le 9 décembre 2019, au terme duquel il a retenu que, sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 432.21) sans incidence sur la capacité de travail.

Également sur mandat de J._____, le Dr T._____, spécialiste en rhumatologie, a établi une évaluation sur dossier - aussi en langue allemande - le 18 décembre 2019, dans lequel il a constaté qu'il existait deux diagnostics différentiels objectivant les plaintes douloureuses de la personne assurée. Il confirmait ainsi une incapacité de travail de 100 % dans l'activité déployée auprès d'U._____ AG. Le pronostic était critique, dès lors que la situation n'avait pas pu être contrôlée. Il en allait de même dans une activité adaptée aux limitations.

Réinterrogé par l'OAI, le Dr F._____ a exposé le 20 janvier 2020 que l'évolution n'avait pas été favorable en raison d'une réponse médiocre au nouveau traitement instauré en 2019. La patiente avait en conséquence été adressée au Prof. W._____, spécialiste en rhumatologie et Chef du Service C._____ du Centre A._____, pour un second avis. Actuellement, la capacité de travail ne dépassait pas 50 % dans une activité adaptée en raison des synovites aux mains et aux pieds ainsi que d'un syndrome rachidien.

L'OAI a soumis de nouvelles questions à la Dre P._____. Celle-ci a répondu le 28 avril 2020 que les différents traitements avaient

peu d'effet et que l'assurée était handicapée dans sa vie quotidienne par les douleurs de la maladie et les effets secondaires des traitements, ce qui avait également un impact sur sa santé psychique. Les limitations fonctionnelles étaient directement liées à la maladie physique chronique, mais un suivi psychiatrique de soutien était prévu.

La Dre O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rempli un questionnaire médical de l'OAI le 3 août 2020. Précisant suivre l'assurée depuis mai 2020 à la quinzaine, elle a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21). La patiente présentait une péjoration de son état psychique en lien avec les myalgies et arthralgies permanentes, qui répondaient mal aux traitements et la confrontaient à de nombreux essais et échecs thérapeutiques. La psychiatre ne se prononçait pas sur la capacité de travail, renvoyant à cet égard aux conclusions de la médecin généraliste traitante.

Le Prof. W._____ a répondu aux questions de l'OAI le 31 août 2020, en indiquant qu'il n'y avait pas eu d'effet clair du Cosentyx. La patiente présentait des limitations au niveau du rachis, une sacro-iliite et des limitations aux articulations métacarpo-phalangiennes. Les travaux lourds ou mi-lourds étaient impossibles et il n'y avait pas d'activité adaptée en raison d'une fibromyalgie, d'un manque de ressources et d'une synovite persistante aux mains. Le spécialiste a joint un rapport d'IRM des deux mains du 5 août 2020 ainsi que son rapport de consultation du 29 juillet 2020, dans lequel il posait les diagnostics de syndrome douloureux chronique, possiblement secondaire, ainsi que de probable spondylarthropathie avec atteinte périphérique HLA-B27 négatif, en relevant que la patiente ne présentait plus d'inflammation claire sous traitement de Cosentyx mais qu'elle restait gênée par des douleurs diffuses et des symptômes neurovégétatifs importants et qu'elle remplissait clairement les critères d'une fibromyalgie, de sorte qu'il avait introduit un traitement ciblant la fibromyalgie.

Suivant l'avis émis le 11 septembre 2020 par le Dr B._____, médecin praticien auprès du Service médical régional de l'assurance-

invalidité (SMR), l'OAI a mandaté le centre d'expertises N._____ pour procéder à une expertise pluridisciplinaire. Les Drs K._____, médecin praticien, D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R._____, spécialiste en rhumatologie, ont déposé un rapport d'expertise pluridisciplinaire le 4 février 2021, auquel étaient jointes les expertises spécialisées de psychiatrie (Annexe 1), de médecine interne générale (Annexe 2) et de rhumatologie (Annexe 3), une synthèse du dossier (Annexe 4) ainsi que des pièces médicales obtenues directement par les experts, notamment les réponses données le 13 janvier 2021 par la Dre O._____ à des questions du Dr D._____. Consensuellement, les experts ont retenu comme incapacitant le seul diagnostic de fibromyalgie avec douleurs des mains, des pieds, des épaules, asthénie et troubles du sommeil (M79.7). Les limitations fonctionnelles étaient d'ordre rhumatologique, à savoir : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, port de charge limité à 5 kg proche du corps. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 22 novembre 2018. Dans une activité adaptée, la capacité de travail avait été nulle de novembre 2018 à juillet 2020 ; depuis la détermination du diagnostic de fibromyalgie en juillet 2020, la capacité de travail était de 100 % avec une baisse de rendement de 30 %. L'incapacité de travail était d'ordre rhumatologique, compte tenu de l'asthénie et des troubles du sommeil avec des critères de sévérité de la fibromyalgie à 8/12.

Prenant connaissance du rapport d'expertise, le Dr B._____ a retenu le 18 février 2021 que tous les critères formels de qualité étaient présents et que l'évaluation médico-asséculo-logique était cohérente et argumentée. Des précisions étaient cependant requises, notamment sur les dates de l'incapacité de travail. Dans leur complément du 1^{er} avril 2021, les experts ont indiqué, en particulier, que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès janvier 2020 en se référant au rapport du Dr F._____ du 23 janvier 2020. Le Dr B._____ s'est rallié aux conclusions des experts dans son rapport du 1^{er} juillet 2021, en retenant une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle depuis le 23 novembre 2018 et, dans une activité adaptée, une

incapacité de travail de 100 % du 23 novembre 2018 à décembre 2019, de 50 % de janvier à juin 2020 et de 30 % depuis juillet 2020.

Le 31 août 2021, le service de réadaptation de l'OAI s'est entretenu avec l'assurée puis a établi un rapport final reconnaissant que, sans l'atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à 100 % dès lors qu'elle effectuait régulièrement des heures supplémentaires pour son employeur, ainsi que des heures de ménage auprès d'autres employeurs. L'assurée a fourni des informations relatives aux heures supplémentaires et à ses activités annexes au moyen d'un formulaire complété le 23 septembre 2021, en joignant diverses pièces.

Le 12 octobre 2021, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision prévoyant l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2019 au 31 mars 2020 puis qu'une demi-rente du 1^{er} avril au 30 septembre 2020. Cette décision était fondée sur deux calculs du salaire exigible établis le même jour, tenant compte d'une capacité de travail résiduelle de 50 % puis de 70 %. Le revenu sans atteinte à la santé a été évalué à 63'208 fr., fondé sur le salaire mensuel contractuel de l'emploi principal versé en 2018 au taux de 60 %, additionné du revenu annuel perçu en 2018 pour l'activité accessoire, évalué à un taux d'activité de 8 %, puis calculé au taux de 100 % et indexé à 2020. Le revenu avec invalidité était calculé sur les statistiques 2018, adaptées à 2020, sans abattement supplémentaire. Il en résultait des degrés d'invalidité de 56 %, respectivement de 38 %. Dans un courrier séparé du même jour, l'OAI a octroyé une aide au placement à l'assurée.

L'assurée a fait part de ses objections au projet de décision par courrier de sa psychiatre du 27 octobre 2021, puis les 30 novembre, 6 décembre 2021, 7 et 20 janvier 2022 sous la plume de Me Gilles-Antoine Hofstetter. Elle contestait les résultats de l'expertise pluridisciplinaire, dans la mesure où ses médecins traitants confirmaient le diagnostic de spondylarthropathie, écartaient toute maladie somatoforme et évaluaient la capacité de travail exigible dans une activité adaptée à 50 % avec une baisse de rendement, depuis juin 2021. Elle relevait par ailleurs des

imprécisions, erreurs et incohérences, notamment dans le rapport de l'expert psychiatre, qui amenuisaient la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, de sorte qu'il fallait en ordonner une nouvelle. L'assurée critiquait également le calcul du degré d'invalidité, estimant qu'un abattement de 15 % aurait dû être déduit en raison de la constellation de troubles rhumatologiques et psychologiques, et faisait valoir que le droit à la rente entière devait débiter six mois après le dépôt de la demande. Elle a joint les pièces médicales suivantes :

- Un rapport établi le 17 novembre 2021, par lequel le Dr F. _____ attestait suivre l'assurée depuis avril 2019 en raison d'un rhumatisme inflammatoire sous forme de spondylarthropathie probable. Après plusieurs échecs de biothérapies, un nouveau traitement avait été initié en avril 2021 et avait apporté une amélioration partielle des douleurs, mais était resté sans effet significatif sur la baisse de rendement. Ce résultat rendait plausible l'hypothèse d'une spondylarthropathie concomitante à la fibromyalgie constatée par le Prof. W. _____ et l'expertise.
- Un rapport du 25 novembre 2021, dans lequel la Dre P. _____ s'étonnait que l'expertise n'ait pas retenu le diagnostic de rhumatisme inflammatoire sous forme de probable spondylarthropathie. Le diagnostic de fibromyalgie n'était pas retenu par la psychiatre traitante, tandis que l'amélioration après le nouveau traitement initié en avril 2021 rendait davantage plausible le diagnostic de rhumatisme inflammatoire. La Dre P. _____ en concluait que sa patiente ne présentait pas de maladie somatoforme, respectivement qu'une telle atteinte ne constituait pas le problème principal. Avec le nouveau traitement, une capacité de travail de 50 % pouvait être retenue dès juin 2021.
- Un rapport de la Dre O. _____ du 29 novembre 2021, s'étonnant du diagnostic de fibromyalgie retenu par les experts et exposant en particulier ce suit :

« La symptomatologie actuelle décrite par les somaticiens (la médecin généraliste et le rhumatologue), justifie tout à fait la douleur ressentie par la patiente. Cette dernière peut avoir un impact sur son état psychique, comme est observé. Mais malgré cela la symptomatologie actuelle ne réunit pas les critères pour aucun type de somatisation (ni d'un trouble somatoforme, ni d'une majoration de la symptomatologie somatique pour des raisons psychiatriques).

Lors des consultations, j'observe des comportements différents en fonction des douleurs, du jour, et du moment de la journée, parfois la patiente se déplace de la salle d'attente à la salle d'entretien avec des difficultés et présente des signes algiques durant les entretiens. Par contre, je ne relève pas de théâtralisme pendant les entretiens. La patiente cherche à trouver des solutions pour les douleurs. Elle présente d'ailleurs un sentiment d'impuissance important face à situation, c'est-à-dire, au fait d'avoir une réponse partielle au traitement médicamenteux de Taltz.

Lors de L'expertise psychiatrique du Dr D._____, dans la question 7.2, il mentionne que Madame X._____ n'est pas compliant au traitement d'amitriptyline, étant donnée les dosages plasmatiques de la molécule. Je précise que la patiente ne prend pas ce traitement depuis le 21 juillet 2020, en raison des effets secondaires, à savoir, une sédation importante. Dans ce contexte, il ne s'agit pas d'un manque de compliance, mais tout simplement que la patiente ne prend pas cette molécule.

Sur le plan psychiatrique, vu que je ne retiens pas un diagnostic psychiatrique impactant sur son incapacité de travail, celle-ci devrait être réévaluée plus en détail par son médecin rhumatologue. »

- Les réponses données le 15 décembre 2021 par le Dr F._____ à des questions de Me Hofstetter. Posant les diagnostics de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négative, d'état dépressif anamnestique et de possible fibromyalgie, le rhumatologue traitant exposait que la spondylarthrite ankylosante entraînait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 5 kg, positions statiques en porte-à-faux, position statique assise et activités fines avec les mains. Le traitement débuté en avril 2021 avait apporté une amélioration, ce qui contredisait les conclusions de l'expert rhumatologue de N._____. Il fallait en outre tenir compte du possible syndrome douloureux chronique secondaire mentionné par le Prof. W._____ ainsi que des comorbidités psychiatriques.
- Les réponses données le 4 janvier 2022 par la Dre P._____ aux questions de Me Hofstetter, dont il ressort que le traitement débuté

en avril 2021 avait apporté une amélioration moyenne au niveau des douleurs et des œdèmes articulaires. Des douleurs à l'épaule droite étaient en investigation et sous traitement conservateur. Depuis le 24 avril 2021, début du nouveau traitement, la capacité de travail de la patiente pouvait être estimée à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de poids supérieur à 5 kg, pas de position assise ou debout prolongée, pas de travail en levant les bras, pas de port d'objets. La patiente présentait un rhumatisme inflammatoire invalidant, diagnostiqué en 2017, ce qui était encore confirmé par l'amélioration constatée avec le nouveau traitement.

Ces nouvelles pièces médicales ont été transmises au SMR. Le Dr B. _____ a émis un avis le 25 mars 2022, concluant comme suit :

« CONCLUSION : Nous maintenons nos conclusions.

Les [rapports médicaux] produits dans le cadre de l'Audition relatent une amélioration subjective des douleurs mais ils ne font pas état d'une modification objective et significative de la situation médicale. Il y a une convergence entre les experts et les médecins de l'assurée pour retenir des empêchements en lien avec un état douloureux et une fatigue chroniques. Finalement, le taux de [capacité de travail dans une activité adaptée] retenu par les médecins traitants n'est pas si éloigné de la [capacité de travail dans une activité adaptée] de 70 % retenue par les experts.

Toutefois, seuls les experts se sont attachés à produire une évaluation consensuelle qui confronte les plaintes de l'assurée avec le constat objectif et à évaluer les [limitations fonctionnelles] et la [capacité de travail] à l'aune des indicateurs standards.

Nous maintenons donc la position issue de ce processus. »

Dans une prise de position du 4 avril 2022 réputée faire partie intégrante de la décision à rendre, l'OAI a relevé que les divergences sur le plan médical avaient été réfutées par le SMR dans son avis du 25 mars 2022 et qu'aucun abattement n'était justifié dès lors que le taux d'activité reconnu était de 100 % et que les limitations fonctionnelles étaient prises en compte dans la baisse de rendement de 30 %. En conséquence, l'assurée était informée que le projet de décision serait entièrement confirmé.

Par courriers des 4, 14 avril et 20 juin 2022, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait été hospitalisée du 15 au 23 mars 2022 au Service C._____ du Centre A._____ et a transmis les pièces médicales suivantes :

- La lettre de sortie établie le 29 mars 2022 par le Service C._____, dont il ressort que l'assurée a été hospitalisée après s'être présentée aux urgences en raison d'une recrudescence de lombopyalgies invalidantes. Le diagnostic principal de spondylarthrite ankylosante axiale et périphérique HLA B27 négatif était posé et un syndrome douloureux chronique était mentionné à titre de comorbidité. Une IRM du bassin du 8 février 2022 avait mis en évidence une sacro-iliite bilatérale et une infiltration effectuée le 9 mars 2022 avait apporté une amélioration durant quelques jours seulement. Durant le séjour, la patiente avait reçu une injection de Solumedrol, des antalgiques, des anti-inflammatoires et des myorelaxants, et l'évolution avait été rapidement favorable. A l'issue du séjour, malgré l'absence de critères biologiques ou radiologiques formels, face à des douleurs d'horaire inflammatoire, il était retenu une poussée de la spondylarthrite sans atteinte radiologique. Les médecins du Service C._____ préconisaient ainsi la poursuite inchangée du traitement de fond, en invitant le Dr F._____ à rapprocher les prises du traitement en raison de l'effet fin de dose et du taux résiduel indétectable ou à envisager un changement de molécule.
- Les réponses données le 5 avril 2022 par le Dr F._____ aux questions de Me Hofstetter, indiquant en particulier qu'une poussée du rhumatisme avait nécessité un séjour hospitalier du 15 au 23 mars 2022, que le traitement initié en avril 2021 se poursuivait et que la capacité de travail restait nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
- Une lettre de consultation établie le 16 mai 2022 par le Dr S._____, spécialiste en neurochirurgie, indiquant qu'un examen

IRM avait mis en évidence une sacro-iliite et que l'infiltration effectuée deux mois auparavant n'avait pas donné les effets attendus, la patiente ayant au contraire été hospitalisée en raison d'une aggravation des douleurs. La situation s'améliorait, mais restait physiquement et psychologiquement très pénible. Au niveau cervical, la symptomatologie était en partie attribuable à la problématique radiculaire C6 gauche sur hernie discale C5-C6, mais il y avait aussi une composante significative liée à la douleur au niveau de l'épaule et du coude, ce qui entrainait dans le contexte de l'arthrite et la poussée inflammatoire. Le spécialiste ne préconisait pas d'intervention chirurgicale en l'absence d'argument neurologique et proposait une infiltration péri-radiculaire C6 gauche.

A nouveau sollicité pour avis, le Dr B. _____ a conclu comme suit le 22 août 2022 :

« Après examen de ces rapports, nous ne trouvons pas d'éléments qui auraient été ignorés lors de l'expertise.

- Finalement, ces rapports ne contiennent pas d'informations démontrant une modification objective ou tangible de l'état de santé. L'hospitalisation était uniquement motivée par l'intensité des plaintes alléguées.
- Sur le plan médical, la seule critique à l'encontre de l'expertise concerne le cadre nosologique qui permettrait d'englober l'ensemble des plaintes de l'assurée (douleurs, fatigue etc...). Le Dr F. _____ retient une [spondylarthrite ankylosante] alors que l'expert estime que les doléances relèvent d'une Fibromyalgie.
- Sur ce point, le Dr F. _____ oppose que « la fibromyalgie (syndrome douloureux chronique) n'est pas considérée comme un diagnostic incapacitant » (1.5 [rapport médical] 19.04.22). Cette question nous apparaît plutôt relever du domaine juridique.
- Toutefois, nous constatons que, quel que soit le diagnostic visant à qualifier ce syndrome douloureux chronique, l'incapacité de travail résulte essentiellement sur les éléments subjectifs rapportés par l'assuré ; à savoir, des douleurs chroniques ubiquitaires et de la fatigue.
- L'ensemble de ces éléments subjectifs ont été recueillis par les experts. Par la suite, les experts se sont attachés à évaluer leurs impacts sur la [capacité de travail] en se fondant sur les indicateurs standards et en échangeant leurs points de vue afin d'établir une appréciation consensuelle.

- À aucun moment, les experts n'ont dénié des empêchements sur le simple motif qu'ils retenaient une Fibromyalgie. Au contraire, ils ont retenu des [limitations fonctionnelles], une [capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle et une baisse de rendement significative dans la [capacité de travail dans une activité adaptée].
- Dans ces conditions, la question du diagnostic principal ne nous apparaît pas déterminante dans l'appréciation de la [capacité de travail].

CONCLUSION. Ces rapports n'apportent pas d'éléments nouveaux ou qui auraient été ignorés lors de l'expertise. »

Par courriers des 22, 31 août, 15, 16 septembre, 3 octobre, 28, 29 novembre et 22 décembre 2022, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé s'aggravait sensiblement et qu'une intervention était prévue le 24 août 2022 par le Dr S. _____ en raison d'une hernie cervicale, ce qui entraînait une incapacité de travail totale sur le plan physique. Elle a joint les pièces médicales suivantes :

- Un rapport d'IRM du rachis cervical du 21 février 2022.
- Un rapport d'infiltrations sacro-iliaques bilatérales du 9 mars 2022.
- Un rapport d'infiltration facettaire C5-C6 gauche du 20 mai 2022.
- Une lettre de consultation du 23 août 2022, dans laquelle le Dr S. _____ exposait que l'infiltration de la facette articulaire C5-C6 effectuée en mai 2022 n'avait amélioré que transitoirement les symptômes, que l'IRM cervicale montrait un conflit biradiculaire C5-C6 expliquant les douleurs. La symptomatologie douloureuse cervicobrachiale gauche était particulièrement invalidante et entraînait une incapacité de travail complète. Après l'opération, il persisterait une incapacité de travail durant un mois, à réévaluer au contrôle postopératoire.
- Le protocole opératoire de l'intervention du 24 août 2022, établi par le Dr S. _____ le 5 septembre 2022.

- Les réponses données le 8 septembre 2022 par le Dr S._____ aux questions de Me Hofstetter, exposant que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle depuis novembre 2018 et qu'elle était actuellement nulle dans une activité adaptée, taux à réévaluer à la prochaine consultation.
- Une lettre de consultation du Dr S._____ du 27 septembre 2022, indiquant que l'évolution postopératoire était satisfaisante, avec une amélioration de la symptomatologie.

A la demande de l'OAI, la Dre Q._____, médecin praticien consultée par l'assurée dès février 2022, a remis un rapport le 19 décembre 2022, dans lequel elle a indiqué que l'assurée avait vu une diminution des douleurs aux membres supérieurs après son opération, mais qu'elle éprouvait toujours des difficultés pour effectuer des gestes simples, notamment pour faire sa toilette ou pour se vêtir, et qu'elle restait « en permanence algique » malgré le traitement rhumatologique. La capacité de travail demeurait nulle dans toute activité en raison des douleurs continues malgré les traitements rhumatologiques. La Dre Q._____ a joint en particulier la lettre de sortie établie le 29 août 2022 par le Dr S._____ et le rapport d'IRM des articulations sacro-iliaques du 8 février 2022, lequel concluait à une sacro-iliite focale bilatérale décrite comme suit : « Œdème sous-chondral du versant *sacré* antéro-supérieur de l'articulation sacro-iliaque droite ainsi que du versant iliaque antéro-inférieur de l'articulation sacro-iliaque gauche, à ce dernier niveau accompagné d'un discret remaniement érosif. »

Par courrier du 19 janvier 2023, l'assurée a fait valoir qu'elle présentait une invalidité totale en se fondant sur les réponses données le 13 janvier 2023 aux questions de Me Hofstetter par la Dre Q._____. Le médecin généraliste exposait que sa patiente présentait une spondyloarthropathie ankylosante, une fibromyalgie accompagnée d'un trouble anxio-dépressif et une dermatose d'origine médicamenteuse. Depuis l'intervention cervicale, les douleurs au membres supérieurs avaient diminué, mais l'exécution de certains gestes restait difficile, de même que

les mouvements répétitifs. Une seconde intervention au niveau lombaire serait programmée par le Dr S. _____ lorsque l'état actuel serait stabilisé. Sur le plan rhumatologique, le traitement avait été changé en janvier 2023 car le précédent ne faisait plus d'effet et avait provoqué une dermatose médicamenteuse. Un deuxième avis avait été sollicité. L'assurée était algique en permanence et souffrait également sur le plan psychique. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

Réinterrogé par le SMR, le Dr S. _____ a répondu le 26 avril 2023 qu'il avait revu la patiente pour un contrôle postopératoire le 16 janvier 2023 et qu'il prévoyait de la revoir en août 2023. Renvoyant pour le surplus à la médecin généraliste traitante, il a joint notamment un certificat médical du 16 janvier 2023 par lequel il attestait que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100 % du 16 mai 2022 au 16 janvier 2023 inclus.

Dans un avis du 6 juillet 2023, relevant que le Dr S. _____ n'avait pas répondu aux questions qui lui avaient été adressées, le Dr B. _____ du SMR a exposé en particulier ce qui suit :

« Or, nous relevons que lors de l'expertise, parmi toutes les douleurs alléguées, l'assurée rapportait déjà une symptomatologie assez proche d'une radiculopathie, avec une « douleur cervicale » (p22) et « des douleurs d'épaules avec une diminution de la force et de la sensibilité des membres supérieurs, irradiant dans les membres supérieurs de manière un peu moins intense, et la notion de lâchage d'objets, précisant avoir cassé un certain nombre de bouteilles sur son lieu de travail » (p14).

Toutefois, les symptômes étaient bilatéraux. L'examen neurologique ne retrouvait pas de topographie systématisée ni de signes neurologiques en faveur d'une radiculopathie (p18, p26).

Enfin, suite à cette intervention, une partie de ces douleurs auraient été soulagées. Dès lors, l'assuré a, pour le moins, retrouvé l'état de santé qui prévalait lors de l'expertise ou, pour le mieux, ces symptômes se sont améliorés. Dans les 2 cas, il nous apparaît que cet événement n'a pas d'incidence sur la capacité de travail.

CONCLUSION. Nous maintenons nos conclusions.

Les rapports médicaux produits dans le cadre de l'Audition, n'apportent pas d'informations qui témoigneraient d'une péjoration significative et durable de l'état de santé par rapport à celui qui prévalait lors de l'expertise. »

Dans une prise de position du 7 juillet 2023 réputée faire partie intégrante de la décision à venir, l'OAI a informé l'assurée qu'il se ralliait à l'avis du SMR du 6 juillet 2023 s'agissant de la capacité de travail et qu'un abattement de 15 % sur le revenu statistique ne se justifiait pas dès lors que les limitations fonctionnelles retenues étaient relativement faibles et déjà prises en compte dans la capacité de travail réduite de 70 %. Il relevait en outre que le droit à la rente pouvait naître au plus tôt le 1^{er} novembre 2019, compte tenu du début de l'incapacité de travail fixée au 22 novembre 2018. En conséquence, le projet de décision du 12 octobre 2021 était maintenu.

Par décision du 20 octobre 2023, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2019 au 31 mars 2020 puis une demi-rente du 1^{er} avril 2020 au 30 septembre 2020, ainsi que des rentes pour enfant liées.

C. Toujours représentée par Me Hofstetter, X._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 6 décembre 2023, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée à compter du 1^{er} novembre 2019, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Requérant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire incluant les volets rhumatologique et algique/antalgique, elle s'est fondée sur les rapports médicaux établis les 23 août et 8 septembre 2022 par le Drs S._____, le 15 décembre 2021 par le Dr F._____, les 12 août 2022 et 5 novembre 2023 par la Dre O._____, les 20 décembre 2022 et 14 janvier 2023 par la Dre Q._____, pièces médicales qui démontraient qu'elle présentait une constellation de troubles d'ordre tant physique que psychique qui devaient amener à considérer qu'aucune capacité de travail n'était exigible, même dans le cadre d'une activité en atelier protégé. Elle a joint en particulier les rapports suivants :

- Un rapport de la Dre O. _____ du 12 août 2022, faisant état d'une péjoration de l'état psychique de la recourante en raison d'un découragement face à sa situation de santé en général, influencé négativement par l'incertitude de la procédure d'AI et la non-reconnaissance de son invalidité. Des idées noires et des idées suicidaires étaient apparues en mai 2022, en lien avec la recrudescence des douleurs, rendant nécessaire l'ajustement de sa médication. La Dre O. _____ a décrit le status et posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. S'agissant des limitations fonctionnelles, la patiente présentait des limitations d'ordre psychique modérées à significatives dans la plupart des domaines et une incapacité de travail de 100 %.

- Un rapport de la Dre O. _____ du 5 novembre 2023, faisant état d'une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante depuis août 2022, devenant inquiétante depuis juin 2023 en raison de l'apparition d'une idéation suicidaire. La patiente présentait une thymie abaissée, une angoisse et une anxiété, de l'irritabilité, une diminution de l'attention et de la concentration, une très faible estime de soi et confiance en soi, un sentiment de culpabilité et de dévalorisation important. Une diminution de l'appétit avait entraîné une perte pondérale. L'intéressée mettait cette péjoration en lien avec la dégradation de sa santé physique et l'attente de la décision d'AI, entraînant des difficultés financières et de la tension dans ses relations avec son mari. L'incapacité de travail restait donc de 100 % dans toute activité et le pronostic était réservé.

Répondant le 18 janvier 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours en se fondant sur un nouvel avis du SMR du 12 janvier 2024, joint à son écriture. Dans cet avis, le Dr B. _____ exposait que le courrier du Dr S. _____ à Me Hofstetter du 8 septembre 2022 était uniquement orienté vers l'aspect médico-asséculo-logique et ne contenait pas de critique médicale de l'expertise multidisciplinaire. Quant aux deux derniers rapports de la Dre O. _____, ils ne contenaient pas non plus de critique directe envers l'expertise et faisaient plutôt état d'une péjoration de l'état

de santé survenue courant 2022, postérieurement au projet de décision. Le Dr B._____ ne voyait cependant pas de changement objectif ou tangible par rapport à la situation décrite par la psychiatre traitante en août 2020. Il n'y avait pas eu d'hospitalisation en psychiatrie ou d'autre mesure de mise à l'abri. Le traitement antidépresseur avait subi peu de changements depuis juillet 2020, la réflexion pour un changement n'ayant été engagée qu'en novembre 2023. Seul le traitement des troubles du sommeil avait connu une véritable modification. Enfin, l'évaluation de l'incapacité de travail par la Dre O._____ procédait d'une approche bio-psycho-sociale, contrairement aux évaluations du Dr L._____ en 2019 et du Dr D._____ en 2021. En conséquence, le SMR maintenait ses conclusions, faute d'éléments objectifs ou tangibles qui n'auraient pas été pris en compte lors de l'expertise.

L'assurée a répliqué le 26 avril 2024. Confirmant ses conclusions, elle a rappelé que l'expertise sur laquelle l'intimé et le SMR fondaient leur position datait de plus de trois ans. Depuis, son état de santé s'était largement dégradé et avait nécessité une intervention chirurgicale, ce qui était attesté par l'ensemble des médecins traitants. Elle remettait par ailleurs en question la compétence du Dr B._____ pour évaluer son état de santé psychique, dès lors qu'il n'était pas spécialiste en la matière, et s'est référée à une prise de position de la Dre O._____ du 13 mars 2024 sur le dernier avis SMR. Dans cet écrit, la Dre O._____ a répété que la situation psychique de la recourante s'était aggravée entre août 2022 et novembre 2023 quand bien même le diagnostic était resté le même, précisant qu'un suivi ambulatoire de crise avait été privilégié à une hospitalisation potentiellement traumatisante, que la médication avait été augmentée en août 2022 puis changée en novembre 2023 et qu'une psychothérapie cognitivo-comportementale avait été mise en place. Elle a par ailleurs relevé que les limitations fonctionnelles décrites en août 2022 étaient clairement liées à l'état psychique et fondées sur une base biomédicale, qu'elle n'avait pas délivré d'arrêt de travail avant cette date et que les symptômes existant depuis 2022 n'étaient pas présents lors de l'expertise de 2021.

Dans sa duplique du 20 juin 2024, l'intimé a confirmé sa position en s'appuyant sur un nouvel avis du SMR daté du 4 juin 2024. Par cet avis, le SMR maintenait qu'il n'y avait pas d'élément consistant ou objectif d'un changement de l'état de santé depuis l'expertise. Le Dr B._____ exposait que le dernier rapport de la psychiatre traitante ne se positionnait pas sur les expertises psychiatriques précédentes, qu'elle faisait état d'une aggravation de l'épisode dépressif sans classification diagnostique, que le diagnostic posé n'était pas étayé et que les plaintes relayées étaient inchangées depuis l'expertise du Dr D._____ à tout le moins. L'apparition d'idées suicidaires ne constituait pas en soit un signe de gravité et l'absence de démarche de mise à l'abri montrait que ces idées n'étaient pas liées à un risque de tentamen. La démarche thérapeutique était restée la même, tandis que la médication n'avait été modifiée que 15 mois après la survenue de la péjoration alléguée. Enfin, lorsqu'elle évaluait la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, la Dre O._____ donnait une large part aux douleurs physiques et aux atteintes somatiques et évoquait également le « contexte de vie ».

La recourante a déposé des déterminations le 5 novembre 2024. Confirmant les conclusions de son recours, elle a fait valoir que l'avis du Dr B._____ ne résistait pas à l'analyse en se référant à un nouveau rapport établi par la Dre O._____ le 22 octobre 2024. Dans cet écrit, la psychiatre traitante a répété que l'état de santé psychique de sa patiente s'était péjoré entre 2022 et 2023. Elle a rectifié son diagnostic en ce sens que l'intéressée présentait un épisode dépressif (F32.2) et a répondu point par point aux remarques du Dr B._____. Elle a exposé en particulier que le changement de médication avait été retardé notamment pour éviter d'éventuelles interférences avec un changement du traitement somatique. La capacité de travail était nulle en raison de l'état de santé psychique, pour des motifs biomédicaux liés à la dépression, et non uniquement en raison du contexte de vie. Le contexte de vie était mentionné pour expliquer que la patiente ne disposait pas de ressource externe. La Dre O._____ concluait comme suit :

« En conclusion, Madame X._____ présente un état de santé délicat, avec un pronostic réservé. La patiente présente une anhédonie, une

aboulie et une perte de l'élan vital, un isolement social très important, y compris à la maison, une augmentation de l'anxiété et de l'irritabilité, parfois des moments d'agitation motrice, une fatigue beaucoup plus importante, une tristesse qui est toujours présente, ainsi que le trouble de la concentration, attention et mémoire.

L'estime de soi est pareil, par contre, j'observe une immobilisation totale de la personne, avec des idées mélancoliques, absence de réactivité de l'humeur à des événements positifs ou agréables, et des crises d'angoisse. Elle mentionne une perte totale de libido. Les insomnies sont toujours présentes, difficulté d'endormissement et réveils précoces le matin. Une aggravation des idées suicidaires est également remarquée, elles sont plus actives et avec un projet plus concret. Selon elle, la vie se résume à une énorme souffrance physique et psychique, cette souffrance la remplit, et c'est insupportable pour elle de continuer. Énorme sentiment de culpabilité et d'injustice, de non-reconnaissance de sa souffrance.

Il est important également de relever que l'état de santé de Madame X. _____ a un grand impact sur la relation du couple, qui se dégrade depuis un moment. Elle se sent incomprise, et dit que son mari ne reconnaît pas sa souffrance. Son mari a des attentes qu'elle n'arrive pas à répondre. C'est aussi un aspect qui la rend désespérée.

Madame O. _____ évoque aussi une augmentation des douleurs. À ce propos, je suis consciente et j'observe que l'aspect psychologique joue probablement un rôle amplificateur dans la perception douloureuse. À savoir qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant est exclu.

Il est vrai que son état de santé psychique était déjà sévère, mais s'est quand même péjoré.

Malgré cette péjoration, je suis persuadée que le suivi psychiatrique et psychothérapeutique a été et est primordial. »

L'intimé a déposé des déterminations le 9 décembre 2024, confirmant sa position en se fondant sur une dernière analyse du SMR du 5 décembre 2024. Le Dr B. _____ concluait comme suit :

« DISCUSSION.

1- Ce dernier rapport de la Dresse O. _____ vient essentiellement répondre aux points que nous avons soulevé dans notre avis SMR du 4. 6.24.

2- Finalement, la Dresse O. _____ convient que sa première appréciation en 2020 quant à une [incapacité de travail] totale, relevait plutôt d'un modèle biopsychosocial, et confirme que l'assurée n'avait pas d'atteinte psychiatrique incapacitante à cette même époque.

3- La Dresse O. _____ indique aussi que le diagnostic qui soutient cette péjoration n'est pas un trouble dépressif récurrent, mais plutôt un épisode dépressif sévère qui serait survenu au printemps 2022, et qui se péjorerait en continu depuis cette date malgré les soins prodigués.

4-La Dresse O. _____ apporte de nouvelles informations, plutôt précises et circonstanciées, pour expliquer les délais dans les

adaptations thérapeutiques intervenus face à cette évolution de l'état de santé.

5-Toutefois, ces mêmes indications révèlent que l'état psychique en question n'a jamais atteint un tel degré de gravité, que la Dresse O. _____ soit obligée de passer le relai à un services d'Urgences-Crises psychiatriques pendant son congé maternité, ni même de mener un ajustement du traitement avant son retour du dit congé (p3).

6- Dès lors, ce rapport échoue à apporter des éléments consistants qui rendraient plausibles une intensification thérapeutique face à une grave péjoration de l'état de santé dans ce contexte particulier de litige asséculoologique.

CONCLUSION. Ce dernier rapport n'apporte aucun élément objectif. »

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 droit de la recourante à une rente d'invalidité plus étendue que celle qui lui a été allouée par l'intimé, singulièrement sur sa capacité de travail.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er}

janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Tel est le cas en l'espèce. La demande ayant été déposée en novembre 2018 en lien avec une incapacité de travail débuté durant ce même mois, le droit à la rente pouvait prendre naissance au plus tôt le 1^{er} novembre 2019 comme l'a retenu l'intimé dans la décision litigieuse.

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.

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi,

le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

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 LPGGA).

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

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore

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

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

b) 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).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

5. En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle depuis novembre 2018, mais qu'elle avait recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % dès janvier 2020 puis de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %, dès juillet 2020. Ce constat s'appuyait en particulier sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de N. _____ du 4 février 2021, complété et précisé le 1^{er} avril 2020.

a) La recourante a produit de nouveaux rapports médicaux avec ses diverses écritures.

Conformément à la jurisprudence, le juge doit prendre en compte les faits survenus postérieurement à la décision administrative litigieuse dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation de la situation au moment où ladite décision a été prise (ATF 118 V 200 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3 ; 9C_47/2022 consid. 5.1.2). En conséquence, lesdits rapports seront pris en compte pour autant qu'ils se rapportent à l'évolution de l'état de santé de la recourante jusqu'à la notification de la décision litigieuse.

b) Dans sa réplique, la recourante a critiqué le fait que l'intimé s'est appuyé sur les avis du Dr B. _____ du SMR, alors que ce médecin ne dispose pas d'une spécialisation en psychiatrie.

Ce grief doit être écarté. En effet, le SMR a été sollicité par l'intimé pour donner des avis médicaux, lesquels constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne

contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Dans ce contexte, les médecins du SMR n'ont pas besoin de compétences de spécialiste dès lors que les compétences dévolues au SMR consistent notamment à évaluer l'intégralité d'un dossier (9C_933/2012 consid. 4.2 ; 9C_639/2018 consid. 4.1). Un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (9C_233/2024 du 27 juin 2024 consid. 5.3 ; 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid.2.1 ; 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3). En l'occurrence, le Dr B._____ est inscrit sur la plateforme des professions de la santé en tant que médecin praticien au bénéfice d'une reconnaissance de son diplôme étranger. Il dispose ainsi d'une formation médicale suffisante pour pratiquer la médecine générale en Suisse et, partant, fournir des avis pertinents sur les pièces médicales qui lui sont soumises. Il n'en demeure pas moins qu'une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

c) Pour poser leurs conclusions, les experts de N._____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. synthèse du dossier, annexe 4 du rapport d'expertise), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné la requérante depuis novembre 2018, ainsi que les pièces médicales antérieures fournies avec la demande de détection précoce en décembre 2012. Les experts ont chacun examiné

l'intéressée et établi un rapport portant sur leur spécialité respective (annexes 1 à 3 du rapport d'expertise). Les trois rapports comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec la recourante, incluant ses déclarations spontanées, des anamnèses familiale, sociale, scolaire et professionnelle, les antécédents médicaux ainsi qu'une description de sa journée-type (ch. 3 des expertises spécialisées) et, d'autre part, les observations, les informations éventuelles fournies par des tiers, les diagnostics, une évaluation médicale et médico-assurantielle et les réponses de l'expert aux questions soumises par l'intimé (ch. 4 à 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle (ch. 4 du rapport d'expertise) propose une synthèse étayée de la situation médicale de la recourante. Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en matière de valeur probante.

Dans ses objections au projet de décision de l'intimé, la recourante a d'emblée fait valoir que des imprécisions, erreurs et incohérences amenuisaient la valeur probante de cette expertise, voire démontraient une certaine prévention de la part de l'expert psychiatre. Elle n'a cependant cité que deux éléments de l'expertise psychiatrique, à savoir l'utilisation d'un mauvais nom pour la désigner ainsi que les constats relatifs à la compliance à la médication. On ne voit cependant pas en quoi le fait de s'être trompé de nom à une reprise dans le rapport pourrait signifier que l'entier du rapport de l'expert psychiatre concernerait une autre assurée. Si tel était le cas, l'anamnèse serait entièrement erronée, ce que la recourante n'affirme pas. Quant à la compliance à la médication, l'expert a noté dans l'anamnèse les déclarations de l'intéressée sur ce point, à savoir qu'elle prenait Duloxetine 60 mg, un comprimé le matin depuis septembre 2020, et Laroxyl 40 mg, 15 gouttes le soir. Il a par ailleurs disposé, notamment, d'un rapport établi le 3 août 2020 par la Dre O._____, où il était mentionné que la recourante avait pris de l'Escitalopram de décembre 2018 à juillet 2020 puis qu'elle n'avait pas toléré le changement pour une molécule de type Amitriptyline, de sorte qu'elle prenait depuis le 21 juillet 2020 de la Duloxetine 30 mg avec une bonne tolérance pour l'instant. Cela étant, l'expert a fait procéder à un test sanguin portant sur les molécules

d'Amitriptyline et de Duloxetine, dont il ressort que la première était présente à un taux faible qui suggérait une adhésion médicamenteuse fluctuante tandis que le dosage de la seconde était compatible avec une bonne compliance le jour de la prise de sang. Si l'on peut s'interroger sur l'utilité du dosage sanguin de l'Amitriptyline alors que l'expertisée et son psychiatre ont indiqué de manière concordante qu'il n'était plus prescrit depuis plusieurs mois, il n'en demeure pas moins que l'expert s'est limité à présenter le résultat du laboratoire, sans la commenter. La compliance au traitement n'est ainsi pas un critère utilisé pour poser le diagnostic, ni mentionnée dans l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité. L'expert psychiatre n'a par ailleurs émis aucune recommandation particulière quant à la poursuite du traitement. En conséquence, les critiques de la recourante sur d'éventuelles erreurs, imprécisions de l'expertise ou prévention des experts peuvent être écartées. Cela étant, il convient d'examiner les griefs émis par l'intéressée à l'égard du résultat de l'expertise.

6. Sur le plan somatique, l'expert en médecine interne a mentionné trois diagnostics, mais considéré qu'aucun n'était incapacitant. Pour sa part, l'expert en rhumatologie a uniquement posé le diagnostic incapacitant de fibromyalgie avec douleurs des mains, des pieds, des épaules, asthénie et troubles du sommeil (M79.7) et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, port de charge limité à 5 kg proche du corps. La recourante n'a pas remis en cause les conclusions de l'expert en médecine interne mais s'est prévaluée des rapports de ses médecins traitants pour contester les conclusions de l'expertise rhumatologique.

a) Dans ses objections au projet de décision de l'intimé, la recourante a d'abord contesté le diagnostic unique posé par l'expert en rhumatologie, à savoir une fibromyalgie avec douleurs des mains, des pieds, des épaules, asthénie et troubles du sommeil, M79.7, en opposant les conclusions des rhumatologues qu'elle a consultés dès 2017.

A ce propos, il apparaît certaines divergences entre les différents spécialistes consultés. En effet, la Dre Z. _____ a posé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative non érosive dans ses rapports des 5 février et 24 mai 2019, tandis que le Dr F. _____, qui a repris le suivi rhumatologique dès avril 2019, n'a pas confirmé ce diagnostic et a posé l'hypothèse d'une autre atteinte rhumatologique, à savoir une « probable » spondylarthrite ankylosante HLA B27 négative avec atteinte axiale et périphérique. L'assurance perte de gain a alors sollicité un avis sur dossier auprès du Dr T. _____, lequel s'est limité à indiquer dans son rapport du 18 décembre 2019 qu'il s'agissait de diagnostics différentiels permettant d'objectiver les plaintes, et ne s'est donc pas prononcé sur cette question. Le Dr F. _____ a ensuite adressé la recourante au Prof. W. _____ pour second avis. Ce dernier a posé comme diagnostic principal un syndrome douloureux chronique, également désigné comme fibromyalgie dans ses rapports des 5 et 31 août 2020, et n'a pas confirmé la notion de spondylarthropathie, en mentionnant ce diagnostic comme « probable ».

Or, le Dr R. _____ a conclu à une fibromyalgie, comme le Prof. W. _____, et a réfuté les deux autres diagnostics évoqués par les rhumatologues traitants en indiquant les motifs qui l'amenaient à ce résultat au ch. 7.1 de son rapport. Il a relevé qu'il y avait eu des consultations rhumatologiques déjà en 2012, avec des douleurs diffuses dans un contexte de stress et de syndrome anxiodépressif, que la Dre Z. _____ avait posé en 2017 le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative malgré des examens complémentaires négatifs, que le Dr F. _____ avait fondé son diagnostic de spondylopathie en 2019 sur la base d'une IRM des sacro-iliaques montrant peu d'anomalies et ne répondant pas aux critères diagnostics d'une telle atteinte. L'expert a en outre exposé les éléments qui plaidaient en faveur du diagnostic de fibromyalgie, en lien avec les plaintes douloureuses et l'absence de signe clinique inflammatoire. Peu après le dépôt de cette expertise, le Dr F. _____ a établi des rapports dans lesquels il posait formellement le diagnostic de spondylarthrite et évoquait une « possible » fibromyalgie « selon le Professeur W. _____ du Centre A. _____ » (cf. notamment

rapports des 15 décembre 2021 et 5 avril 2022), mais n'a opposé aucune argumentation d'ordre médical à l'évaluation diagnostique de l'expert en rhumatologie, notamment en ce qui concerne les critères médicaux internationaux mentionnés par celui-ci. Par ailleurs, quand bien même le Service C._____ du Centre A._____ - dirigé par le Prof. W._____ - a mentionné dans la lettre de sortie établie le 29 mars 2022 après l'hospitalisation de la recourante, la spondylarthrite ankylosante comme diagnostic principal et le syndrome douloureux chronique en tant que comorbidité, il ressort cependant de la discussion du cas que le bilan biologique ne relevait pas de syndrome inflammatoire et que les deux IRM récentes du bassin retrouvaient des « anomalies aspécifiques des sacro-iliaques ». Ainsi, il était retenu une poussée de la spondylarthrite « malgré l'absence de critères biologique ou radiologique formel, face à des douleurs d'horaire inflammatoire ». Il convient ainsi de constater que, sur le plan diagnostique, l'expertise rhumatologique n'est pas sérieusement remise en question par les médecins traitants, qui n'étaient pas leurs diagnostics en s'appuyant sur des critères reconnus. Le Dr B._____ du SMR a d'ailleurs relevé, dans son avis du 22 août 2022, que le Dr F._____ s'opposait aux résultats de l'expertise rhumatologique sur la prémisse erronée que le diagnostic de fibromyalgie ne serait pas incapacitant, alors qu'il fondait son évaluation de la capacité de travail essentiellement sur les plaintes subjectives de la recourante, à savoir des douleurs chroniques ubiquitaires et de la fatigue.

Au demeurant, il convient de rappeler que, de jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). En l'occurrence, le Dr R._____ a posé un diagnostic rhumatologique qui explique les plaintes douloureuses de la recourante et a déterminé l'impact de cette atteinte sur la capacité de travail de l'intéressée. Il a procédé à une évaluation des capacités, ressources et difficultés de la recourante en reprenant les critères posés par la

jurisprudence en cas de fibromyalgie. Il a ainsi noté qu'elle effectuait peu de geste dans sa vie quotidienne, mais qu'elle pouvait sortir son chien tous les jours, allait marcher 30 minutes tous les deux jours et pouvait faire quelques courses à proximité, mais qu'elle était perpétuellement stressée et anxieuse et qu'il lui arrivait de rester allongée toute la journée. Il a par ailleurs déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, port de charges limité à 5 kg proche du corps. Sur cette base, il a reconnu, au même titre que les médecins traitants, que la recourante présentait une incapacité de travail totale et définitive dans son ancienne activité depuis novembre 2018. Il a considéré en revanche qu'une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique, avec une baisse de rendement de 30 % compte tenu de l'asthénie et des troubles du sommeil avec des critères de sévérité de la fibromyalgie à 8/12, depuis juillet 2020, époque où le diagnostic de fibromyalgie a été posé et un traitement mis en place. Auparavant, compte tenu des nombreux autres traitements reçus sans véritable efficacité, la capacité de travail dans une activité adaptée était nulle jusqu'en décembre 2019 puis de 50 % de janvier à juillet 2020, les experts s'étant finalement ralliés pour cette période au rapport du Dr F. _____ du 20 janvier 2020.

Pour sa part, le Dr F. _____ a évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % dans son rapport du 20 janvier 2020 en motivant la réduction du taux par l'existence de signes cliniques d'inflammation (synovites) et d'un syndrome rachidien. Il a ensuite confirmé ce taux dans ses rapports des 17 novembre et 15 décembre 2021 malgré le constat d'une amélioration de l'état de santé après l'introduction d'un nouveau traitement en avril 2021, en évoquant la baisse de rendement liée à la fatigue chronique qui persistait. Interrogée à la même époque, la Dre P. _____ fixait également la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 %, sans l'argumenter (cf. rapports des 25 novembre 2021 et 4 janvier 2022). Cela étant, comme l'a relevé le Dr B. _____ du SMR dans son avis du 22 août 2022, l'évaluation de la capacité de travail de la recourante repose essentiellement sur ses

plaintes subjectives. Dans ce contexte, la divergence entre l'expert de N. _____ et les médecins traitants constitue une appréciation différente de la même situation. Or, contrairement aux médecins traitants, le Dr R. _____ a procédé à son évaluation en tenant compte des données objectives - incluant un examen de la cohérence et de la plausibilité -, ainsi que des capacités, ressources et difficultés rencontrées par la recourante. Il convient dès lors de se rallier à l'appréciation de l'expert en rhumatologie.

b) Dans un second temps, la recourante s'est prévaluée d'une aggravation de son état de santé somatique postérieurement à l'expertise de N. _____, en lien avec son hospitalisation en mars 2022 puis avec les rapports du Dr S. _____. Elle a également versé deux rapports médicaux de la Dre Q. _____, médecin généraliste qui a repris son suivi dès février 2022.

Concernant l'hospitalisation de mars 2022, la lettre de sortie a mentionné une évolution rapidement favorable au cours de l'hospitalisation, de sorte que l'on peut tout au plus admettre une aggravation provisoire, de moins de trois mois, puis le retour à la situation telle qu'elle se présentait au moment de l'expertise de N. _____.

Pour sa part, le Dr S. _____ a vu la patiente une première fois en mai 2022 et a constaté que la symptomatologie douloureuse au niveau cervical pouvait être attribuée en partie à une problématique radiculaire C6 gauche sur une hernie discale C5-C6. Il n'y avait toutefois pas d'argument pour une intervention chirurgicale, une infiltration péri-radiculaire C6 gauche étant préconisée. Ce médecin confirmait par ailleurs que l'amélioration des douleurs rhumatismales s'était maintenue depuis l'hospitalisation. Puis, constatant que l'infiltration effectuée le 20 mai 2022 n'avait amené qu'une amélioration provisoire, il avait procédé à une intervention chirurgicale le 24 août 2022. Il ressort des rapports établis par le Dr S. _____ les 8 et 27 septembre 2022 que l'évolution postopératoire a été favorable et que la symptomatologie s'est immédiatement améliorée. Le neurochirurgien a ensuite attesté le 16 janvier 2023 que sa

patiente présentait une incapacité de travail dans toutes activités depuis le 16 mai 2022, sans étayer cette appréciation. Réinterrogé par le SMR, ce spécialiste s'est limité à renvoyer, en avril 2023, à ses écrits de septembre 2022 et janvier 2023, ainsi qu'à l'avis de la médecin généraliste. Or, la Dre Q._____ a confirmé dans ses rapports de décembre 2022 et janvier 2023 que l'intervention sur les cervicales avait apporté une amélioration des douleurs aux membres supérieurs. Il faut ainsi constater avec le Dr B._____ du SMR que les douleurs liées à la radiculopathie existaient déjà au moment de l'expertise et ont été prises en compte par les experts de N._____ même si l'examen neurologique n'avait pas montré d'argument en faveur d'une radiculopathie, et qu'après l'intervention du Dr S._____, la recourante avait « pour le moins retrouvé l'état de santé qui prévalait au moment de cette expertise » ou « pour le mieux » ressenti une amélioration des symptômes (cf. avis SMR du 6 juillet 2023). Ainsi, il faut constater que le diagnostic nouveau posé par le Dr S._____ en mai 2022 n'est pas de nature à remettre en cause la capacité de travail retenue par les experts en février 2021, hormis une incapacité de travail passagère dans les suites postopératoires.

S'agissant enfin des rapports établis par les Drs Q._____ en décembre 2022 et janvier 2023, il est fait état d'un nouveau changement de molécule pour le traitement rhumatologique en raison d'un manque d'efficacité et du développement d'une dermatose médicamenteuse, situation qui avait en outre amené la patiente à vouloir changer de rhumatologue traitant. La médecin généraliste a décrit une patiente en permanence algique malgré le traitement mais a limité ses constats médicaux aux plaintes subjectives exprimées par l'intéressée. Sans oublier qu'il est admis de jurisprudence constante de tenir compte de l'influence de la relation et du rapport de confiance noués entre le patient et son thérapeute (cf. consid. 3c ci-dessus), il faut constater que ces deux rapports n'objectivent pas d'aggravation de l'état de santé ou de modification des limitations fonctionnelles par rapport à la situation prise en compte par les experts.

En conséquence, il n'apparaît pas que l'état de santé somatique de la recourante se soit modifié de manière déterminante entre l'évaluation des experts de N._____, début 2021, et la notification de la décision litigieuse.

7. Sur le plan psychiatrique, l'expert de N._____ a posé le diagnostic non incapacitant de trouble anxiodépressif mixte, F41.2.

a) Avec ses objections au projet de décision, la recourante a fourni un rapport de la Dre O._____ du 29 novembre 2021. La psychiatre traitante critiquait les conclusions de l'expertise de N._____, tout en admettant qu'elle ne retenait pas de diagnostic psychiatrique incapacitant. Elle estimait en substance que sa patiente ne présentait pas d'éléments laissant supposer l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, pendant psychiatrique de la fibromyalgie, ou de tout autre type de somatisation. On peut relever que la Dre O._____ avait répondu le 13 janvier 2021 aux questions posées par le Dr D._____ en mentionnant le diagnostic non incapacitant de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, F43.21, avec la précision que les critères diagnostics pour un épisode dépressif n'étaient pas remplis.

Il convient de rappeler à cet égard que, si le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, cette atteinte est considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques. Le Tribunal fédéral a ainsi considéré qu'il se justifiait sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles (TF 9C_808/2019 du 18 août 2019 consid. 5.2). Dans ce contexte, une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaissait donc la mesure pour établir de manière objective si l'assuré présentait un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne pouvait plus du tout ou seulement partiellement être exigible

de sa part (TF 9C_701/2020 du 6 septembre 2020 consid. 4.1). En l'occurrence, comme exposé ci-dessus (consid. 6), l'expert en rhumatologie a posé le diagnostic de fibromyalgie. Il y a associé des limitations d'ordre physique (limitations fonctionnelles) et psychiques (baisse de rendement due à l'asthénie et aux troubles du sommeil), après avoir examiné les divers critères préconisés par la jurisprudence. Bien qu'il ait écarté le diagnostic de trouble somatoforme – rejoignant sur ce point l'appréciation de la psychiatre traitante –, l'expert en psychiatrie a retenu l'existence d'un autre trouble psychiatrique et a examiné lui aussi les critères posés par la jurisprudence pour évaluer la capacité de travail en cas d'atteinte psychiatrique, pour conclure à l'absence de limitations en relation avec son diagnostic. Il n'en demeure pas moins qu'au terme de l'évaluation interdisciplinaire, les trois experts de N._____ ont émis un avis consensuel reprenant les conclusions du Dr R._____, ce qui a pour corollaire que l'expert en psychiatrie s'est rallié aux conclusions de l'expert en rhumatologie sur l'existence d'une fibromyalgie et les conséquences de cette atteinte sur la capacité de travail de la recourante.

b) En procédure de recours, l'intéressée a fait valoir que son état de santé psychique s'était péjoré postérieurement à l'expertise de N._____ et a produit des rapports de la Dre O._____ datés des 12 août 2022 et 5 novembre 2023. Le premier évoquait une péjoration progressive dès mars 2022 et une situation devenant inquiétante en mai 2022, tandis que le second mentionnait une péjoration clairement perceptible en août 2022 et une situation devenant inquiétante en juin 2023. Dans les deux cas, la psychiatre traitante a évoqué l'apparition d'idées noires et d'une idéation suicidaire, ainsi que des limitations modérées à significatives dans plusieurs domaines entraînant une incapacité de travail totale sur le plan psychique. Cette péjoration était mise en relation avec la recrudescence des douleurs et la non-reconnaissance de son invalidité.

Il convient en premier lieu de relever que le rapport daté du 12 août 2022 n'a jamais été produit avant le dépôt du recours. Me Hofstetter a indiqué à ce propos dans son mémoire de recours que la Dre O._____ avait bien rédigé ce rapport à cette date et qu'un projet de

lettre avait été établi mais jamais envoyé parce que la recourante n'avait pas pu se déterminer, « compte tenu de ses fragilités psychologiques vraisemblablement ». Ces explications ne manquent pas de surprendre, dans la mesure où Me Hofstetter a adressé de nombreux courriers à l'intimé entre le 22 août et le 22 décembre 2022, accompagnés de rapports médicaux établis notamment par le Dr S._____. Il convient également de constater que la recourante a certes été hospitalisée en mars 2022 en raison d'une recrudescence des douleurs, mais que la situation s'est rapidement améliorée. La lettre de sortie du Service C._____ ne mentionnait pas de détresse psychique en lien avec ces douleurs, alors qu'il décrivait d'autres problématiques de santé abordées durant ce séjour. Par ailleurs, l'intervention du Dr S._____ en août 2022 n'a pas été programmée en raison d'une augmentation des douleurs, mais parce qu'il a été consulté pour la première fois en mai 2022 afin de déterminer si certaines douleurs existant de longue date pouvaient faire l'objet d'une prise en charge sur le plan de la neurochirurgie. En outre, cette intervention a eu un effet positif immédiat sur une partie des douleurs, de sorte que l'on ne discerne pas l'aggravation de la situation somatique à laquelle fait allusion le rapport daté du 12 août 2022 pour expliquer une aggravation de l'état psychique dès mars 2022. Il faut également relever que la Dre Q._____, qui a établi des rapports en décembre 2022 et janvier 2023, même si elle a pris note de l'augmentation de la médication prescrite par la psychiatre, n'a pas mentionné d'aggravation de l'état de santé psychique et a conclu à une capacité de travail nulle justifiée uniquement par les limitations liées aux douleurs. Dans ce contexte, la valeur probante du rapport daté du 12 août 2022 est faible. Des remarques de même nature peuvent être faites sur le rapport du 5 novembre 2023, dans lequel la Dre O._____ a fait remonter le début de l'aggravation de l'état de santé psychique de sa patiente à août 2022. A cela s'ajoutent les commentaires apportés par le Dr B._____ dans ses avis SMR des 12 janvier et 4 juin 2024 sur les éléments médicaux mentionnés par la Dre O._____ dans ses rapports des 12 août 2022, 5 novembre 2023 et 13 mars 2024 pour décrire l'aggravation alléguée. Il a en particulier noté l'absence de réelle modification de la prise en charge avant novembre 2023, tandis que

l'évaluation de la capacité de travail proposée par la Dre O._____ relevait d'une approche bio-psycho-sociale, contrairement à l'appréciation faite par les experts de N._____.

En l'absence de rapport médical fourni en temps réels à l'intimé par la recourante ou par la Dre O._____ entre août 2022 et novembre 2023, ni modification importante de la prise en charge et de la médication avant novembre 2023, la péjoration durable et la gravité alléguée ne sont pas rendues vraisemblables. Il paraît en outre inconcevable que la psychiatre traitante, alors qu'elle savait qu'une procédure d'invalidité était en cours, n'ait pas informé spontanément l'intimé ou le mandataire de sa patiente durant le premier semestre 2023 que la péjoration observée en août 2022 perdurait et devenait préoccupante, respectivement qu'elle ait attendu près de 15 mois avant d'envisager l'adaptation de la prise en charge d'une patiente présentant des idées suicidaires inquiétantes. Les explications données par la Dre O._____ dans son rapport du 22 octobre 2024, à savoir un suivi à distance en raison d'une absence prolongée entre avril 2022 et novembre 2023, sont contradictoires et ne permettent pas de justifier un tel délai pour agir concrètement face au degré de gravité allégué. Ainsi, il peut tout au plus être admis que l'état de santé psychique de la recourante a justifié une adaptation du dosage de sa médication durant le second semestre 2022. Or, une décompensation passagère après réception d'une décision de l'OAI ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante, d'autant plus qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a).

En conséquence, il faut retenir qu'une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante entre l'expertise de N._____ et la décision litigieuse n'est pas démontrée au stade de la vraisemblance prépondérante. Cela étant, si l'on ne peut inférer des pièces médicales postérieures à la décision une péjoration durable de l'état de santé avant qu'intervienne ladite décision, il n'est pas exclu que les constats médicaux détaillés qu'ils contiennent ne puissent justifier un nouvel examen de la situation prévalant postérieurement à la décision litigieuse. En effet, il

n'est pas rare qu'une problématique physique qui se chronicise, voire s'aggrave au fil du temps, finisse par impacter durablement la santé psychique. Il appartiendra cas échéant à la recourante de déposer une demande en ce sens et de démontrer que son état de santé s'est péjoré durablement après octobre 2023.

8. En conséquence, l'intimé pouvait légitimement se fonder sur le rapport d'expertise de N. _____ pour rendre sa décision et retenir que la recourante ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle, mais qu'elle présentait, dans une activité adaptée, une capacité de travail de 50 % dès janvier 2020 puis de 70 % dès juillet 2020.

Au stade du recours, l'intéressée n'a formulé aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Cela étant, ce calcul paraît conforme aux dispositions légales et jurisprudentielles applicables et peut donc être confirmé.

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

Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

10. a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse 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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 octobre 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 d'X._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour X._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :