

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 août 2026

Composition : Mme BRELAZ BRAILLARD, présidente
 Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffière : Mme Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à U***, recourante, représentée par Me Marine Girardin, avocate
à Delémont,

et

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

Art. 6 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, sans formation professionnelle, mariée et mère de deux enfants, a en dernier lieu exercé le métier d'employée de maison dans un EMS, au taux de 70 %.

Elle a été hospitalisée auprès du Service de dermatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) du 12 juillet au 27 août 2019, en raison d'une éruption cutanée et d'un état fébrile. Le Prof. S._____ et le Dr C._____, spécialistes en dermatologie et vénérologie, ainsi que la Dre D._____, médecin assistante, ont retenu, dans leur rapport du 8 octobre 2019, le diagnostic principal de syndrome de Sweet, d'origine indéterminée, et ceux, secondaires, de diabète insulino-requérant cortico-induit et d'antrite érosive.

Dans un rapport du 28 avril 2020, la Dre F._____ et le Dr G._____, respectivement spécialiste en génétique médicale et en rhumatologie et médecin assistant au Service de rhumatologie du CHUV, suspectaient une arthrite psoriasique, dans le contexte d'un psoriasis cutané diagnostiqué en janvier 2020, d'une polyarthralgie mixte des mains, de douleurs poly-enthésitiques, dont une talalgie achilléenne des deux côtés, et d'une rachialgie mixte lombaire et cervicale. Les antécédents médicaux comprenaient un syndrome de Sweet d'origine indéterminée, diagnostiqué en juillet 2019, une nécrose aseptique des deux hanches diagnostiquée en 2019 et une notion de vertige périphérique paroxystique bénin. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire au bilan biologique. Les radiographies des mains et des pieds ne montraient pas de signes d'arthrite psoriasique. Celles des genoux mettaient en évidence un aspect floconneux du condyle fémoral médial à gauche aspécifique. Une cervicarthrose basse était visible sur les clichés du rachis cervical. L'IRM lombo-sacrée montrait un aspect déshydraté du disque L3-L4 et un aspect inflammatoire de la partie supérieure de L4, d'origine probablement mécanique, sans anomalies de signal au niveau des articulations sacro-iliaques. Les Drs F._____ et G._____ ont conclu que l'horaire et la topographie des plaintes sur le plan

ostéo-articulaire étaient suspectes pour un rhumatisme psoriasique, de forme enthésitique surtout. Une composante mécanique sur hyper-sollicitation pouvait également contribuer aux plaintes ou agir comme trigger, ce qui était bien connu dans les rhumatismes psoriasiques. La patiente prenait du Méthotrexate 20mg depuis le mois de janvier 2020. Un traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant deux semaines et par physiothérapie ciblée a été proposé.

L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 7 mai 2020, indiquant, quant au genre de l'atteinte, qu'elle souffrait d'une maladie de la peau.

Il résulte d'un questionnaire relatif à son statut complété le 11 juin 2020, qu'en l'absence d'atteinte à sa santé, elle exercerait une activité lucrative à 70 %. Elle aurait consacré le temps restant à sa famille et sa maison.

Par rapport du 2 juillet 2020, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale, a ajouté le diagnostic d'eczéma des mains en sus des pathologies mentionnées par les médecins du CHUV dans leur rapport du 28 avril 2020. Selon lui, la capacité de travail de sa patiente était nulle depuis le mois de juillet 2019, lorsqu'elle avait été hospitalisée au Service de dermatologie du CHUV. Malgré quelques tentatives de reprises à 50 ou 100 %, elle était rapidement revenue à un arrêt complet.

Par rapport du 21 janvier 2021, le Prof. O._____ et le Dr K._____, respectivement spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale et médecin assistant auprès du Service de rhumatologie du CHUV, ont indiqué que l'assurée avait été reçue en consultation à plusieurs reprises, en urgence, entre les mois de novembre et décembre 2020. Ils ont notamment rappelé les antécédents de psoriasis cutané, de polyarthralgie mixte des mains, de douleurs poly-enthésitiques, dont une talalgie achilléenne des deux côtés, et de rachialgie mixte lombaire et cervicale. La patiente continuait à présenter des douleurs aux mains, aux

cervicales, aux dorsales et aux lombaires. Elle n'avait constaté aucune amélioration après trois mois de traitement par Consentyx. Une polyarthralgie d'allure inflammatoire et un syndrome douloureux central de type fibromyalgie, depuis février 2020, étaient retenus au titre de diagnostics incapacitants. Le psoriasis eczématisé diagnostiqué en janvier 2020 et le syndrome de Sweet diagnostiqué en juillet 2019 n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail. Leur pronostic n'était pas bon, compte tenu de la mauvaise réponse au Consentyx. La capacité de travail de l'assurée était estimée à 50 % dans une activité adaptée, laquelle devait tenir compte de la fatigue et des douleurs localisées et généralisées. Ils pronostiquaient qu'une reprise à 100 % pourrait être envisagée, sans port de charge supérieure à 10 kg, avec des pauses pour effectuer des étirements et des changements de position, une flexibilité d'horaires et un poste de travail ergonomique.

Dans un rapport du 20 avril 2021, le Dr C._____ a retenu le diagnostic de psoriasis avec atteinte articulaire, de polyarthrite inflammatoire des mains et d'aponévrosite plantaire, avec limitations fonctionnelles des poignets et des chevilles.

L'assurée a séjourné auprès du Service de rhumatologie du CHUV du 25 mai au 4 juin 2021, dans le cadre de la réalisation d'un bilan étiologique multidisciplinaire et d'un traitement multimodal de la douleur, après l'échec de la prise en charge ambulatoire. Dans leur rapport du 2 juillet 2021, le Prof. O._____ et le Dr K._____ ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique, de spondylarthrite psoriasique (avec psoriasis cutané, polyarthralgies, rachialgies et douleurs enthésitiques), de composants mécaniques de la rachialgie (sur anomalie dégénérative de la colonne, biomécanique, associée aux talalgies et au déconditionnement physique), ainsi que de nécrose aseptique des deux hanches. A l'examen clinique, ils ont observé des douleurs aux cervicales et aux lombaires. Ils ont expliqué que les anomalies visibles sur l'IRM du 28 mai 2021 ("shinning corners" étagés thoraciques, non associés à des anomalies discales adjacentes et regraissage d'une lésion inflammatoire en L4) étaient atypiques d'une pathologie dégénérative et suggéraient une origine

inflammatoire. Le contexte de psoriasis, de talalgie réfractaire et de rachialgie d'horaire mixte, suggéraient une spondylarthrite associée à un psoriasis. Les douleurs étaient amplifiées par un syndrome douloureux chronique, avec une hyperalgésie documentée à l'Algopeg et une kinésiophobie importante. Le Prof. O._____ et le Dr K._____ ont prescrit un changement de la thérapie immunobiologique et de la physiothérapie. Ils ont également proposé de l'ergothérapie et une psychothérapie, mais l'intéressée était réfractaire aux approches psycho-comportementales. En raison de ces pathologies, la patiente n'arrivait pas à rester statique longtemps, mais ne pouvait pas être active trop longtemps non plus, sous peine d'avoir des douleurs handicapantes aux talons et aux cervicales. Les médecins du CHUV ont proposé un travail adapté à un taux situé entre 30 et 50 %, à réévaluer après l'introduction de la nouvelle médication pour la spondylarthrite et le traitement actif pour la récupération de la condition physique.

Répondant aux questions de l'OAI le 13 septembre 2021, la Dre L._____, spécialiste en médecine interne générale au Service de rhumatologie du CHUV, a précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas de 100 %, parce que les douleurs n'étaient pas encore contrôlées. Il ne lui était pas possible de se prononcer sur le taux d'activité exigible.

Sur recommandation de son service médical, l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire auprès de la Clinique Romande de réadaptation (ci-après : la CRR), dont l'exécution a été confiée à la Dre AA._____, spécialiste en médecine interne générale, à la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et au Dr BB._____, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport du 1^{er} avril 2022, les experts ont estimé qu'aucun diagnostic sur le plan somatique n'expliquait l'état douloureux diffus présenté par l'expertisée. Ils n'ont pas non plus retenu de pathologie sur le plan psychiatrique. Seul le syndrome de Sweet avait induit une incapacité de travail temporaire de 100 %, du 1^{er} juillet 2019 au 16 février 2020, puis une incapacité de 50 %, du 17 février au 14 avril 2020.

Une entière capacité de travail dans toute activité était exigible dès le 15 avril 2020, sans limitations fonctionnelles.

Par avis du 16 mai 2022, le Service médical régional (ci-après : le SMR) s'est rallié aux conclusions expertales. Il en a conclu que dès le 15 avril 2020, l'assurée avait recouvré une entière capacité de travail dans tout activité.

Par courrier du 29 juin 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, au motif que son incapacité de travail avait duré moins d'une année.

Le 19 août 2022, l'assurée, représentée par son assurance de protection juridique, a contesté ce projet.

Par décision du 23 novembre 2022, l'OAI a confirmé son refus de prester.

B. Par acte du 13 janvier 2023, A._____, sous la plume de son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. Elle a préalablement conclu, sous suite de frais et dépens, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Sur le fond, elle a principalement conclu à la réforme de la décision entreprise, en ce sens que le droit aux prestations d'invalidité lui soit reconnu, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé, pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Elle fait valoir que l'expertise médicale sur laquelle s'est fondée l'intimé pour lui nier le droit à des prestations est dénuée de valeur probante. Elle met en particulier en avant l'absence de rapport d'expertise rhumatologique, un résumé non conforme des pièces médicales, l'absence de déterminations des experts sur certaines d'entre elles, ainsi que des conclusions insuffisamment motivées, notamment en ce qui concerne les diagnostics, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail. Sur le plan de la médecine interne, elle critique également l'analyse des pièces au dossier,

la non prise en compte de lésions pourtant visibles sur l'imagerie médicale et une appréciation insuffisamment motivée. La recourante a produit un lot de pièces sous bordereau à l'appui de son écriture, dont notamment :

- un rapport du 6 juillet 2022 des Drs BD._____, spécialiste en gastroentérologie, et BF._____, médecin assistant, exerçant tous deux auprès du Service de gastro-entérologie et d'hépatologie du CHUV, lesquels ont diagnostiqué une élévation de la GGT associée à des Ac anti-actines et anti-muscles lisses positifs ;
- un rapport du 27 septembre 2022 des Dr BJ._____, spécialiste en urologie, et BK._____, médecin assistante, du Service d'urologie du CHUV, lesquels ont diagnostiqué une hématurie microscopique depuis 2019. La patiente n'avait rapporté aucune plainte urinaire ;
- un rapport de la Dre AH._____, médecin assistante au Service de rhumatologie du CHUV, du 26 octobre 2022, retenant le diagnostic de spondylarthrite axiale et enthésitique. L'IRM de 2021 était compatible avec cette pathologie. Le contexte psoriasique et la maladie de Sweet démontraient un terrain auto-inflammatoire prédisposant. Les talalgies enthésitiques parlaient aussi en faveur de ce diagnostic, de même que les rachialgies chroniques, d'horaire inflammatoire, sensibles aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. L'activité habituelle n'était plus envisageable, en raison des ports de charges trop lourdes et des positions non ergonomiques pour le rachis. Une capacité de travail était envisageable dans une activité adaptée aux limitations suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de position en porte-à-faux, pas de stationnement debout prolongé ni de piétinement. Une évolution favorable était peu probable, compte tenu de la chronicité de la maladie.

Par réponse du 28 février 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, estimant qu'il n'y avait pas lieu de douter de la valeur probante de l'expertise médicale des médecins de la CRR.

Par courrier du 4 mai 2023, la recourante, par son conseil, a informé la juge instructrice qu'elle comptait se soumettre à une expertise médicale à titre privé. Elle a requis la suspension de la cause.

Par ordonnances des 10 mai 2023 et 22 août 2024, la juge instructrice a ordonné la suspension de la cause jusqu'à la reddition de l'expertise privée.

Par déterminations du 20 juin 2025, la recourante, sous la plume de son conseil, a maintenu ses conclusions. Elle a produit un rapport d'expertise du Prof. BP. _____ du 20 juin 2025, dont il résulte en substance qu'elle souffre d'une spondylarthrite psoriasique (rhumatisme psoriasique), axiale et périphérique, active, et d'une vraisemblable association avec une hépatite auto-immune fruste à ASMA (auto anticorps, anti muscle lisse), avec discrète élévation des ALATs (inclusion apparente de la spondylarthrite dans le contexte d'une atteinte immuno-inflammatoire poly-systémique). La capacité de travail était estimée nulle dans l'activité habituelle et de l'ordre de 40 % dans une activité adaptée aux limitations suivantes : difficultés de manutention, difficultés de déplacement, difficulté à la mise en route matinale, grande fatigue liée à l'activité inflammatoire et aux douleurs insomniantes, fatigabilité très rapide et augmentation des douleurs par les différentes activités physiques. L'activité adaptée devait consister en un travail très léger physiquement, permettant des temps de pause réguliers et une adaptation du temps de travail au gré des manifestations de la maladie. Une perte de rendement de 20 % était admise compte tenu de la fatigue, de la fatigabilité et des douleurs.

L'intimé a maintenu sa conclusion tendant au rejet du recours par écriture du 14 juillet 2025. Il a produit un avis du SMR du 27 juin 2025, lequel a estimé que l'analyse du Prof. BP. _____ constituait, par rapport à l'expertise de la CRR, une appréciation différente d'une même situation. Les experts ayant dûment expliqué leur divergence d'opinion avec l'analyse rhumatologique du CHUV, il n'y avait pas lieu de s'écarter de leurs conclusions.

La recourante s'est déterminée le 22 août 2025, en complétant ses conclusions en ce sens que les frais et dépens devraient inclure les frais d'établissement du rapport d'expertise privé d'un montant de 2'000 francs. Elle a produit un rapport d'expertise complémentaire du Prof. BP. _____

du 18 août 2025, dont il résulte en substance que les récents résultats radiologiques, c'est-à-dire les IRM de la colonne lombaire et du bassin, ainsi que des pieds, réalisées respectivement les 28 juin, 4 et 9 juillet 2025 et jointes à ce rapport, confirmaient ses précédentes conclusions.

Après avoir soumis ces nouvelles pièces à son service médical, lequel s'est prononcé par avis du 29 août 2025, l'intimé a réitéré sa conclusion en rejet du recours, au motif que les nouveaux rapports d'examens radiologiques ne permettaient pas de modifier les conclusions de l'expertise de la CRR.

Les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives par écritures des 6 octobre et 13 novembre 2025.

En droit :

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]) compte tenu des feries de fin d'année (art. 96 al. 1 let. c LPA-VD) 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 des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de la durée de son incapacité de travail à compter de la date du dépôt de sa demande.

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 sa demande en mai 2020. L'éventuel droit à la rente a ainsi pris naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI). C'est donc l'ancien droit qui est applicable au présent cas.

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).

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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

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 ; 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, 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). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe 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_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).

Selon la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence d'une prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation de ces circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de la personne expertisée. La méfiance à l'égard de l'expert doit au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les références citées ; 143 IV 69 consid. 3.2 ; 138 IV 142 consid. 2.1 ; TF I 26/05 du 31 mai 2005, consid. 5.1). Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les rapports médicaux en assurances sociales, il convient toutefois d'appliquer des critères stricts à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3)

6. 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).

7. **a)** En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise de la CRR, validé par son service médical, pour nier le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. Les experts de la CRR ont conclu à une incapacité temporaire en raison d'un syndrome de Sweet, du 1^{er} juillet 2019 au 14 avril 2020. Ils n'ont retenu aucun autre diagnostic incapacitant,

de sorte qu'une entière capacité de travail, dans quelque activité que ce soit, était exigible dès le 15 avril 2020.

L'intéressée soutient que cette expertise est dénuée de valeur probante. Elle fait en substance valoir que l'avis expertal n'est pas suffisamment étayé, qu'il ne tient pas compte des avis concordants de ses médecins traitants et que les experts ont fait preuve de partialité à l'égard de sa situation. Au contraire, les avis concordants des médecins du CHUV et du Prof. BP._____ permettent, selon elle, d'admettre qu'elle souffre d'une maladie rhumatismale inflammatoire et que sa capacité de travail est amoindrie.

b) L'expertise de la CRR est critiquable sur plusieurs points. D'emblée, son contenu interpelle, dans la mesure où le rapport de l'expert rhumatologue dans son domaine de spécialité n'y figure pas, au contraire de celui de ses confrères spécialistes en médecine interne et en psychiatrie. L'établissement d'un tel rapport apparaît pourtant essentiel dans l'appréciation de l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur sa capacité de travail. En effet, la principale atteinte réside dans des manifestations articulaires douloureuses et une éventuelle maladie inflammatoire. Or les experts de la CRR ont conclu à l'absence d'atteinte incapacitante sur ce plan, de sorte qu'il était nécessaire de connaître les détails des observations et du raisonnement de l'expert BB._____.

Cela étant, le rapport d'expertise consensuelle comporte un bref exposé des éléments ayant conduit les experts à ne retenir aucune affection somatique inflammatoire. Selon eux, l'hypothèse d'une spondylarthrite psoriasique paraissait bien fragile, rétrospectivement et selon le rapport des Drs F._____ et G._____ du 28 avril 2020. À la lecture de ce document, ils ont souligné l'absence d'arthrite à l'examen clinique. L'ultrason avait mis en évidence l'absence de synovite aux mains, d'épanchement au niveau des genoux et d'inflammation des tendons d'Achille. Le HLA B27 était absent des résultats du bilan biologique et l'IRM ne montrait pas de signe d'une atteinte pelvispondylienne inflammatoire. A dire d'experts, si l'atteinte initiale avait reposé sur des données objectives claires, l'évolution

paraissait favorable et aurait dû permettre, en l'absence de toute manifestation objective et de tout syndrome inflammatoire biologique, la reprise d'une activité professionnelle à plein temps (cf. expertise consensuelle, pp. 11-12).

Les éléments listés par les experts sont les mêmes que ceux évoqués par les médecins traitants de la recourante, qui sont cependant arrivés à une conclusion diagnostique différente. Il appartenait dès lors aux experts d'expliquer pour quel(s) motif(s) leurs conclusions divergeaient de celles de leurs confrères, ce qu'ils n'ont pourtant pas fait. Ils n'ont en effet, à aucun moment, discuté des avis médicaux au dossier et expliqué pour quelle(s) raison(s) ils s'en sont écartés. La seule explication avancée par leurs soins laisse perplexe. Elle consiste à affirmer que les médecins du CHUV se seraient fourvoyés, et qu'en lieu et place d'admettre leur erreur et l'absence de toute pathologie, ils auraient persisté dans le traitement d'une maladie en réalité inexistante.

Sur le plan diagnostique, le fait qu'aucune maladie cutanée, hormis le syndrome de Sweet, n'ait été retenue par les experts, est également critiquable. Un psoriasis cutané est mentionné à plusieurs reprises par les médecins traitants de la recourante (cf. rapports des médecins du CHUV des 28 avril 2020, 21 janvier et 2 juillet 2021, ainsi que 26 octobre 2022 ; rapport du Prof. BP. _____ du 20 juin 2025). Or les experts ont écarté cette pathologie sans motiver leur position de quelque manière que ce soit.

L'avis expertal surprend aussi en ce qu'il ne tient pas compte de la symptomatologie douloureuse présentée par la recourante, parce qu'elle serait incohérente avec leur examen clinique et les imageries au dossier. Cette symptomatologie a pourtant été reconnue par plusieurs médecins du CHUV et documentée cliniquement (cf. en particulier le rapport du 2 juillet 2021, qui mentionne une hyperalgésie documentée par le test Algopeg).

A cela s'ajoute que les critiques formulées par les experts à l'égard des médecins traitants de la recourante sortent du cadre attendu

d'une appréciation expertale. A propos des diagnostics retenus et du suivi mis en place au sein du CHUV, les experts ont déclaré « qu'une telle logique de la déraison n'est pas inhabituelle dans ce type de situation. Plus le doute diagnostique s'installe, plus les médecins se soumettent à un biais de confirmation dont ils ne sont pas toujours conscients : alors qu'aucun élément objectif ne soutient l'hypothèse de départ, ici une spondylarthrite, le diagnostic, plutôt que de disparaître, ne fait que se renforcer jusqu'à atteindre la certitude. Le cas A._____ constitue un bon exemple d'un délire méthodique tellement lumineux qu'il aveugle la pensée en empêchant le doute ». Les experts estiment avoir ainsi expliqué les raisons qui, dans ce type de situation, conduisent les médecins à persévérer dans un diagnostic pour éviter toute dissonance cognitive, ajoutant que « l'homme n'est pas un être rationnel mais un être rationalisant susceptible d'adapter ses cognitions pour mettre un terme à son mal-être » (cf. expertise consensuelle, pp. 12-13). Cette manière de déconsidérer des confrères est inconvenante. Associée à l'absence de motivation objective de leurs conclusions, elle crée une apparence de prévention des experts à l'égard de la situation de la recourante.

c) L'expertise de la CRR, en sus d'être sujette à caution, est contredite par les médecins traitants de la recourante et le Prof. BP._____. Ceux-ci, dans leurs rapports dûment motivés, ont reconnu l'existence d'une pathologie rhumatismale inflammatoire, sous la forme d'un rhumatisme psoriasique. Les Drs F._____ et G._____ ont expliqué que l'horaire et la topographie des plaintes sur le plan ostéo-articulaire étaient suspects pour un rhumatisme psoriasique, même si les imageries au dossier ne suggéraient pas une telle pathologie et que le bilan biologique n'avait pas révélé de syndrome inflammatoire (cf. rapport du 28 avril 2020). Dans leur rapport du 2 juillet 2021, le Prof. O._____ et le Dr K._____ ont, quant à eux, relevé que l'IRM du 28 mai 2021 montrait des anomalies suggérant une origine inflammatoire et atypique de lésions dégénératives. Dans un contexte de psoriasis, de talalgie réfractaire et de rachialgie d'horaire mixte, ces anomalies suggéraient fortement une activité axiale et périphérique d'une spondylarthrite associée au psoriasis. A l'instar de ses collègues, la Dre AH._____ a confirmé que l'absence d'anomalie discale était atypique

pour des remaniements dégénératifs. Le contexte de psoriasis et de maladie de Sweet montraient un état auto-inflammatoire prédisposant chez la recourante. Les rachialgies chroniques d'horaire inflammatoire et sensibles aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, ainsi que les enthésites et les talalgies, parlaient aussi en faveur d'un diagnostic de spondylarthrite (cf. rapport du 26 octobre 2022).

L'avis du Prof. BP._____ va également à l'encontre des conclusions expertales. Il a confirmé le diagnostic de spondylarthrite psoriasique retenu par les médecins du CHUV. Ce spécialiste a expliqué que la recourante présentait clairement des signes cliniques et radiologiques d'enthésio-arthrites, très typiques des spondylarthrites psoriasiques axiales et périphériques, avec notamment des douleurs du rachis en deuxième partie de nuit, des douleurs avec tuméfactions récurrentes des poignets et des talalgies. Les rachialgies matinales accompagnées d'une raideur étaient également des symptômes typiques de cette maladie. Les spondylarthrites étaient en outre souvent observées, même en l'absence d'élévation franche de la CRP ou d'autres marqueurs immunologiques ou biologiques, ou encore de la HLA B27. L'absence de tels marqueurs n'empêchait donc pas la présence d'une maladie inflammatoire, contrairement à ce qu'avaient affirmé les experts de la CRR. L'absence de succès des traitements prescrits ne suffisait pas non plus à écarter cette pathologie, dans la mesure où il était bien connu qu'une telle maladie était très variable, avec une multitude de traitements différents possibles.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le rapport d'expertise de la CRR est lacunaire et les conclusions insuffisamment motivées. L'analyse expertale est en outre contredite par les avis concordants et motivés des médecins traitants de la recourante et du Prof. BP._____, lesquels ont conclu à l'existence d'une maladie rhumatismale inflammatoire. Le dédain manifesté par les experts à l'égard de leurs confrères du CHUV achève de jeter le doute sur le bien-fondé de leur appréciation. Il s'ensuit que leur rapport d'expertise est dénué de valeur probante.

d) Reste à déterminer si les rapports médicaux des médecins du CHUV et du Prof. BP._____ permettent à la cour de céans de statuer en l'état du dossier.

Comme exposé ci-avant, les avis des médecins traitants sont congruents en ce qui concerne l'existence d'une pathologie durablement incapacitante sous la forme d'un rhumatisme psoriasique, diagnostic qui a été confirmé par le Prof. BP._____.

A l'inverse, leurs avis divergent quant à l'existence d'un syndrome douloureux chronique. Les Prof. O._____ et le Dr K._____ ont retenu ce diagnostic, alors que le tel n'est pas le cas du Prof. BP._____, qui a motivé sa position dans les rapports versés au dossier. En présence de deux avis médicaux opposés, l'aspect diagnostique ne peut pas être tranché en l'état du dossier.

En ce qui concerne la question de la capacité de travail exigible, le Prof. BP._____ a estimé qu'elle était nulle dans l'activité habituelle, et de l'ordre de 40 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : difficultés de manutention, difficultés de déplacement, difficultés à la mise en route matinale, grande fatigue liée à l'activité inflammatoire et aux douleurs insomniantes, fatigabilité très rapide et augmentation des douleurs par les activités physiques. Plusieurs médecins du CHUV se sont également prononcés à ce sujet. En janvier 2021, le Prof. O._____ et le Dr K._____ ont indiqué qu'une capacité de travail de 50 % pouvait être exigée dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans port de charge lourdes, avec des pauses fréquentes, une flexibilité d'horaire et un poste de travail ergonomique. Leur pronostic était qu'à terme, une telle activité pourrait être envisagée à 100 %. Puis, dans un rapport ultérieur du mois de juillet 2021, ces mêmes médecins ont proposé un travail adapté, à un taux situé entre 30 et 50 %. En septembre 2021, la Dre L._____ a pu affirmer que la capacité de travail n'était pas de 100 %, sans être en mesure de préciser quel était le taux exigible.

Ainsi, aucun des médecins susmentionnés n'a estimé précisément la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée. Aucun d'eux ne s'est non plus prononcé sur la date à partir de laquelle cette capacité était exigible. Il s'ensuit qu'en l'état du dossier, la cour de céans n'est pas en mesure de déterminer quelle est la capacité résiduelle de travail de l'intéressée, ni, partant, les conséquences des atteintes à sa santé sur sa capacité de gain.

e) Au vu de ce qui précède, compte tenu des doutes que soulève le rapport d'expertise de la CRR, qui n'ont pas pu être entièrement dissipés par les avis des médecins traitants et du Prof. BP._____, la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa). Il lui incombera de poursuivre l'instruction, afin de déterminer clairement les diagnostics, leur incidence sur la capacité de travail et l'activité ménagère de la recourante, ainsi que l'évolution de celle-ci. L'instruction devra notamment comprendre une expertise en rhumatologie, l'expert désigné étant autorisé à s'adjoindre les services d'autres spécialistes s'il le juge nécessaire. Les rapports médicaux d'ores et déjà au dossier devront être discutés en cas de divergence d'opinion.

Il s'agira également pour l'intimé d'instruire la question de la capacité de travail dans l'activité ménagère, en ordonnant, si nécessaire, la réalisation d'une enquête au domicile de la recourante, afin de déterminer la capacité résiduelle de celle-ci en tenant compte de son incapacité tant dans le domaine professionnel que dans le cadre de ses activités quotidiennes.

8. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

c) La recourante requiert la prise en charge des frais d'établissement des rapports d'expertise privée du Prof. BP. _____ des 20 juin et 18 août 2025, par 2'000 francs.

aa) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGa, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (TF 9C_533/2023 du 14 novembre 2024 consid. 6.2). Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 9C_395/2023 du 11 décembre 2023 consid. 6.2).

bb) En l'espèce, les rapports du Prof. BP. _____ n'ont pas été décisifs dans la lecture du dossier. Ils ne sont venus que confirmer les conclusions des médecins traitants de la recourante qui, de manière concordante, remettaient déjà en cause les conclusions isolées des experts. L'expert privé n'a pas non plus mis en lumière les lacunes de l'expertise de la CRR et les éléments remettant en cause sa valeur probante existaient indépendamment de tout avis médical. Il n'y a dès lors pas lieu de mettre les frais d'établissement des rapports du Prof. BP. _____ à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 23 novembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office, pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Marine Girardin (pour A. _____),
- 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 :