

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 636 vom 6. Juli 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-07-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2020\\_\\_636](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__636)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 636 du 6 juillet 2020

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 636 del 6 luglio 2020

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, EXPERTISE, SUREXPERTISE, ÉTAT DE SANTÉ, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, PARALLÉLISME DES REVENUS À COMPARER, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### Erwägungen

#### E. 30

octobre 2008 s'agissant de la capacité de travail. Il renvoyait pour le surplus à un avis SMR du 12 novembre 2013 signé des Drs A.L. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, du SMR, lesquels estimaient non contributives les références du Prof. G. \_\_\_\_\_ dans le cas d'espèce et maintenaient leur avis du 10 avril 2012 s'agissant de l'état de santé psychique, la situation étant inchangée. Par réplique du 6 janvier 2014, la recourante a fait valoir que l'intimé cherchait à discréditer le Prof. G. \_\_\_\_\_ et a produit un courrier de l'intéressé du 24 décembre 2013 exposant son parcours ainsi que ses compétences, lesquels autorisaient à conférer à son avis une valeur probante au moins égale à celle de ses confrères mandatés par l'OAI. Elle réitérait pour le surplus ses arguments et conclusions. Dans son écriture du 21 janvier 2014, l'OAI a confirmé ses conclusions et produit un nouvel avis du 15 janvier 2014 des Drs A.L. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ discutant du courrier du Prof. G. \_\_\_\_\_ du 24 décembre 2013 et rappelant que l'état de santé global de l'assurée avait été examiné à la faveur de l'expertise du R. \_\_\_\_\_ et de l'examen clinique du SMR, outre l'avis du Dr W. \_\_\_\_\_ attestant de la rémission de la maladie de Crohn sur le plan objectif. Un nouveau rapport médical du Dr Z. \_\_\_\_\_, daté du 20 janvier 2014 et attestant d'un état de santé inchangé de la recourante ainsi que de sa totale incapacité de travail, a été produit le 28 janvier 2014. Par courrier du 25 mars 2014, la recourante s'est référée aux deux derniers rapports du Dr Z. \_\_\_\_\_ attestant de son incapacité totale de travail. Elle a également produit une lettre du 10 mars 2014 du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relative à des opérations subies et à venir pour des hallux valgus et corrections aux deux pieds. Ce médecin précisait que le status des deux pieds, dans le contexte de la maladie de Crohn, était compliqué par la spondylarthropathie. Une activité nécessitant des positions debout prolongées ainsi que de longues marches était contre-indiquée en raison d'un risque de récurrence et d'augmentation de douleurs. La recourante déduisait de ce rapport que la maladie de Crohn induisait d'autres pathologies physiques de nature à aggraver son état de santé. En date du 14 avril 2014, l'OAI s'est déterminé sur le rapport médical du Dr Z. \_\_\_\_\_ en se fondant sur un avis SMR du 8 avril 2014, des Drs I. \_\_\_\_\_ et A.L. \_\_\_\_\_, considérant que l'état de santé psychique de l'assurée était identique depuis 2002 et qu'il convenait de se référer sur ce plan au volet psychiatrique de l'expertise du R. \_\_\_\_\_. b) Donnant suite à une

réquisition du juge instructeur du 22 août 2014, les Drs W. \_\_\_\_\_, Z. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont déposé des rapports, respectivement les 5 septembre, 3 et 13 octobre 2014. Le Dr W. \_\_\_\_\_ indiquait avoir suivi la recourante pour une maladie de Crohn iléale de 2000 à 2011, avec des consultations seulement épisodiques depuis décembre 2009. Malgré la mise en place d'un traitement médical maximal, la patiente était restée symptomatique sur le plan digestif et n'avait jamais été en rémission clinique de sa maladie. A la question de savoir quelles étaient les conséquences des atteintes diagnostiquées sur la capacité de travail et de gain de la recourante, le Dr W. \_\_\_\_\_ a répondu que « les douleurs abdominales chroniques ne permettaient pas une capacité de travail », plus exactement entraînaient une diminution de la capacité de travail d'au moins 50 %, ce pour une longue durée. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a précisé suivre la recourante à une fréquence variable, à raison d'une consultation tous les deux à trois mois depuis 2009. Il retenait le diagnostic d'épisode dépressif moyen. Il n'avait prescrit aucune médication, à part des tranquillisants et somnifères dont sa patiente disposait en réserve. Il mentionnait néanmoins l'instauration de différents traitements antidépresseurs au cours du suivi, sans aucune amélioration de la symptomatologie dépressive. L'état de santé de sa patiente était stationnaire et il n'avait jamais observé de rémission. Son incapacité de travail était de 100 % depuis le début du suivi, en raison des pathologies somatique et psychiatrique, et ceci de façon permanente. Le Prof. G. \_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de spondylarthrite entérocolique, à l'exclusion de ceux de syndrome somatoforme douloureux et de fibromyalgie, précisant qu'il s'agissait d'un rhumatisme inflammatoire associant en l'occurrence une atteinte périphérique avec des arthrites touchant virtuellement toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs, ainsi qu'une atteinte axiale sous la forme d'une inflammation du dos, des articulations costo-sternales et des sacro-iliaques. L'atteinte se manifestait sous la forme de douleurs articulaires périphériques, mais également axiales, de tuméfaction articulaire, d'une raideur matinale et d'une fatigabilité accrue. Cette atteinte, active, sévère et résistante à tous traitements, entraînait depuis longue date une incapacité totale de travail. L'OAI s'est prononcé sur ces trois rapports le 10 novembre 2014 en se référant à un avis du SMR du 6 novembre 2014, signé des Drs H. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, lesquels considéraient que les rapports des Drs Z. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ n'apportaient aucun élément objectif nouveau de nature à modifier les avis SMR précédents. Il était par ailleurs fait grief au Prof. G. \_\_\_\_\_ d'évoquer des douleurs « virtuelles » et des « atteintes touchant virtuellement toutes les articulations » sans autre détail, notamment quant à la localisation des atteintes, et de ne pas avoir décrit un status ostéo-articulaire précis. Les éléments objectifs, cliniques ou paracliniques de son rapport ne permettaient pas au SMR de modifier son appréciation. Il existait seulement une divergence d'appréciation sur les conséquences ainsi que sur le caractère actif et incapacitant de la spondylarthropathie entérocolique, appréciation pouvant connaître une part de subjectivité dans la mesure où la capacité de travail exigible devait être déterminée par la tolérance de la recourante et de son rhumatisme inflammatoire aux contraintes mécaniques. Dans ses déterminations du 26 janvier 2015, la recourante a énuméré les constatations de ses médecins traitants, aux compétences reconnues, et conclu que les rapports de ceux-ci s'opposaient de manière indéniable à ceux des médecins experts mandatés par l'OAI et justifiaient ses conclusions. Subsidiairement, elle a renouvelé sa requête de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. c) Le B. \_\_\_\_\_ (ci-après : B. \_\_\_\_\_) a été mandaté le 19 mai 2016 en vue d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée aux Drs M. \_\_\_\_\_, psychiatre, X. \_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie et médecine interne générale, et A. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie

et médecine interne générale, à l'encontre desquels les parties n'ont soulevé aucun motif de récusation. aa) Dans leur rapport du 17 novembre 2016, les experts ont posé, au titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, ceux de rhumatisme inflammatoire entéropathique et de maladie de Crohn à prédominance duodéno-jéjunale et iléale en rémission. Ils retenaient également les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, troubles statiques du rachis, status après opération d'hallux valgus et quintus varus aux pieds et syndrome de l'intestin irritable, ces atteintes n'étant pas incapacitantes. Leurs conclusions avaient la teneur suivante : « Situation actuelle et conclusions Sur le plan gastroentérologique, il a été posé un diagnostic de maladie de Crohn sur la base de lésions inflammatoires intéressant surtout l'intestin grêle, puisqu'aucun élément histologique ou endoscopique n'a jamais fait état d'une atteinte colique. La clinique était essentiellement dominée par des diarrhées, ainsi que par des douleurs abdominales à type de crampes. Madame J. \_\_\_\_\_ a eu plusieurs essais thérapeutiques, tous très classiques, notamment une corticothérapie, des dérivés 5 ASA, de l'Imurek puis finalement des anti-TNF  $\alpha$ . Des différents éléments à disposition (pièces du dossier), il est possible de dire que cette maladie ait relativement bien répondu sur le plan endoscopique et histologique aux différents traitements entrepris, même si la réponse clinique n'a jamais été évidente. Les derniers examens endoscopiques pratiqués n'ont mis en évidence aucune lésion macroscopique et cette relative normalité macroscopique a été confirmée par l'histologie qui, sur les biopsies effectuées en 2014, n'a montré que des éléments en faveur d'une colite de Crohn séquellaire (élément assez surprenant puisqu'il n'a jamais été fait état dans les examens précédents d'une activité de la maladie au niveau du colon). Il est également possible de dire que les médicaments ont été bien supportés puisque le seul effet secondaire éventuel a été mentionné lors de la prise d'Imurek (myalgie), mais que ces dernières étaient vraisemblablement la conséquence du trouble ostéo-articulaire de base plutôt que la conséquence d'une éventuelle toxicité. Ces troubles n'ont pas été améliorés par l'arrêt du médicament qui a été repris par la suite. A l'anamnèse orientée, Madame J. \_\_\_\_\_ dit que la situation a été tout de même bien améliorée par la prise des anti-TNF  $\alpha$  et que dans cette classe de médicament, le Remicade s'est avéré plus efficace que l'Humira, mais il est difficile de dire que cette amélioration intéresse plus le volet ostéo-articulaire ou digestif. La situation digestive semble actuellement bien stabilisée (preuve des examens endoscopiques et histologiques) et les plaintes digestives principales décrites par Madame J. \_\_\_\_\_ semblent plus relevant de troubles fonctionnels que d'une conséquence réelle d'une inflammation active. Madame J. \_\_\_\_\_ se plaint cependant de diarrhées et d'urgences défécatoires qui peuvent être la conséquence d'un intestin irritable et donc fonctionnelles. Ces dernières ne sont pas objectivables et surviennent chez une expertisée dont le diagnostic de maladie de Crohn a été retenu. Dans ce contexte, l'imputabilité de cette maladie dans leur genèse, même si les indices sont à la rémission, ne peut être complètement réfutée, les plaintes sont crédibles et justifient d'une diminution de rendement de 20 % sur l'année. Sur le plan rhumatologique, Madame J. \_\_\_\_\_ continue de se plaindre de douleurs chroniques, multiples. Les symptômes n'ont pas franchement un caractère inflammatoire. A l'anamnèse, il n'y a pas d'élément clair en faveur de poussées inflammatoires telles que synovites ou arthrites périphériques. Du point de vue objectif, il n'y a pas d'élément clair en faveur d'une maladie inflammatoire. Il est constaté une collaboration par moments insuffisante, des incohérences et des douleurs diffuses à la palpation ou à la mobilisation du corps, sans substrat organique. Le tableau ne correspond pas typiquement à celui d'une fibromyalgie, mais est fortement évocateur d'un trouble

douloureux somatoforme. Quoi qu'il en soit dès 2002, moment où le diagnostic différentiel entre fibromyalgie et spondylarthrite est posé, l'expertisée décrit une importante symptomatologie douloureuse qui entraînerait des gênes fonctionnelles importantes dans la vie quotidienne. Du point de vue objectif, quatre rhumatologues différents ont constaté de discrets signes inflammatoires ou une absence de ceci et les IRM et scintigraphies osseuses n'ont pas démontré d'activité inflammatoire d'une éventuelle maladie rhumatismale. Seul le Dr G. \_\_\_\_\_, rhumatologue traitant de Madame J. \_\_\_\_\_, décrit une spondylarthrite marquée, avec une situation mal contrôlée avec des traitements majeurs (anti-TNF alpha) administrés à fortes doses. Au terme de la présente évaluation, il n'y a pas d'argument objectif pour suivre le raisonnement du Dr G. \_\_\_\_\_. L'existence d'un rhumatisme inflammatoire entéropathique ne peut pas être niée, mais l'ensemble du dossier nous amène à penser celui-ci est cliniquement peu actif. Comme lors des précédentes expertises, il est constaté une discordance importante entre les plaintes annoncées, la gêne fonctionnelle alléguée aux maladies somatiques et les éléments objectifs. Comme déjà mentionné, dans le cas présent le rhumatisme n'est ni agressif, ni destructeur ou déformant. L'ensemble du tableau évoque la présence d'un syndrome douloureux chronique qui ne s'explique pas complètement par les atteintes organiques somatiques. Même si le rhumatisme inflammatoire entéropathique est peu actif, que les troubles ne sont ni constants ou majeurs, une diminution des limitations reste possible par moment sous la forme d'une diminution de la mobilité, la dextérité et la force. Cela peut justifier une diminution de rendement de 20 % sur l'année. Sur le plan psychique, l'expertisée se plaint d'une symptomatologie dépressive permanente depuis le début de ses maladies physiques (une quinzaine d'années), attribuée à ses problèmes de santé et d'intensité fluctuant directement avec l'intensité des douleurs chroniques : humeur dépressive, nervosité, irritabilité ; rien ne lui fait plaisir, repli social, sa libido a beaucoup diminué ; par moments inappétence ; parfois insomnie et réveils nocturnes ; fatigue permanente et de forte intensité ; estime et sa confiance ont beaucoup diminué depuis qu'elle a appris que ses maladies sont inguérissables ; difficultés de concentration ; a eu quelques idées suicidaires, elle a pensé se défenestrer lorsqu'elle avait des crises douloureuses particulièrement fortes, mais n'en a plus actuellement. Avant que ses problèmes de santé n'apparaissent, en 2001, alors qu'elle était âgée de 24 ans, elle était une femme forte, dynamique, active, sociable et affirmée. On l'appréciait en général. Elle n'aimait pas les problèmes et n'avait aucun problème relationnel ni dans sa vie privée ni dans sa vie professionnelle. Elle n'aurait rien aimé changer dans son caractère. Nous n'avons pas trouvé de traits de personnalité narcissique. Elle n'a aucune habitude toxique hormis un tabagisme à 20 cigarettes par jour depuis l'âge de 15 ans avec plusieurs tentatives d'arrêt. La description des activités quotidiennes est congruente à ses plaintes : reste à la maison, souvent couchée dans son lit ; a arrêté toute activité physique depuis 2001 ; une fois par an [elle] passe des vacances en Serbie ; elle peut conduire jusqu'à une heure au maximum ; fait de petites courses ; elle peut passer la poussière et préparer le repas lorsqu'elle se sent en forme, le reste du ménage et l'administration sont délégués à son entourage familial ; accompagne de temps à autre ses deux petits chiens en forêt ; lit un article de temps à autre ; regarde rarement la télévision. Elle est repliée autour de sa famille, ses enfants, son mari et a des contacts téléphoniques réguliers avec ses parents, son frère et sa belle-famille. L'examen psychiatrique montre une femme paraissant fatiguée et ralentie. L'intonation de la voix est plutôt basse, le ton monocorde. L'humeur est dépressive, elle se montre triste, morose, pessimiste. Elle a de la difficulté à calculer l'âge de son père et de sa mère à partir de leur date de naissance, ainsi qu'à dater depuis quand elle consulte des psychiatres et

depuis quand exactement elle se sent mal psychologiquement. Le contenu de la pensée est fixé sur ses problèmes de santé qui l'empêchent de faire quoi que ce soit, qui la fatiguent énormément, et sa crainte que sa santé ne se détériore davantage. Il n'est pas observé de signes de la lignée anxieuse ni psychotique. Comme ressources, retenons que l'expertisée a pu se marier et fonder une famille, elle parle deux langues et peut compter sur le soutien de son réseau familial. En conclusion, le tableau clinique que présente l'expertisée, associant un syndrome douloureux chronique et une symptomatologie dépressive chronique est compatible avec le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). En effet, l'expert rhumatologue note que : Le tableau ne correspond pas typiquement à celui d'une fibromyalgie mais est fortement évocateur d'un trouble douloureux somatoforme... Du point de vue objectif, quatre rhumatologues différents ont constaté de discrets signes inflammatoires ou une absence de ceci et les IRM et scintigraphies osseuses n'ont pas démontré d'activité inflammatoire d'une éventuelle maladie rhumatismale... L'ensemble du tableau évoque la présence d'un syndrome douloureux chronique qui ne s'explique pas par les atteintes organiques somatiques. Le syndrome douloureux assure à cette expertisée une aide et une sollicitude accrue, notamment de la part de son proche entourage familial qui prend en charge entre autres les tâches ménagères et administratives. D'après la grille d'examen en cas de troubles somatoformes découlant de l'arrêt du Tribunal Fédéral du 3 juin 2015, nous retiendrons qu'il n'existe pas d'autres troubles psychiques ni de trouble de la personnalité. La symptomatologie dépressive chronique dont l'intensité est directement proportionnelle à celle des douleurs, est à mettre sur le compte du trouble somatoforme et ne rentre pas à notre avis dans le cadre d'un trouble dépressif. L'expertisée a les ressources suivantes : a pu se marier et fonder une famille, elle parle deux langues et peut compter sur le soutien de son réseau familial. Par contre elle semble s'être installée dans son rôle de malade physique. Des mesures de réadaptation sont exigibles du point de vue psychiatrique. L'expertisée ne travaille plus depuis 15 ans et est complètement bloquée dans une attitude de malade physique. Une réadaptation professionnelle à but thérapeutique pourrait être intéressante afin de réentraîner l'assurée au travail et lui permettre idéalement de reprendre confiance dans ses capacités physiques. Concernant la cohérence, la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes, elle est suivie régulièrement par son psychiatre traitant. Elle a bien collaboré avec les trois experts. En l'absence de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique, la capacité de travail est complète dans toute activité sans diminution de rendement. » En relation avec le caractère incapacitant des atteintes, les experts observaient notamment que le rhumatisme inflammatoire entéro-pathique était cliniquement peu actif depuis que le diagnostic avait été posé en 2002 et n'entravait pas de façon très importante les capacités fonctionnelles de la recourante, les troubles n'étant ni constants, ni majeurs. La recourante présentait néanmoins des limitations physiques, non continues, sous la forme d'une diminution de la mobilité, de la dextérité et de la force, de diarrhées et d'urgences défécatoires, dites limitations induisant une diminution de rendement annuelle estimée à 20 % dans une activité à plein temps, existant vraisemblablement depuis le rapport du SMR en 2005. La capacité de travail était complète en temps avec une diminution de rendement de 20 % en toute activité autorisant un accès facilité aux lieux d'aisance ainsi qu'un travail stable et non physique. Le 19 janvier 2017, l'OAI a déposé ses déterminations sur l'expertise pluridisciplinaire en se référant à l'avis du SMR du 11 janvier 2017, signé du Dr H. \_\_\_\_\_, lequel estimait que les conclusions des experts, se basant sur les résultats de l'examen clinique et sur l'étude du dossier, étaient fondées et cohérentes. Des signes de non organicité et des incohérences cliniques avaient à

nouveau été retrouvés par les experts. Leurs diagnostics et conclusions confirmaient globalement celles du rapport d'examen SMR d'avril 2005. En date du 10 février 2017, la recourante s'est déterminée sur l'expertise pluridisciplinaire, la considérant incomplète et même contradictoire, tant sur l'aspect du diagnostic posé que sur les effets des maladies retenues, se référant en cela à un avis du Prof. G. \_\_\_\_\_ du 3 février 2017. Ce médecin considérait paradoxal que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant soit retenu alors que sa patiente présentait deux pathologies organiques qui expliquaient médicalement les douleurs. L'évaluation de l'activité de la spondylarthrite était partielle, inadéquate et biaisée, les experts se basant uniquement sur la présence de synovites ou d'un syndrome inflammatoire pour apprécier cette activité, laquelle ne pouvait toutefois être réduite à l'examen de ces seuls éléments. Il convenait en effet de prendre en compte la fatigue, les douleurs et l'atteinte enthésitique pour juger de l'activité de la maladie. Le Prof. G. \_\_\_\_\_ retenait encore que l'atteinte enthésitique était potentiellement aggravée par une fibromyalgie secondaire, dont les experts taisaient l'existence. Il discutait encore de la prescription médicale et observait que selon la littérature médicale, il était clairement démontré que la fatigue et les douleurs constituaient les paramètres les plus prédictifs pour juger d'une incapacité de travail ou d'une invalidité, et certainement pas le syndrome inflammatoire. Selon ce médecin, il n'était pas adéquat médicalement de juger d'une capacité de travail sur la présence ou non d'un syndrome inflammatoire. De multiples patients pouvaient reprendre une activité professionnelle si les douleurs disparaissaient quand bien même ils présentaient un syndrome inflammatoire biologique persistant mais non gênant. Dans ces mêmes déterminations, la recourante observait que les experts gastroentérologue et rhumatologue parvenaient chacun à la conclusion d'une diminution de rendement de 20 % alors que dans les réponses au questionnaire, ils concluaient à une diminution de rendement globale de 20 %. Selon la recourante, le rapport d'expertise s'avérait incomplet en l'absence d'examen des éventuelles interactions entre les différentes maladies. Enfin, elle indiquait que l'expert A. \_\_\_\_\_ avait suivi une formation complémentaire de la Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances en 2006, révélatrice d'une proximité de cet expert des milieux asséculo-logiques, n'offrant pas, au stade de la simple vraisemblance, une garantie d'impartialité. bb) Dans un rapport complémentaire du 24 octobre 2017, les experts rhumatologue et gastroentérologue ont répondu à diverses questions de la recourante, notamment : « [...] 2. N'est-il pas contradictoire que de poser un diagnostic comportant ces deux maladies [réd. : le rhumatisme inflammatoire entéropathique et le syndrome douloureux chronique] ? les douleurs de Madame J. \_\_\_\_\_ ne s'expliquent-elles finalement pas par la présence de ce syndrome inflammatoire biologique persistant ? Sur le plan rhumatologique, non car dans le cas présent ni l'examen clinique ni les investigations paracliniques n'ont montré de syndrome inflammatoire persistant. Sur le plan gastro-entérologique, dans la mesure où les examens radiologiques ne mettent pas clairement en évidence une altération de l'articulation telle qu'une atteinte osseuse ou un œdème, ces deux diagnostics peuvent de fait coexister de façon non contradictoire. [...] 4. Quels sont les symptômes d'un syndrome inflammatoire biologique persistant comme celui dont souffre Madame J. \_\_\_\_\_ ? Sur le plan rhumatologique, les symptômes sont des plaintes subjectives, parfois mal définies, par exemple douleurs, myalgies, arthralgies, fatigue, asthénie. Pour parler d'un syndrome inflammatoire biologique, il faut par définition mesurer des valeurs pathologiques dans les examens biologiques, par exemple une élévation de la vitesse de sédimentation ou de la protéine-C-réactive ou d'autres éléments d'accompagnement tels qu'une anémie, une

élévation de la ferritine ou d'autres variations encore qui ne sont pas rapportées dans le cas de cette expertisée. Sur le plan gastro-entérologique, les symptômes d'un syndrome inflammatoire biologique persistant sont essentiellement d'ordre subjectif et généralement associe[nt] asthénie, douleurs chroniques mal systématisables ou d'ordre objectif tel que l'anémie (anémie inflammatoire). Pour retenir ce diagnostic, des paramètres biologiques doivent être objectivables, à savoir, anémie inflammatoire avec élévation de la ferritine, élévation de la CRP et/ou élévation de la vitesse de sédimentation. 5. Lesquels de ces symptômes ont une incidence sur la capacité de travail d'une personne ? Sur le plan rhumatologique, on ne peut pas répondre précisément. On peut ajouter que selon la Swiss Insurance Medicine : une appréciation fiable de l'exigibilité des assurés ayant des douleurs chroniques présuppose que ceux-ci coopèrent bien, soient motivés et que les douleurs et les résultats d'examens soient consistants. [...] » Dans ses déterminations du 21 novembre 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions antérieures dans la mesure où le rapport d'expertise complémentaire rejoignait très largement les résultats de sa propre instruction médicale. En date du 16 avril 2018, la recourante a communiqué ses déterminations sur le rapport d'expertise complémentaire, se fondant principalement sur un avis du Prof. G. \_\_\_\_\_ du 24 mars 2018, lequel se prononçait sur l'expertise, qu'il qualifiait de globalement lacunaire et biaisée, et sur son complément. Le médecin traitant de la recourante reprochait aux experts d'avoir rapporté les éléments privilégiant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et systématiquement rejeté ceux favorisant les diagnostics somatiques, de ne pas avoir visualisé eux-mêmes les examens d'imagerie, de ne pas avoir relevé les troubles dégénératifs présents chez sa patiente déjà à l'âge de 31 ans, de juger la maladie de Crohn comme possible plutôt que comme une vraie pathologie invalidante, de ne pas s'étonner des anomalies histologiques chroniques démontrant a posteriori la présence continue d'une activité à bas bruit, de se prévaloir d'une anamnèse imprécise et floue pour argumenter leurs doutes quant à l'existence d'une atteinte rhumatismale ou digestive significative, et d'attribuer au trouble somatoforme, soit par ignorance, soit par partialité, toutes les plaintes symptomatiques et les anomalies objectives de l'examen clinique. Par ailleurs, selon le Prof. G. \_\_\_\_\_, l'évaluation par les experts de l'activité de la maladie rhumatologique était inadéquate dans la mesure où ils réduisaient, à tort, l'activité de cette maladie aux critères de la présence de synovites et d'un syndrome inflammatoire, ceci sans prendre en compte d'une part l'existence de tuméfactions, d'autre part de la fatigue, des douleurs et de l'atteinte enthésitique imputées à tort au trouble somatoforme. En présence de troubles somatiques avérés, le diagnostic de trouble somatoforme était difficilement admissible. Enfin, le Prof. G. \_\_\_\_\_ attestait d'une activité et d'un retentissement fonctionnel importants de la spondylarthrite, le traitement de Remicade à forte dose ne permettant que de contrôler le syndrome inflammatoire et partiellement les atteintes digestives et articulaires avec une maladie résiduelle sévère et incompatible avec une activité professionnelle. Dans un avis SMR du 30 avril 2018, le Dr H. \_\_\_\_\_ a observé que le Prof. G. \_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments médicaux objectifs permettant de remettre en cause les conclusions des experts et qu'étaient déterminantes les limitations fonctionnelles plutôt que la discussion diagnostique. cc) Invités à préciser les critères fondant la diminution de rendement, les experts A. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ ont répondu ce qui suit le 25 juin 2018 : « Sur la base de l'analyse du dossier et de l'entretien que l'expert gastroentérologique a eu avec la patiente, il a retenu que sa symptomatologie digestive justifiait une diminution de rendement d'environ 20 %. Ce pourcentage constitue une appréciation globale qui se base essentiellement sur l'anamnèse puisque, comme il l'a déjà

mentionné, les examens endoscopiques et biologiques faisaient état d'une maladie de Crohn en rémission et il retenait également une composante fonctionnelle concomitante sans pour autant pouvoir, de façon précise, attribuer un pourcentage de troubles à la maladie organique et un pourcentage de troubles à la maladie fonctionnelle. Cela étant, en lisant les commentaires et conclusions de l'expert rhumatologue, il existe des similitudes entre la situation rhumatologique et la situation gastroentérologique qui rend également difficile la quantification objective des troubles imputables à une maladie articulaire somatique ou à une somatisation. L'expérience montre que ces troubles fonctionnels n'ont pas un caractère constant et/ou fixé mais qu'ils fluctuent dans le temps. Il est par conséquent possible de postuler que la diminution de rendement de 20 % « gastroentérologique » ne soit pas cumulable purement mathématiquement au 20 % « rhumatologique » et que dans ce contexte, la diminution de 20 % global constitue une appréciation qui rend compte de la fluctuation des troubles rhumatologiques et digestifs. » Dans ses déterminations du 12 juillet 2018, l'OAI a retenu qu'une diminution de rendement globale supérieure à 20 % ne se justifiait pas et confirmé ses conclusions. Le 27 juillet 2018, la recourante a contesté l'évaluation de la diminution de rendement par les experts. Elle s'est fondée sur un avis du Prof. G. \_\_\_\_\_ du 19 juillet 2018, lequel relevait d'une part l'absence d'analyse scientifique par les experts ou de référence à la littérature médicale et d'autre part que la constance de l'atteinte rhumatologique justifiait que ses répercussions sur la capacité de travail soient cumulées avec celles de l'atteinte gastroentérologique. La recourante a par ailleurs observé que le caractère non constant des atteintes n'avait étonnamment pas été mentionné dans le premier rapport d'expertise et qu'il n'était pas crédible de retenir une moyenne de 20 % en présence d'atteintes entraînant des diminutions de rendement fluctuantes. Elle a conclu à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique. dd) Donnant suite à une requête du 22 mars 2019 sollicitant une appréciation de la capacité de travail entre 2001 et 2005, les experts du B. \_\_\_\_\_ ont complété leur expertise en date du 17 avril 2019, comme suit : « Sur le plan gastro-entérologique, Capacité de travail de l'assurée entre 2001 et 2005 : L'appréciation gastroentérologique est quelque peu délicate et ne peut se référer qu'aux rapports à disposition lors de l'établissement de l'expertise. Il s'agit d'une période charnière puisque la patiente présentait une symptomatologie digestive encore non étiquetée avec des diarrhées importantes, de caractère aqueux, avec une perte de poids et une diminution de l'état général. Le point crucial se situe en mars 2002 où l'on met en évidence des lésions œdématisées au niveau du duodénum et que les biopsies permettent d'envisager le diagnostic de maladie de Crohn. Ce diagnostic semble être confirmé en avril 2002 suite à la réalisation de la coloscopie puisque l'on peut confirmer qu'il existe des lésions inflammatoires intéressant à la fois le duodénum et l'iléon terminal alors que l'aspect du côlon n'est pas suggestif. En mai 2002, une vidéo-capsule endoscopique confirmera la présence de lésions érosives au niveau du duodénum, du jéjunum et de l'iléon terminal. C'est en 2002 que sera instauré un traitement à visée intestinale mais il est difficile de se prononcer sur la capacité de travail sur un plan gastro-entérologique à cette époque. Il est vraisemblable qu'une amélioration ait été induite par les traitements instaurés mais sur la base des éléments à disposition, je suis dans l'incapacité de me prononcer quant à l'éventuelle capacité de travail résiduelle durant cette période. Concernant les raisons pour lesquelles nos conclusions sont différentes des experts du R. \_\_\_\_\_ et du Docteur P. \_\_\_\_\_ : Je pense qu'il faut dans un premier temps mentionner que nos appréciations sont d'une part le fruit d'une expertise pluridisciplinaire, psychiatrique, rhumatologique et gastroentérologique, et que d'autre part elles se basent sur des constatations de 2016.

Exception faite du volet psychiatrique sur lequel je ne me prononcerai pas, les appréciations rhumatologique et gastro-entérologique s'appuient sur des éléments objectifs (examen clinique, paramètres biologiques et examens complémentaires qu'ils soient radiologiques ou endoscopiques) et des éléments subjectifs, qui sont anamnestiques. L'évaluation de la capacité de travail de l'assurée et l'évaluation de son rendement tiennent par conséquent compte de ces deux volets. L'absence de modification radiologique au niveau articulaire ne permet pas de réfuter l'absence d'une manifestation articulaire extra-digestive dans le contexte d'une maladie inflammatoire de l'intestin puisqu'il a bien été démontré que les atteintes entéropathiques articulaires n'avaient parfois pas de telles traductions. De plus, comme je l'ai déjà mentionné dans un compte rendu préalable, la composante fonctionnelle rend cette appréciation encore plus délicate. Dans l'état, postuler sur la capacité résiduelle de travail antérieure m'est impossible mais l'appréciation que nous avons donnée en 2016 me paraît suffisante pour expliquer les raisons pour lesquelles nos conclusions n'ont pas été identiques à celles des expertises préalables. Sur le plan rhumatologique, Il n'y a pas vraiment de divergence entre les experts du R. \_\_\_\_\_, le Docteur P. \_\_\_\_\_ et nos conclusions quant à la présence d'un rhumatisme inflammatoire entéropathique. Comme nous l'avons constaté, ce rhumatisme inflammatoire est peu actif dans le sens qu'il y a peu d'éléments objectifs soit à l'examen clinique, aux examens sanguins ou aux examens radiologiques pour démontrer une activité inflammatoire de la maladie. Ceci a d'ailleurs été constaté par les experts rhumatologues précédents. Nous pouvons également relever qu'un diagnostic de fibromyalgie est retenu par la Dresse Q. \_\_\_\_\_, rhumatologue, qui a suivi l'expertisée dès 2002. Ce diagnostic est également retenu lors de l'évaluation au SMR en 2005. En 2008 la Dresse C. \_\_\_\_\_, rhumatologue, retient un syndrome somatoforme douloureux persistant, en plus du rhumatisme inflammatoire entéropathique comme lors de notre propre évaluation. L'évaluation de la capacité de travail est toujours difficile dans les situations de fibromyalgie ou syndrome douloureux somatoforme persistant, associée à un rhumatisme inflammatoire. Dans le cas présent, les douleurs n'ont pas franchement un caractère inflammatoire, il y a très peu d'éléments objectifs en faveur de poussées inflammatoires tel que synovite ou arthrite périphérique au cours du temps, ni d'élément sanguin ou radiologique franchement pathologique. Cela nous amène à penser que l'importante gêne fonctionnelle rapportée par l'expertisée est davantage en lien avec le syndrome douloureux somatoforme qu'avec le rhumatisme inflammatoire. Celui-ci peut entraîner des troubles qui ne sont ni constants ni majeurs. Une diminution de la mobilité articulaire, de la force et de la dextérité est possible par moments, avec une estimation d'une diminution de rendement de 20 % sur l'année, comme déjà décrit précédemment. Il n'est pas possible d'être plus précis. En ce qui concerne l'incapacité de travail de l'expertisée entre 2001 et 2005, comme mentionné plus haut les rhumatologues ont diagnostiqué à cette période une fibromyalgie. Il n'y a pas de diagnostic incapacitant autre que l'apparition du rhumatisme inflammatoire entéropathique qui dans le cas présent peut entraîner une diminution de rendement de 20 % au maximum, comme expliqué ci-dessus. Sur le plan psychique, Nous nous écartons des conclusions de l'expert psychiatre du R. \_\_\_\_\_ car nous ne retenons pas le diagnostic de trouble dépressif majeur de degré moyen. En effet, lors de notre évaluation de juin 2016, l'expertisée nous a expliqué que la symptomatologie dépressive dont elle se plaignait, depuis environ 2001, était directement liée à son syndrome douloureux chronique. Aucun traitement antidépresseur n'était prescrit en juin 2016 (ni au moment de l'expertise au R. \_\_\_\_\_ en 2008), l'expertisée nous a expliqué qu'elle ne tolérait pas les effets secondaires des antidépresseurs que son psychiatre traitant lui avait

prescrit en 2006. La fréquence du suivi psychothérapeutique fluctuait entre une séance par semaine à une séance tous les trois mois. Pour ces raisons nous avons retenu un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant sans autre diagnostic psychiatrique. Nous n'avons pas non plus retrouvé de traits de personnalité pathologique ni dans la description que l'expertisée a fait de sa personnalité, ni dans son histoire personnelle, ni à l'examen psychiatrique. L'incapacité de travail entre 2001 et 2005 n'était pas en lien avec un trouble psychiatrique. En effet l'expertisée a consulté pour la première fois un psychiatre après l'évaluation du SMR en 2005. Dans ces conditions il est peu plausible que la souffrance psychique puisse être incapacitante entre 2001 et 2005. » En date du 14 mai 2019, l'OAI s'est déterminé sur cette expertise complémentaire en renvoyant à l'avis du SMR du 30 avril 2018 et en réitérant ses conclusions en rejet du recours. A l'appui de ses déterminations du 1 er juillet 2019, la recourante a produit un rapport du Prof. G. \_\_\_\_\_ du 7 juin 2019. Ce praticien observait que les experts avaient passé sous silence les effets de l'atteinte gastroentérologique, que leur appréciation de l'atteinte rhumatologique reposait sur un examen clinique biaisé en ce sens que les douleurs rapportées par sa patiente étaient corrélées au diagnostic, en l'occurrence erroné, de fibromyalgie et que leur évaluation des paramètres sanguins et de l'évolution érosive faisait abstraction de l'influence du traitement à base d'anti-TNF, outre qu'elle ne reposait pas sur des critères reconnus dans la littérature médicale et scientifique. La recourante concluait en conséquence à la mise en œuvre d'une seconde expertise rhumatologique. Par écriture du 6 août 2019, l'OAI a maintenu des conclusions en rejet du recours et produit un avis du SMR du 15 juillet 2019, signé du Dr H. \_\_\_\_\_, lequel observait pour l'essentiel que le tableau clinique demeurait inchangé et que le Prof. G. \_\_\_\_\_ n'apportait notamment pas d'éléments objectifs justifiant des limitations fonctionnelles nouvelles ignorées des experts. Le 7 octobre 2019, se fondant sur un nouveau rapport du Prof. G. \_\_\_\_\_ du 29 août 2019, la recourante a relevé que l'avis médical précité ne permettait pas de lever les incertitudes du rapport d'expertise et a réitéré ses conclusions antérieures. Le Prof. G. \_\_\_\_\_ répétait son désaccord sur le diagnostic de fibromyalgie posé par les experts et sur une évaluation des conséquences fonctionnelles de la maladie inflammatoire à la seule aune de son activité, soit sur des signes sans aucune valeur scientifique. Se référant à un dernier avis du SMR du 29 octobre 2019 du Dr H. \_\_\_\_\_, lequel constatait qu'il n'existait toujours pas d'élément médical objectif et clinique nouveau susceptible de remettre en cause les avis de l'ensemble des experts et spécialistes concernés, l'OAI a réitéré en date du 18 novembre 2019 ses conclusions en rejet du recours. La recourante n'a pas procédé plus avant. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité à partir du 1 er avril 2004. En effet, l'intimé reconnaît le droit à une rente entière du 1 er mars 2003 au 31 mars 2004 exclusivement, ce que la recourante conteste en concluant à l'allocation d'une rente entière de durée indéterminée dès le 1 er mars 2003. L'intéressée

critique en particulier la valeur probante des expertises médicales au dossier. 3. a) La LAI ayant subi trois révisions depuis 2003 et la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'AI, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas. b) Selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; TF 9C\_446/2013 et 9C\_469/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2). Le droit éventuel aux prestations litigieuses doit ainsi être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2003, au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, puis, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi, pour la période courant du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2011 au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>e</sup> révision de cette loi, et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 au regard des modifications consécutives au premier volet de la 6<sup>e</sup> révision de la LAI. Cela étant, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés. c) Par ailleurs, même s'il a été rendu postérieurement à la date de la décision litigieuse, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, correspondant à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004, une invalidité d'au moins 40 % ouvre le droit à un quart de rente, celle de 50 % au moins à une

demi-rente, et celle de 66 ■ % au moins à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI dans sa version postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004 (dont la teneur correspondant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 dans le cadre de la 5<sup>e</sup> révision de la LAI) énonce que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. d) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPG. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d). 5. a) Pour pouvoir 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 une base importante 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséurologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). d) En principe, le juge ne

s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

6. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des

circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'examen bidisciplinaire SMR du 30 mars 2005, l'expertise du R. \_\_\_\_\_ du 30 octobre 2008 et l'examen clinique rhumatologique SMR du 16 novembre 2010 pour retenir une incapacité totale de travail d'août 2002 à fin 2003 des suites de la maladie de Crohn, et après rémission de cette atteinte, une diminution de la capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée aux atteintes ostéo-articulaires ou rhumatologiques. La recourante a contesté cette appréciation, en se référant aux rapports de ses médecins traitants, notamment de son psychiatre, le Dr Z. \_\_\_\_\_ et plus particulièrement aux rapports transmis par son rhumatologue traitant, le Prof. G. \_\_\_\_\_, lesquels considèrent que leur patiente présente une incapacité de travail totale de longue date. Les divergences entre spécialistes, qu'ils soient experts ou médecins traitants, ont entraîné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, gastro-entérologie et psychiatrie, confiée au B. \_\_\_\_\_ et complétée à deux reprises.

b) S'agissant des atteintes somatiques, les experts du B. \_\_\_\_\_ ont retenu comme seuls diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un rhumatisme inflammatoire entéro-pathique et une maladie de Crohn à prédominance duodéno-jéjunale et iléale en rémission. En revanche, les troubles statiques du rachis, le status après opération d'hallux valgus et quintus varus aux pieds ainsi qu'un

syndrome de l'intestin irritable s'avéraient sans influence sur la capacité de travail, ce qu'aucune pièce médicale au dossier ne permet de réfuter, à tout le moins s'agissant de la période litigieuse, soit jusqu'au 22 août 2013. aa) Pour ce qui concerne la maladie de Crohn, l'état de santé de la recourante ne nécessite plus de suivi par un spécialiste depuis 2011, ce qui tend à confirmer un état stationnaire, respectivement une rémission. Les experts ont tenu compte, dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail, de l'allégation de diarrhées et d'urgences défécatoires en relation avec cette atteinte, également rapportées auprès du Dr W. \_\_\_\_\_ à la faveur d'une consultation du 23 décembre 2009 (rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 5 septembre 2014), pour conclure à une diminution de rendement. Ces symptômes n'ont pas été évoqués par la recourante auprès des experts du R. \_\_\_\_\_, lesquels considèrent également que les symptômes digestifs de la maladie de Crohn sont en rémission dans les suites du traitement de fond. Dans son rapport du 8 mars 2010, le Dr W. \_\_\_\_\_ relève une rémission endoscopique de la maladie de Crohn, contredite par les allégations de douleurs de la patiente et dans son rapport du 5 septembre 2014, il évalue à 50 % la capacité de travail de la recourante au seul motif de la mention par sa patiente de douleurs abdominales chroniques. Faute d'objectivation à la faveur d'un examen clinique, cette appréciation de la capacité de travail ne saurait être suivie, d'autant que lors de l'examen gastro-entérologique pratiqué par le Dr X. \_\_\_\_\_, l'auscultation de l'abdomen a révélé des bruits strictement normaux et s'il existait à la palpation une sensibilité diffuse accrue au niveau de l'hypochondre droit ainsi que de l'épigastrique, celle-ci se révélait sans défense, ni détente, ni palpation suspecte (expertise, p. 23). Il convient donc de retenir que la maladie de Crohn est effectivement en rémission et entraîne tout au plus une diminution de rendement. bb) Sur le plan rhumatologique, à l'instar des experts du B. \_\_\_\_\_, les experts du R. \_\_\_\_\_ et le Dr P. \_\_\_\_\_ retiennent le diagnostic de rhumatisme inflammatoire entéropathique. Quand même la codification CIM n'est pas strictement identique (M07.4 pour les experts du R. \_\_\_\_\_ et M13.09 pour le Dr P. \_\_\_\_\_) et non spécifiée par les experts du B. \_\_\_\_\_, il y a lieu d'admettre un diagnostic concordant, y compris avec celui de spondylarthrite entérocolique privilégié par le Prof. G. \_\_\_\_\_, dans la mesure où celui-ci définit cette atteinte comme un rhumatisme inflammatoire associé à une maladie de Crohn. Dans le cadre de l'examen bidisciplinaire du SMR du 30 mars 2005, le Dr T. \_\_\_\_\_ retient certes le diagnostic de fibromyalgie. Cette appréciation est cependant antérieure aux examens à l'origine du diagnostic de rhumatisme inflammatoire entéropathique et à la consultation du Prof. G. \_\_\_\_\_, ce qui autorise à relativiser la fiabilité de ce diagnostic. Au demeurant, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). À cela s'ajoute que sous l'angle juridique, les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux sont quoi qu'il en soit applicables par analogie lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (TF 9C\_877/2012 du 8 avril 2013 consid. 5.2), cette question étant discutée sous consid. 7c et 7e ci-dessous. En l'espèce, l'évaluation de la capacité de travail de sa patiente par le Prof. G. \_\_\_\_\_ s'oppose à l'avis de tous les spécialistes mandatés à titre d'expert ou autre. Le médecin traitant considère en effet que la recourante présente une incapacité de travail de longue date alors que celle-ci est évaluée entre 20 % et 40 % en fonction des auteurs et dates des examens cliniques, respectivement de la prise en compte d'une atteinte psychique. Plus exactement, la divergence réside dans la nature des paramètres déterminants pour apprécier la capacité de travail. Le Prof. G. \_\_\_\_\_

considère que l'évaluation de l'activité de la maladie ne se mesure pas aux seuls syndrome inflammatoire et synovites mais que la fatigue, les douleurs et l'atteinte enthésitique sont bien plus prédictives pour en juger. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). En l'occurrence, tant les Drs T. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ que A. \_\_\_\_\_ ont observé à la faveur de leurs examens cliniques respectifs que la recourante ne présentait pas ou peu de signes inflammatoires, ce que confirmaient les examens d'imagerie, à savoir les IRM et scintigraphies osseuses qui leur avaient été soumis ou qu'ils avaient eux-mêmes ordonnés. Dans le cadre du stage à l'Orif, le Dr N. \_\_\_\_\_ a trouvé peu de signes articulaires inflammatoires, au demeurant inconstants, et observé une déformation des IPP à deux doigts de chaque main, qualifiée cependant de légère. Aucun des nombreux rapports du Prof. G. \_\_\_\_\_ ne comprend la description d'un status ostéo-articulaire ou de précisions quant aux tuméfactions articulaires constatées. Au contraire, ce praticien évoque des atteintes touchant virtuellement toutes les articulations, sans détail aucun quant à leur localisation (rapport du 13 octobre 2014), ce qui est significatif d'une appréciation théorique et non clinique de l'atteinte. De plus, dans la mesure où l'objectivation de l'activité de la maladie est sujette à divergence d'opinions médicales et s'avère cruciale, la recourante ne produit aucune image attestant de la présence régulière de tuméfactions articulaires. Un auto-questionnaire des douleurs ne saurait par ailleurs avoir valeur probante en l'absence de test de validation reconnu scientifiquement et encore plus particulièrement en présence, comme constaté en l'occurrence, de discordance entre les éléments cliniques médicalement objectivés et les allégations de douleurs. De surcroît, l'expert rhumatologue du B. \_\_\_\_\_ a indiqué que sur la base de l'anamnèse, il n'existait pas d'élément clair en faveur de poussées inflammatoires telles que synovites ou arthrites périphériques et les symptômes décrits n'avaient pas franchement un caractère inflammatoire. Lors de l'examen clinique, il avait observé une collaboration par moments insuffisante de la recourante, des incohérences et des douleurs diffuses à la palpation ou à la mobilisation du corps, sans substrat organique. Ce constat, partagé par les spécialistes ayant précédemment examiné la recourante, ne fait que confirmer dans le cas d'espèce le caractère subjectif, à tout le moins partiellement, des douleurs rapportées par l'intéressée. L'allégation de fatigue présente elle aussi la particularité d'être subjective même si elle peut faire partie des symptômes des rhumatismes inflammatoires. Il n'en demeure pas moins que les techniques d'imagerie en coupes, plus particulièrement l'imagerie par résonance magnétique et l'échographie, sont des outils incontournables, non seulement dans le diagnostic précoce de la polyarthrite rhumatoïde, mais également pour en préciser le pronostic et mieux évaluer la réponse thérapeutique et qu'ils sont supérieurs à l'examen clinique pour détecter l'inflammation articulaire et devraient donc être pris en considération pour une évaluation plus précise de l'inflammation aux divers traitements (Rôle de l'imagerie dans le diagnostic et le suivi de la polyarthrite rhumatoïde, Zufferey et Becce, Revue médicale suisse, 2014, p. 585-589). Cela étant, il ne saurait être fait grief aux experts d'avoir privilégié les examens d'imagerie pour l'appréciation des effets du rhumatisme inflammatoire. Ils se sont par ailleurs fondés sur les résultats des examens biologiques (vitesse de sédimentation, de la protéine-C-réactive, élévation de la ferritine,...), lesquels

sont également des critères objectifs. Les experts du B. \_\_\_\_\_ n'ont pas pour autant dénié toute influence de l'atteinte rhumatologique sur la capacité de travail. En effet, ils retiennent une diminution de la mobilité, de la dextérité ainsi que de la force, rejoignant pour l'essentiel le Dr T. \_\_\_\_\_ (pas d'activités comportant une charge physique trop importante), les experts du R. \_\_\_\_\_ (éviter des activités répétitives et en force avec les membres supérieurs, des positions extrêmes de torsion du rachis, d'extension d'antéflexion ou en déséquilibre monopodal ; alternance des positions). Le Prof. G. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles. c) S'agissant de l'état de santé psychique de la requérante, son médecin psychiatre traitant, le Dr Z. \_\_\_\_\_, consulté depuis le 21 mars 2005, a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de trouble somatoforme douloureux persistant (rapport du 7 avril 2006) pour ensuite soutenir n'avoir jamais posé ce second diagnostic (rapport du 3 octobre 2014). Il a toujours considéré la capacité de travail de sa patiente nulle, sous réserve d'une légère amélioration entre 2008 et 2009 (rapport du 16 septembre 2009). L'expert psychiatre du R. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur de degré moyen présent depuis 2002 chez une personnalité à traits narcissiques décompensée et de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), seul ce dernier diagnostic étant retenu par l'expert psychiatre du B. \_\_\_\_\_. De son côté, le Prof. G. \_\_\_\_\_ nie tout trouble somatoforme douloureux au motif qu'il existe des troubles objectifs expliquant les douleurs présentées par la requérante. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, et a contrario sa négation, est l'apanage d'un médecin spécialiste en psychiatrie, lequel s'appuiera légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Or le Prof. G. \_\_\_\_\_ n'est pas psychiatre et de surcroît, la présence de troubles somatiques avérés n'exclut pas le diagnostic de trouble somatoforme ; en effet la CIM-10 (F45) précise en relation avec ce trouble que même s'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) n'est donc pas contestable. S'agissant des troubles de l'humeur, l'expert M. \_\_\_\_\_ a observé une symptomatologie dépressive à la faveur de son examen clinique, qu'il a qualifiée de chronique. Il a cependant considéré qu'elle était à mettre sur le compte du trouble somatoforme et ne rentrait pas dans le cadre d'un trouble dépressif. Il précise que son intensité est directement proportionnelle à celle des douleurs. Cette corrélation est confirmée par le médecin psychiatre traitant dans son rapport du 23 février 2012. Il ne saurait donc être considéré que l'expert du B. \_\_\_\_\_ a négligé de prendre en compte les symptômes de la lignée dépressive. Comme relevé ci-dessus, le diagnostic n'est pas déterminant en matière d'assurance-invalidité et par nature, un état dépressif est fluctuant avec pour corollaire que l'appréciation expertale pourra être influencée par l'intensité des symptômes présents au moment de l'examen. Il ne saurait donc être retenu de divergence cruciale entre les appréciations du Dr F. \_\_\_\_\_ et du Dr M. \_\_\_\_\_ s'agissant de l'état dépressif. Par ailleurs, l'irrégularité du suivi psychiatrique de même que l'absence de traitement médicamenteux tendent plutôt à confirmer que même si un trouble de l'humeur relevant de la classification CIM-10 devait être retenu indépendamment du trouble somatoforme douloureux, il ne serait vraisemblablement que léger. aa) Dans son appréciation, l'expert M. \_\_\_\_\_ a tenu compte des nouveaux critères posés par la jurisprudence en matière d'affections psychiques, de trouble somatoforme douloureux et troubles assimilés. Il a en effet examiné le caractère invalidant de l'atteinte

psychosomatique en appliquant la grille d'évaluation définie par la jurisprudence. L'expert procède, certes de manière succincte, à une analyse des ressources et limitations de la recourante ainsi qu'à un examen de la cohérence pour conclure à l'absence de limitations fonctionnelles et à une pleine capacité de travail sur le plan psychique. En premier lieu, s'il est relevé chez la recourante des incohérences à l'examen clinique, elles ne sont en revanche pas considérées comme des signes d'exagération ou de simulation. bb) S'agissant du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte psychosomatique, il n'apparaît pas qu'elle entraîne une souffrance intense, constante et quotidienne. La recourante se plaint en effet principalement d'une symptomatologie dépressive permanente qu'elle corrèle aux fluctuations de son atteinte somatique. Ses rendez-vous auprès de son médecin psychiatre traitant ont lieu au domicile de la demandeur, de façon épisodique, sans nécessité de maintenir un traitement antidépresseur de fond. Les modalités de cette prise en charge ne sont pas significatives d'une atteinte sensible aux ressources de la recourante, laquelle demeure capable d'initier un rendez-vous avec son psychiatre lorsqu'elle l'estime nécessaire. L'absence de réussite de la mesure auprès de l'Orif n'est pas non plus emblématique de ressources entamées mais plutôt d'un refus de l'assurée, pourtant décrite sans limitation fonctionnelle objective sur le plan articulaire ou digestif. En de telles conditions, la jurisprudence ne retient pas l'absence de ressources (TF 9C\_569/17 du 18 juillet 2018 consid. 5.2). Aucune comorbidité psychique n'est retenue par l'expert. Quant aux comorbidités physiques, il ne saurait être considéré qu'elles entravent les ressources de la recourante. Elles ont été ou sont toujours prises en charge et ce avec succès. La maladie de Crohn est en effet considérée en rémission, le rhumatisme inflammatoire est peu actif et les autres atteintes somatiques sont mineures ou guéries. La recourante ne présente pas non plus de trouble de la personnalité. Elle bénéficie toujours d'un réseau, certes essentiellement familial mais à l'évidence soutenant. Enfin, la description de ses activités quotidiennes étant congruente aux plaintes formulées en relation avec son état de santé, il ne saurait être retenu une quelconque incohérence. d) La capacité de travail de la recourante, et son évolution dans le temps, font l'objet d'appréciations divergentes. L'examen bidisciplinaire du 30 mars 2005 conclut à une incapacité de 30 % liée à la maladie de Crohn depuis le 5 mars 2002, puis de 20 %. En date du 30 octobre 2008, les experts du R. \_\_\_\_\_ retiennent, découlant de la même atteinte, une incapacité totale entre 2001 et janvier 2004, puis de 40 % pour les pathologies physique et psychique. Le Dr P. \_\_\_\_\_ considère en date du 12 janvier 2011 que le rhumatisme inflammatoire entéro-pathique est à l'origine d'une incapacité de travail de 40 % dès le 2 mai 2007. Les experts du B. \_\_\_\_\_ complètent leur expertise le 17 avril 2019 en expliquant, s'agissant de l'atteinte gastro-entérologique, qu'il est difficile de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail depuis 2002, notamment celle de la capacité de travail résiduelle après mise en place du traitement et amélioration de l'état de santé de la recourante, qu'en l'absence de prise en charge psychiatrique avant 2005, il paraissait peu plausible que la souffrance psychique antérieure soit incapacitante, que l'appréciation de l'incapacité de travail en présence d'un rhumatisme inflammatoire associé à une fibromyalgie ou un syndrome douloureux somatoforme persistant est toujours difficile mais qu'en l'occurrence, il ne pouvait qu'être confirmé que cette atteinte somatique pouvait entraîner une diminution de rendement de 20 %, et enfin s'agissant des divergences avec les conclusions du R. \_\_\_\_\_ et du Dr P. \_\_\_\_\_, que leur appréciation était pluridisciplinaire, fondée sur des constatations datant de 2016, s'appuyait sur des éléments objectifs et subjectifs, lesquels sont anamnestiques, avec pour corollaire que l'évaluation de la capacité de travail tient compte de ces deux types d'éléments. L'appréciation de la

capacité de travail dans le cadre de l'examen clinique SMR du 30 mars 2005 doit être écartée dans la mesure où elle repose sur un examen lacunaire de l'état de santé de la recourante, le diagnostic de rhumatisme inflammatoire n'ayant pas été posé en son temps. Celle du Dr P. \_\_\_\_\_ devra également l'être car monodisciplinaire. Quant aux divergences entre les expertises du R. \_\_\_\_\_ et du B. \_\_\_\_\_, elles sont toutes relatives. Les éléments anamnestiques personnels et les plaintes rapportées par la recourante aux experts n'auront probablement pas été exactement superposables compte tenu de l'intervalle séparant les deux expertises et peuvent expliquer les appréciations différentes de la capacité de travail. L'expert gastro-entérologue du B. \_\_\_\_\_ renonçant en fin de compte à apprécier la capacité de travail relevant de la maladie de Crohn entre 2001 et 2005 en invoquant la difficulté à reconstituer son évolution, aucun élément ne s'oppose à retenir les conclusions des experts du R. \_\_\_\_\_, savoir une incapacité totale inhérente à la maladie de Crohn entre 2001 et janvier 2004. En effet, dès fin 2003 à tout le moins, la pathologie digestive de la recourante était en rémission au point que son médecin traitant mentionnait un état stationnaire et attestait d'une inexigibilité de l'activité habituelle ainsi que d'une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée (rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 30 octobre 2003). Sous l'angle rhumatologique, la recourante faisait déjà l'objet d'un suivi médical depuis plusieurs mois. Les experts du R. \_\_\_\_\_ et du B. \_\_\_\_\_ s'accordent à retenir une limitation de la capacité de travail consécutive à cette atteinte. S'agissant de l'état de santé psychique, il est possible que les symptômes d'un trouble de l'humeur présents lors des examens cliniques psychiatriques respectifs aient pu être d'intensité différente et ainsi influé à la hausse le taux d'incapacité de travail retenu par les experts du R. \_\_\_\_\_. Quoi qu'il en soit, il doit être admis qu'à partir de janvier 2004, la recourante ne présentait plus qu'une diminution de rendement de 20 % dans une activité à plein temps (B. \_\_\_\_\_), respectivement une incapacité de travail de 40 % (R. \_\_\_\_\_), avec la réserve que cette dernière appréciation englobe également les répercussions de l'atteinte psychique, lesquelles ne sont plus mises en évidence en 2016. Cette différence de taux s'avère cependant sans incidence sur le droit à la rente ultérieure à mars 2004 pour les raisons exposées au consid. 8 ci-dessous. e) En résumé, les experts du B. \_\_\_\_\_, dont le rapport est au demeurant le seul à répondre aux dernières exigences jurisprudentielles, ont posé leur diagnostic dans les règles de l'art, sur la base d'une anamnèse complète, de l'ensemble des pièces du dossier, d'un examen clinique détaillé et en tenant compte des plaintes de la recourante. Dans leur appréciation, les experts ont en outre tenu compte des nouveaux critères posés par la jurisprudence en matière d'affections psychiques, de trouble somatoforme douloureux et troubles assimilés (consid. 6). A noter que si les experts ont relevé chez la recourante une exagération des symptômes, ils n'ont pas pour autant utilisé cet élément comme critère d'exclusion pour conclure à l'absence d'atteinte à la santé invalidante, mais ont, au contraire, examiné le caractère invalidant des atteintes psychosomatique et psychique en appliquant la grille d'évaluation définie par la jurisprudence. Leurs rapports d'expertise respectifs contiennent ainsi une analyse des ressources et limitations de la recourante ainsi qu'un examen de la cohérence. Dans la mesure où une atteinte psychosomatique est avérée et que les experts se sont prononcés sur sa capacité de travail au moyen de la procédure probatoire structurée, il importe peu, dans le cadre du présent litige, de déterminer si la recourante présente plutôt une fibromyalgie ou un trouble somatoforme douloureux. f) Enfin, la recourante a critiqué le choix de l'expert A. \_\_\_\_\_ au motif qu'il serait proche des milieux assécurologiques. Selon une jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un

centre d'expertise médicale, est régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue toutefois pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités). Par ailleurs, le nom de cet expert a été communiqué aux parties dans la phase de mise en œuvre de l'expertise et un délai leur a été fixé pour faire valoir un éventuel motif de récusation (cf. courrier du 3 mai 2016). La recourante a alors indiqué n'avoir aucune objection à la désignation des experts annoncés (courrier du 17 mai 2016). Sa réaction au stade des déterminations sur expertise est tardive, s'agissant d'un élément factuel datant de surcroît de 2006. 8. L'intimé a à bon droit octroyé une rente entière à la recourante du 1 er mars 2003, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année (art. 29 al. 2 LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) au 31 mars 2004, soit à l'échéance d'un délai de trois mois après l'amélioration de la capacité de travail (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Dès janvier 2004 à tout le moins, l'état de santé de la recourante présente une amélioration, justifiant selon l'intimé la suppression du droit à la rente. a) Le taux d'invalidité doit être déterminé en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec 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 (art. 16 LPG). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_230/2019 du 21 août 2019 consid. 2.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (ATF 129 V 222 consid. 4.2). En l'espèce, cette comparaison doit se faire au regard de la situation existant en 2004, dès lors que la rente est supprimée au cours de cette année (cf. pour un cas d'application : TF 8C\_515/2013 du 14 avril 2014 spéc. consid. 4.2 ; cf. également TF I 700/05 du 12 janvier 2007 consid. 8 et TFA I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 5.1 concernant le cas d'une rente temporaire). Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). b) En l'espèce, il ressort du rapport d'employeur du 28 août 2003 que le revenu annuel de la recourante s'élevait à 34'561 fr. en 2001. L'emploi de la recourante n'étant pas soumis à convention collective, le revenu annuel de 2004 doit être fixé sur la base de l'évolution des salaires nominaux (1,8 % en 2002, 1,4 % en 2003 et 0,9 % en 2004), et s'élève ainsi à 35'996 fr. 75. c) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/bb ; TF 9C\_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2 et 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En

l'absence de formation professionnelle dans une activité déterminée, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TF U 240/99 du 7 août 2001, in RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'en principe, il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (TF 8C\_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.3 in fine et les références ; TF 9C\_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.3.3, in SVR 2015 IV n° 8 p. 23). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; cf. TF 9C\_35/2015 du 19 août 2015 consid. 4.1 et 9C\_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2). d) S'agissant du revenu d'invalidité de l'assurée, le salaire de référence est, eu égard à l'activité de substitution qu'elle pourrait exercer dans une activité légère et adaptée, celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit en 2004, 3'893 fr. par mois (ESS 2004, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,7 heures ; La Vie économique, 12/2011, p. 98, B 9.2), ce montant doit être porté à 4'058 fr. 45, soit un revenu annuel de 48'701 fr. 45. En l'occurrence, les limitations fonctionnelles ne justifient pas d'abattement. Le R. \_\_\_\_\_ évalue en effet la capacité de travail à 60 %, diminution de rendement comprise, et les experts du B. \_\_\_\_\_ précisent que la diminution de rendement est consécutive aux limitations fonctionnelles. Au demeurant, celles-ci sont non continues et consistent en une diminution de la mobilité, de la dextérité, de la force ainsi qu'en la survenance de diarrhées et urgences défécatoires et au regard des activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services (tableau TA1\_skill\_level ESS 2004), un nombre suffisant d'entre elles correspondent à des travaux légers de telle sorte qu'une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie pas pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la recourante. En effet, un abattement n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C\_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; TF 8C\_174/2019 du 9 juillet 2019 consid. 5.2.2 et les arrêts cités), avec pour corollaire qu'aucun abattement ne se justifie non plus en relation avec l'absence de formation professionnelle de la recourante, le niveau de

compétence 4 (correspondant à l'actuel niveau 1) de l'ESS concernant une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (TF 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). L'âge n'entre pas non plus en ligne de compte, la recourante ayant moins de 30 ans au moment de la suppression du droit à la rente, soit un âge très éloigné de celui de la retraite. e) Cela étant, on obtient un revenu d'invalidité de 29'220 fr. 85 dans l'hypothèse d'une capacité de travail de 60 % qui, comparé avec le revenu sans invalidité de 35'996 fr. 75, donne un degré d'invalidité de 18,82 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Dans l'hypothèse d'une diminution de rendement de 20 % dans une activité exercée à plein temps, le revenu d'invalidité est de 38'961 fr. 15 et conduit à une absence de préjudice économique. 9. Le revenu mensuel de la recourante sans invalidité, de 2'999 fr. 75 en 2004, s'avère largement inférieur au salaire mensuel de référence d'une femme dans l'industrie du papier et du carton, atteignant en l'occurrence de 3'776 fr. par mois (ESS 2004, p. 53, TA1, ligne 21) de telle sorte que doit encore être déterminé le degré d'invalidité avec la méthode du parallélisme des revenus. En effet, lorsqu'avant la survenance de l'atteinte à la santé la personne assurée réalisait un revenu nettement inférieur aux salaires habituels dans sa branche d'activité pour des raisons étrangères à l'invalidité, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels lorsque pour une activité à temps complet, sans heures supplémentaires, il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique de la branche pour l'ensemble de la Suisse (ATF 141 V 1 ; TF 8C\_648/2009 du 24 mars 2010 consid. 6). Il convient alors de prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. En pratique, on peut tenir compte des facteurs étrangers à l'invalidité, pour déterminer le revenu sans invalidité, en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité pour le porter jusqu'à un montant correspondant au salaire statistique de la branche, mais réduit de 5 %, et renoncer à procéder à une déduction particulière en raison des mêmes facteurs lors du calcul du revenu avec invalidité au moyen de salaires statistiques. Dans ce dernier calcul, seule entre encore en considération une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2). En l'espèce, le revenu sans invalidité, compte tenu d'une semaine de travail de 41,7 heures et de la réduction de 5 %, serait de 44'875 fr. 85. Dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles, il ne peut être tenu compte des limitations liées à l'âge ainsi qu'à l'expérience et à la formation professionnelle. Les revenus avec invalidité s'avèrent donc identiques dans les deux méthodes de comparaison des revenus. Cela étant, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 44'875 fr. 85, le degré d'invalidité serait de 34,89 % comparé au revenu d'invalidité de 29'220 fr. 85 et de 13,18 % comparé au revenu d'invalidité de 38'961 fr. 15, toujours insuffisants pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. 10. Enfin, même dans l'hypothèse où une capacité de travail de 60 % devait être admise, avec pour corollaire l'examen du droit de la recourante à des mesures de d'ordre professionnel, ce droit devrait lui être dénié. En effet, après sommation de l'office intimé, la recourante a refusé implicitement des mesures d'ordre

professionnel (cf. courrier du 19 janvier 2012), de telle sorte que celles-ci seraient manifestement vouées à l'échec et ne devraient donc pas être allouées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 ; TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1). Par ailleurs, les atteintes à la santé de la recourante et les limitations fonctionnelles qui en découlent n'empêchent pas l'exercice de l'activité habituelle selon les experts du R.\_\_\_\_\_ et du B.\_\_\_\_\_, avec pour corollaire qu'elle ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement (TF 9C\_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2). 11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C\_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101 ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir d'ordonner une expertise rhumatologique. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée. 12. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 600 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). c) Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.