

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 496 vom 15. Juni 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-06-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2021\\_\\_496](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__496)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 496 du 15 juin 2021

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 496 del 15 giugno 2021

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.06.2021 Arrêt / 2021 / 496

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 156/19 - 180/2021 ZD19.017291 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 15 juin 2021 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Di Ferro Demierre , présidente Mme Röthenbacher et M. Neu, juges Greffière : Mme Mestre Carvalho \*\*\*\*\* Cause pendante entre : X. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 88a RAI. E n f a i t : A. X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse d'origine portugaise née en 1961, sans formation professionnelle, ayant essentiellement œuvré dans le cadre d'activités de conciergerie et de nettoyage, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 26 janvier 2010. Dans un rapport du 1 er mars 2010, le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches persistantes, ainsi que de status treize mois post-cure chirurgicale de hernie discale L4-L5 gauche. Il a plus particulièrement exposé que la patiente présentait des lombosciatalgies depuis le mois d'octobre 2008, avec une péjoration puis des hospitalisations et une cure chirurgicale début 2009 ; l'évolution avait ensuite été lentement favorable, avec une nouvelle aggravation début 2010. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a encore relevé que l'assurée n'était plus à même d'exercer son activité de concierge mais qu'une activité sans sollicitation vertébrale était envisageable – étant précisé qu'une activité dans différentes positions était exigible à raison de quatre à cinq heures par jour et qu'une activité uniquement en positions assise ou debout était exigible à concurrence de deux fois une heure par jour. Par rapport du 31 janvier 2011, le Dr S. \_\_\_\_\_ a signalé les atteintes incapacitantes de lombosciatalgies gauches persistantes avec status postcure chirurgicale d'une hernie discale L4-L5 gauche, de polyarthrite séronégative et de syndrome fibromyalgique. Il a expliqué que, depuis son précédent rapport, la situation était relativement stationnaire sur le plan lombaire mais que des investigations avaient conduit à un diagnostic de polyarthrite séronégative. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a ajouté que des troubles digestifs avaient également été investigués pour des épigastralgies et des douleurs sternales sans signe de maladie de reflux. Sous l'angle des restrictions physiques, il a évoqué une péjoration en raison de l'affection rhumatismale. Joint à ce rapport, figuraient notamment les documents suivants : - un rapport du 24 septembre 2010 du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, estimant qu'un trouble

somatoforme persistant était possible compte tenu des douleurs persistantes ; - un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) des poignets du 12 octobre 2010 rédigé par les Drs M.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, radiologues, concluant à une érosion de la tête des troisième et quatrième métacarpes de la main gauche actuellement en poussée inflammatoire, à une érosion non inflammatoire de la tête du troisième métacarpe de la main droite, à une discrète synovite carpienne dorsale et à l'absence de ténosynovite ; - un rapport du 2 novembre 2010 du Dr R.\_\_\_\_\_, concluant à une probable polyarthrite rhumatoïde avec synovite et érosions de la tête des troisième et quatrième métacarpiens de la main gauche et du troisième métacarpien de la main droite ; - un rapport du 8 décembre 2010 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, diagnostiquant des lombosciatalgies gauches chroniques, des polyarthralgies avec des synovites de la main gauche compatibles avec une polyarthrite séronégative, ainsi qu'un syndrome fibromyalgique, et observant que le travail de concierge était médicalement contre-indiqué et qu'il faudrait envisager une reconversion dans une activité légère sans port de charges, sans flexion et rotation du tronc, sans effort des mains et permettant les changements de position ; - un rapport du 22 décembre 2010 du Dr H.\_\_\_\_\_, expliquant que le diagnostic de polyarthrite était posé uniquement sur la base des examens d'imagerie mais en l'absence de syndrome inflammatoire sanguin ou de marqueur rhumatologique, qu'il n'y avait clairement pas de synovites d'un point de vue clinique et qu'il s'agissait donc d'une polyarthrite séronégative discrète – étant précisé que les lombosciatalgies après cure de hernie discale n'avaient aucun lien avec ce problème et qu'il s'y ajoutait un syndrome fibromyalgique responsable d'une partie non négligeable des douleurs. Sur mandat de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), une expertise a été mise en œuvre auprès du Centre [...] (ci-après : Centre T.\_\_\_\_\_), où l'assurée a été examinée par les Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport d'expertise du 14 août 2012, les experts ont retenu l'atteinte avec impact sur la capacité de travail de status après opération d'une hernie discale L5-S1 gauche en 2009. Ils ont par ailleurs posé des diagnostics non incapacitants consistant en un syndrome somatoforme douloureux persistant depuis 2010, une possible polyarthrite rhumatoïde séronégative, des troubles statiques modérés du rachis, une surcharge pondérale et une hypertension artérielle traitée. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont indiqué qu'elles étaient liées au status après opération de hernie discale ; en ce sens, les activités physiques exigeantes étaient contre-indiquées – notamment le port de charges de plus de 10 kg, les mouvements répétitifs en flexion/extension/rotation du tronc ou les positions statiques prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux. Cela étant, les experts ont retenu que la capacité de travail en tant que concierge était de l'ordre de 50 % depuis janvier 2010, respectivement que cette activité était exigible à plein temps mais avec un rendement de 50 %. En revanche, dans une activité respectant les limitations physiques susmentionnées, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement. Les experts ont plus particulièrement observé ce qui suit : " [...] En ce qui concerne l'éventuelle polyarthrite, il n'y a pas de signe d'arthrite ou de synovite typique. Pour rappel, le bilan biologique est négatif, la scintigraphie osseuse n'apporte pas d'argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire et les radiographies récentes des mains ne montrent pas d'érosion. On ne peut nier les images décrites à l'IRM, mais cet élément, certes suspect, n'est pas suffisant à lui seul pour poser le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Il y a lieu de suivre attentivement l'évolution. Même si l'on retenait une polyarthrite rhumatoïde séronégative, la présentation clinique est de faible importance et ne justifie pas une gêne

fonctionnelle de l'importance décrite par l'expertisée, contredite d'ailleurs par l'observation des mouvements fins effectués avec les doigts, par exemple pour déboutonner ou reboutonner le chemisier. Il convient d'intégrer ces plaintes dans le contexte général à l'examen clinique, on trouve les points algiques typiques d'une fibromyalgie mais également de nombreux autres points douloureux à la palpation. Cela évoque une fibromyalgie ou plutôt, vu les points de contrôle positifs, un trouble somatoforme douloureux persistant. [...] [...] [...] l'évaluation psychiatrique ne retient aucun diagnostic dans ce domaine. Il n'y a donc pas de comorbidité psychiatrique au syndrome somatoforme douloureux persistant. Il n'y a pas non plus de perte de l'intégration sociale chez cette expertisée qui continue à voir régulièrement ses amies. Les limitations dans les activités quotidiennes que décrit Madame X. \_\_\_\_\_ n'ont pas de lien avec une atteinte psychique. " Par avis du 21 août 2012, le Dr B. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est rallié aux conclusions des experts du Centre T. \_\_\_\_\_. D'une communication interne à l'OAI du 8 novembre 2012, il est ressorti qu'une capacité de travail de 50 % dans l'activité de concierge était peu vraisemblable et qu'il était plus adéquat de tabler sur une capacité de travail nulle dans cette activité. Par écriture du 30 novembre 2012, l'assurée a contesté l'expertise du Centre T. \_\_\_\_\_. Elle s'est notamment référée à un rapport établi le 16 octobre 2012 par le Dr H. \_\_\_\_\_, aux termes duquel ce médecin concluait à une fibromyalgie plutôt qu'à un syndrome somatoforme douloureux persistant, faute de sentiment de détresse. Il précisait toutefois que cela ne changeait rien puisque ces deux affections ne pouvaient pas être considérées comme incapacitantes en l'absence de comorbidité psychiatrique significative. Le Dr H. \_\_\_\_\_ estimait en outre que la capacité de travail était nulle dans l'activité de concierge et qu'elle était de 50 % dans une activité adaptée épargnant le dos et les mains. Après s'être initialement prononcé dans le sens d'un refus du droit à la rente compte tenu d'un degré d'invalidité de 10 % (cf. projets de décision des 15 juillet 2010 et 8 avril 2013), l'OAI a rendu le 1<sup>er</sup> avril 2014 un nouveau projet de décision dans le sens de l'allocation d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010. Dans le cadre des objections déposées le 1<sup>er</sup> mai 2014 à l'encontre de ce projet, l'assurée a produit un rapport du 14 avril 2014 du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin chef à la Clinique de rhumatologie de l'Hôpital [...], dont on extrait ce qui suit : " 1. On peut être formel en disant que Madame X. \_\_\_\_\_ souffre d'un rhumatisme inflammatoire, qu'on [...] peut classer le plus probablement de spondylarthropathie entérocolique. Le type exact de rhumatisme inflammatoire reste difficile à classer, certains de ces critères de classification étant auto-exclusif[s] et l'atteinte érosive n'étant pas typique pour le diagnostic le plus probable et le plus facile à poser de spondylarthropathie entérocolique chez une patiente qui souffre d'une maladie de Crohn établie. Toutefois, l'atteinte érosive n'est nullement un critère d'exclusion. Madame X. \_\_\_\_\_ souffre d'un rhumatisme inflammatoire chronique, agressif, périphérique et axial. [...] Une IRM pratiquée le 5 juin 2013 au [...] a objectivé de façon définitive cette atteinte en démontrant des spondylites inflammatoires sous forme d'hyperintensité dans la séquence pondérée T2 avec prise de contraste après injection de gadolinium, aussi bien sur la vertèbre D6 que D7. Cet examen démontre également une atteinte sacro-iliaque sous forme d'épanchement intra-articulaire bilatéral. Ces anomalies radiologiques confirment l'atteinte axiale, atteinte pathognomonique des groupes des spondylarthropathies. Madame X. \_\_\_\_\_ présente aussi une atteinte périphérique assez importante chez une patiente qui subjectivement se plaint d'une raideur matinale de plus d'une heure, la persistance de douleurs des mains, des poignets et des coudes, associées à de légères tuméfactions des

mains. Objectivement, à l'examen du 24 février, je retrouvais des synovites des deux poignets, des MCPs III et IV droites, II, III et IV gauches, ainsi que de l'IPP III de la main droite. Il existe également une atteinte au niveau du membre inférieur avec une synovite de la cheville gauche et des MTPs II ddc. Une fois encore, cette atteinte articulaire périphérique est confirmée objectivement par l'examen clinique avec la présence de synovites, mais également par des examens radiologiques avec une échographie SONAR en juillet 2013 qui démontre la présence de ténosynovites des fléchisseurs, les 2<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> rayons à droite et 4<sup>e</sup> rayon à gauche, alors que les radiographies standard et l'IRM démontrent une maladie érosive avec une atteinte des MCPs III et IV gauche, IV à droite connue, atteinte qui avait fait poser le diagnostic initial de polyarthrite rhumatoïde par le Dr H.\_\_\_\_\_.

Compte tenu de ces deux atteintes, une périphérique érosive et l'autre axiale, il est difficile de classer la maladie de manière absolue. Mme X.\_\_\_\_\_ présente des critères de classification d'une polyarthrite rhumatoïde érosive séronégative, mais également des signes objectifs d'atteinte axiale compatibles avec une spondylarthropathie chez une patiente qui souffre d'une maladie de Crohn. Les spondylarthropathies ne sont quasiment jamais érosives et le rhumatisme qui associe le plus souvent ces deux traits est une arthrite psoriasique chez une patiente qui n'a toutefois pas de psoriasis. [...] 2. [...] en l'état actuel et en me basant uniquement sur le problème rhumatologique, Madame X.\_\_\_\_\_ n'a pas de capacité résiduelle dans un travail physique. Elle présente une atteinte axiale touchant aussi bien le rachis cervical, dorsal que lombaire, atteinte rachidienne associée à des atteintes périphériques touchant les coudes, les poignets, les mains, les chevilles et les pieds. Les limitations fonctionnelles sont majeures puisqu'elle doit éviter le port de poids, la flexion, les mouvements répétés, la manutention, les éléments défavorisant de type froid, humidité, etc. De plus le rendement est réduit à plus de 50% de par cette atteinte articulaire. La patiente nécessite également des pauses et des changements de position beaucoup trop fréquents, besoins synonymes d'une diminution majeure de la productivité. On peut également s'attendre à l'apparition irrégulière de problèmes de santé compte tenu des multiples comorbidités avec des absences répétées. [...] 4. Les activités professionnelles possibles restent très théoriques si l'on tient compte de toutes ces limitations médicales à une activité professionnelle. Les activités autorisées doivent en effet être sans port de charge ou mouvements répétitifs, permettre des changements de position fréquents à la demande de la patiente, sans déplacement important en intérieur dans un milieu sans escalier ou autre élément architectural limitant [l]e déplacement. Il ne peut pas non plus s'agir d'un travail répétitif utilisant les mains ou les membres supérieurs compte tenu de l'atteinte de ceux-ci, et finalement des pauses fréquentes doivent être possibles. 5. Dans le domaine d'activité idéal qui permettrait de tenir compte de toutes les limitations possibles, on peut imaginer une activité à 50%, mais avec un rendement inférieur à 50% en raison des pauses." Par avis du 11 juin 2014, les Drs B.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, du SMR, ont conclu à une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise de 2012. Ils ont ainsi estimé que, depuis le mois de juin 2013, la capacité de travail dans une activité adaptée n'était que de 50 % avec une diminution de rendement de 20 % pour des pauses supplémentaires. Aux termes d'un projet de décision du 6 août 2014 annulant et remplaçant celui du 1<sup>er</sup> avril 2014, l'OAI s'est prononcé dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010 puis d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013. L'office a notamment retenu que, depuis le mois de janvier 2010, une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions). Procédant au calcul du préjudice économique

de l'assurée, l'OAI a arrêté le taux d'invalidité à 41% – taux ouvrant le droit à un quart de rente au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, soit dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010. A la suite toutefois de l'aggravation survenue dès le mois de juin 2013, la capacité de travail dans une activité adaptée atteignant depuis lors 50 % avec une diminution de rendement de 20 % pour des pauses supplémentaires. Réalisant sur cette base une nouvelle évaluation de la perte de gain, l'office a conséquemment fixé le taux d'invalidité à 74 %, ce qui ouvrait le droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2013, soit après trois mois d'aggravation. S'étant opposée au projet susdit, l'assurée a en particulier produit un rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 3 décembre 2014. Ce médecin y confirmait la présence d'une spondylarthrite entérocolique associée à une maladie de Crohn en 2010. Pour le Dr L. \_\_\_\_\_, il était en effet certain que la patiente présentait en 2010 un rhumatisme inflammatoire, dès lors que les Drs H. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ avaient à l'époque retenu une polyarthrite rhumatoïde séronégative et qu'un examen d'imagerie avait montré la preuve irréfutable d'une atteinte inflammatoire. Pour le Dr L. \_\_\_\_\_, ce n'était que la classification exacte du rhumatisme inflammatoire qui s'était quelque peu modifiée avec l'évolution et les années ; il n'y avait en revanche aucune raison de penser qu'il s'agissait d'un rhumatisme différent. Par avis du 6 janvier 2015, les Drs F. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_, du SMR, ont retenu que même si on pouvait éventuellement admettre que l'inflammation du poignet gauche en 2010 correspondait à un premier signe de spondylarthrite, il demeurerait que les limitations fonctionnelles objectives établies lors de l'expertise du Centre T. \_\_\_\_\_ ne justifiaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée ménageant le rachis ; c'était par la suite, dès le mois de juin 2013, qu'il y avait eu une aggravation de l'état de santé. Par trois décisions rendues le 26 mai 2015, l'OAI a confirmé son projet du 6 août 2014 et alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010 puis une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013. Saisie d'un recours de l'assurée à l'encontre des décisions précitées, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a admis par arrêt du 4 juillet 2016 (CASSO AI 183/15 – 176/2016), annulant la décision du 26 mai 2015 portant sur le droit à un quart de rente pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 31 août 2013, la cause étant à cet égard renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants, et confirmant les décisions du 26 mai 2015 portant sur le droit à une rente entière pour la période de 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 décembre 2014, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2015 et à compter du 1<sup>er</sup> juin 2015. La juridiction cantonale a notamment considéré que, sur le plan rhumatologique, il était constant que l'intéressée souffrait d'un status après opération d'une hernie discale L5-S1 gauche en 2009, engendrant depuis janvier 2010 des limitations fonctionnelles au niveau du port de charges de plus de 10 kg, des mouvements répétitifs en flexion/extension/rotation du tronc ou des positions statiques prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux. S'agissant de la spondylarthropathie signalée par le Dr L. \_\_\_\_\_ le 14 avril 2014 et à l'origine de l'aggravation de l'état de santé admise par l'OAI dès le mois de juin 2013, la Cour a observé que même si cette atteinte avait déjà pu être présente en 2010, cela ne signifiait pas encore que les limitations fonctionnelles y relatives étaient susceptibles d'entraver l'exercice d'une activité à cette époque – ce que le Dr L. \_\_\_\_\_ n'avait d'ailleurs pas confirmé. Il était toutefois probable que, considérant ce diagnostic tout au plus comme possible, les experts du Centre T. \_\_\_\_\_ n'aient pas examiné plus avant les éventuelles limitations fonctionnelles en relation notamment avec les poignets et les mains. A cela s'ajoutait que les douleurs ressenties par l'intéressée n'étaient pas toutes objectivées d'un point de vue rhumatologique et que l'interaction avec un trouble psychosomatique était

probable (consid. 7a). Or, si les diagnostics de fibromyalgie (Drs S. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_) et syndrome somatoforme douloureux persistant (Centre T. \_\_\_\_\_) avaient été évoqués, les éléments déterminants n'avaient pas été appréhendés à l'aune des principes jurisprudentiels applicables depuis l'ATF 141 V 281. Aussi y avait-il lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en œuvre un complément d'expertise pluridisciplinaire aux fins de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante à la lumière des principes susdits et compte tenu de la spondylarthropathie présente depuis 2010 (consid. 7b). B. Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre W. \_\_\_\_\_. Dans ce contexte, l'assurée a été examinée le 28 janvier 2017 par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 28 février 2017 par le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et le 16 mars 2017 par le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport du 13 juin 2017, les experts ont retenu ce qui suit : " F. SYNTHÈSE ET DISCUSSION [...] Situation actuelle et conclusions Sur le plan de la médecine interne Mis à part le diagnostic de spondylarthropathie entérocolique, il n'y a pas de diagnostic de médecine interne avec incidence sur la capacité de travail. L'hypertension artérielle, l'hyperglycémie légère et l'hypercholestérolémie sont actuellement normalisées, sans traitement. Du point de vue de la médecine interne pure, la capacité de travail a toujours été entière. Sur le plan rhumatologique Il s'agit d'une assurée de 55 ans se plaignant de polyarthralgies et de troubles digestifs qui ont fait poser un diagnostic de rhumatisme inflammatoire à type de spondylarthropathie entérocolique, les critères cliniques et paracliniques étant peu spécifiques. Elle est actuellement sous Humira et l'examen clinique objectif ne montre ni signe inflammatoire, ni limitation articulaire hormis une discrète raideur du poignet droit, et une raideur lombaire modérée. Si l'on admet le diagnostic de rhumatisme inflammatoire, celui-ci apparaît actuellement en rémission complète. Par ailleurs, il est allégué une raideur lombaire sur la cure de hernie discale L5-S1. L'examen clinique montre une limitation modérée mais sans Lasègue ni faux Lasègue, sans trouble des réflexes, ni déficit radiculaire. Il semble exister une forte composante psychosomatique avec tableau de fibromyalgie. Il n'y a donc pas de pathologie rhumatismale évolutive limitant la capacité de travail. Seules les douleurs musculaires dues à la fibromyalgie peuvent rendre pénibles les travaux nécessitant des efforts importants et répétés des membres supérieurs. On soulignera qu'il n'y a aucun handicap au niveau des membres inférieurs ; la capacité de marche est importante. Les polyarthralgies décrites depuis 2009 sont actuellement sans signes inflammatoires cliniques ou biologiques, sans anomalie des marqueurs rhumatologiques (pas de notion de positivité des tests au Latex et Waaler-Rose, d'anticorps spécifiques, de groupe tissulaire HLA B27), sans lésions radiologiques, sans hyperfixation scintigraphique, ayant fait poser le diagnostic de spondylarthropathie sur le seul critère d'érosions de la tête des 3ème et 4ème métacarpiens de la main gauche et du 3ème métacarpien de la main droite sur une IRM en 2010 et sur des images IRM d'hyperdensité en T2 de D6 et D7 avec signes d'épanchement sacro[-]iliaque. Il est également fait état de synovites qui ne sont pas retrouvées à l'examen clinique actuel. Elle est actuellement sous Humira mais ce traitement ne semble pas avoir modifié la symptomatologie, les doléances étant toujours les mêmes. Les critères sont insuffisants pour poser un diagnostic précis de rhumatisme inflammatoire. Si l'on admet toutefois le diagnostic possible de spondylarthropathie ent[é]rocolique, il s'agit d'une forme bénigne, actuellement sans signes objectif clinique ou biologique. Le tableau actuel est dominé par une fatigabilité, une certaine apathie, des douleurs diffuses non systématisées, évoquant plutôt une fibromyalgie. Sur le plan psychique [...] [...] Au

plan psychiatrique, l'assurée n'a pas de trouble incapacitant. Elle n'a pas de suivi psychiatrique. Elle peut réintégrer son travail. Elle bénéficie d'arrêt de travail pour des raisons somatiques, et non psychiatriques. A l'examen de ce jour, l'assurée ne présente pas de trouble psychiatrique spécifique, en dehors de crise anxieuse anamnétique, elle ne se plaint pas de gêne d'ordre psychique. La question de l'invalidité se pose du point de vue somatique et non psychiatrique. Evolution de la capacité de travail, au vu des troubles somatiques : l'assurée ne présentait pas de troubles psychiatrique incapacitant. [...] En conclusion [...] L'assurée, actuellement âgée de 55 ans, souffre de douleurs articulaires depuis 2010 dont l'évolution a débuté suite à une intervention rachidienne en 2009 pour hernie discale L5/S1, dont l'assurée s'était remise lui permettant de reprendre (partiellement) son travail de concierge, en évitant les travaux lourds en conséquence des LF définies à l'époque et toujours d'actualité en ce qui concerne le dos. Les douleurs articulaires avaient au début un aspect inflammatoire qui avait fait poser le diagnostic de spondylarthrite entérocolique donnant suite à un traitement biologique (Méthotrexate, ensuite Humira). Lors de l'expertise Centre T. \_\_\_\_\_ en 2012, aucune activité inflammatoire n'a été observée et le diagnostic de fibromyalgie, voire TSDP a été préconisé. Nous n'avons donc pas lieu de revenir sur cette appréciation et son estimation de CT. En 2014 le Prof L. \_\_\_\_\_ modifie cette appréciation sur la base des altérations radiologiques au niveau des mains et postule une atteinte rhumatismale depuis 2010, ce qui est discutable malgré les observations en 2012 (Centre T. \_\_\_\_\_), mais n'a pas de conséquences sur la CT et son évolution. Actuellement nous n'observons pas de signes inflammatoires et retrouvons un tableau clinique semblable à celui de 2012 (Centre T. \_\_\_\_\_), ne pouvant donc pas suivre entièrement les réflexions du Prof L. \_\_\_\_\_. De ce fait nous sommes d'avis que entre 2010 et 2013 la CT résiduelle était celle retenue par Centre T. \_\_\_\_\_ et adoptée par l'OAI et correspondant à celle définie par le Dr F. \_\_\_\_\_ en 2014. Aujourd'hui la CT est décrite sous [qu]estio[n] VI/2 (page 28).

**G. REPONSES AUX QUESTIONS I. ATTEINTE A LA SANTE 1. Manifestation et gravité des constats objectifs** L'assurée souffre d'un status post opération d'une hernie discale L5-S1 en 2009, sur laquelle s'est développé une spondylarthropathie, accompagnée d'une atteinte inflammatoire intestinale. L'arthropathie atteint, chez l'assurée, les poignets, le genou droit et les articulations métacarpo-phalangiennes 3 et 4 de la main gauche, où sont documentées des altérations radiologiquement discernables. Actuellement, la situation est stable et il n'y a pas d'activité inflammatoire, contrairement encore à 2014.

**2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé** Fatigue, raideurs lombaires, limitations dans la rapidité et la lourdeur de l'utilisation des membres supérieurs, ainsi qu'au niveau de la colonne lombaire, qui empêchent de lever des poids au-dessus de 5 kg, et d'accomplir des travaux lourds (conciergerie, tel que poubelles, tondeuse, etc.). [...]

**III. DIAGNOSTICS 1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail - Spondylarthropathie entérocolique avec atteinte sacro-iliaque et des articulations métacarpo-phalangienne[s] 3 et 4 à gauche. - Status post opération de hernie discale L5-S1 en 2009. 2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail - Hypertension artérielle traitée. - Hypercholestérolémie traitée. 3. Interactions des diagnostics** La spondylarthrite entérocolique est une entité diagnostique se répercutant sur plusieurs niveaux de muqueuses (intestinale et synoviale). Actuellement, la situation est stabilisée sous médication forte (Humira), dont les effets secondaires peuvent être importants (fatigue, troubles intestinaux, troubles immunologiques).

**4. Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de**

l'assurée dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts En cas de rechute de la maladie, celle-ci se manifestera par des troubles de défécation irréguliers, nécessitant la proximité de toilettes, et par des limitations fonctionnelles suivant les articulations touchées. [...] VI. CAPACITE DE TRAVAIL 1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici ? Dans l'activité dernière de concierge d'immeuble, la tâche de travail exigée à ce poste n'est plus possible. 2. Capacité de travail [...] dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée ? Dans une activité sédentaire, ne nécessitant pas d'effort de manutention important, d'effort et de mouvements répétés des membres supérieurs, de travaux en élévation des bras, de travaux nécessitant des mouvements de flexions répétées ou de maintien en flexion prolongés du rachis lombaire, la capacité de travail est de 100%. Il faut néanmoins considérer un rendement diminué d'environ 20%, en particulier également si la maladie reprenait une activité au niveau intestinal, nécessitant des passages aux toilettes répétés et prolongés. " Par avis du 29 juin 2017, le Dr J. \_\_\_\_\_, du SMR, s'est rallié aux conclusions des experts du Centre W. \_\_\_\_\_. En date du 27 juillet 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 31 août 2013 puis d'une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013. L'office a notamment considéré que l'instruction complémentaire diligentée à la suite de l'arrêt cantonal du 4 juillet 2016 venait confirmer la décision du 26 mai 2015. Par écrit de son conseil du 9 août 2017, l'assurée a contesté le projet susdit. Elle a complété ses objections le 6 novembre suivant, transmettant un rapport établi le 31 octobre 2017 par le Dr L. \_\_\_\_\_. Ce dernier y exposait que la présence d'une affection articulaire inflammatoire était attestée par l'évolution et les observations des Drs H. \_\_\_\_\_, R. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ et que, en particulier, l'IRM permettait d'affirmer la présence d'une atteinte inflammatoire au niveau des poignets en 2010, atteinte ne pouvant être expliquée par le problème rachidien ou une fibromyalgie. Cela étant, le Dr L. \_\_\_\_\_ estimait les conclusions de l'expertise du Centre W. \_\_\_\_\_ de 2012 [sic] discutables. Il relevait notamment qu'il était impossible de différencier les points de fibromyalgie des points d'enthésopathies caractéristiques de la maladie et que, si les altérations radiologiques observées n'avaient certes pas de conséquence en elles-mêmes sur la capacité de travail, il était en revanche faux de penser que l'absence de signe inflammatoire témoignait d'une maladie inactive. Le Dr L. \_\_\_\_\_ indiquait de surcroît que, dans un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie, la capacité de travail était définie par le retentissement fonctionnel de la maladie en termes de fonction, douleurs, handicap et fatigue ; or rien dans l'expertise n'amenait à penser que ces éléments avaient été examinés avec les outils adéquats, le Dr L. \_\_\_\_\_ énumérant à cet égard différents tests. Il précisait encore que, sous traitement, les plaintes avaient diminué en quantité et en sévérité mais pas au point de permettre une reprise du travail, de nombreuses études ayant à cet égard montré que les traitements stabilisaient les patients sans leur permettre de retrouver leur ancienne capacité de travail. Enfin, le Dr L. \_\_\_\_\_ soulignait que la patiente présentait une atteinte à la santé sévère et qu'elle était surtout fatiguée avec des douleurs et une limitation fonctionnelle la rendant incapable d'avoir une activité professionnelle, la capacité de travail étant conséquemment nulle dans l'ancienne activité comme dans une activité adaptée. Aux termes d'un avis du Service juridique de l'OAI du 18 décembre 2017, il a été rappelé que l'expertise pluridisciplinaire ordonnée le 4 juillet 2016 par la juridiction cantonale devait permettre de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée avant juin 2013, à l'aune des nouveaux indicateurs, et compte tenu de l'atteinte rhumatologique présente depuis 2010 – étant souligné que l'aggravation de l'état

de santé dès le mois de juin 2013 en raison de la spondylarthrite et l'octroi de la rente entière trois mois plus tard n'étaient pas remis en question. Aussi y avait-il lieu d'interpeller les experts du Centre W. \_\_\_\_\_ quant à l'exclusion de tout trouble psychosomatique et quant au rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 31 octobre 2017. Faisant suite à cette interpellation, la Dre C. \_\_\_\_\_, directrice médicale du Centre W. \_\_\_\_\_, a exposé ce qui suit dans un compte-rendu du 13 mars 2018 : " Nous n'avons pas trouvé d'éléments en faveur d'un syndrome somatoforme douloureux : les activités quotidiennes de l'expertisée montrent qu'elle n'est pas envahie par les douleurs et que ces dernières ne sont pas sa préoccupation principale. De plus, il n'y a pas de sentiment de détresse. Par ailleurs, l'expertise du Centre T. \_\_\_\_\_ précise, en 2012, qu'une fibromyalgie ne peut pas être retenue étant donné la positivité des points de contrôle à la palpation ; il y est effectivement fait mention d'un trouble somatoforme douloureux, que le Dr H. \_\_\_\_\_, rhumatologue traitant, récuse précisément en l'absence de détresse. [...] Concernant le nouveau rapport du Prof. L. \_\_\_\_\_, du 31.10.2017, on constate tout d'abord qu'à l'inverse de ce qu'il écrit concernant l'expert[ise] du Centre W. \_\_\_\_\_, il veut absolument en faire une atteinte douloureuse inflammatoire. S'il existe effectivement des synovites sans signes biologiques d'inflammation, on peut raisonnablement déduire que, dans ces rares situations, les conséquences systémiques de l'inflammation – anémie, fatigue, etc. – font défaut. Et puis on relèvera que l'expertisée est asymptomatique sous Humira ; quelle que soit l'affection retenue, son retentissement fonctionnel est minime si l'on respecte certaines limitations. [...] " A teneur d'un avis du Service juridique de l'OAI du 17 avril 2018, une capacité de travail de 100 % avec diminution de rendement de 20 % a été retenue pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 31 août 2013. Il y avait en outre lieu de réviser l'octroi d'une rente entière eu égard à l'amélioration signalée par les experts du Centre W. \_\_\_\_\_. Le 20 juin 2018, l'OAI a rendu un projet de décision annulant et remplaçant celui du 27 juillet 2017, dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 31 août 2013, d'une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 mars 2018, puis d'une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> avril 2018. L'office a pour l'essentiel maintenu l'évaluation faite dans son précédent projet. Il a toutefois ajouté que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré dès le mois de janvier 2018 et que celle-ci présentait dès lors une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20 %. Procédant en conséquence à la détermination de la perte de gain, l'OAI en a déduit un taux d'invalidité de 50,67 % conduisant au remplacement de la rente entière d'invalidité par une demi-rente avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2018. Le 26 juin 2018, l'assurée, sous la plume de son conseil, a fait part de ses objections à l'encontre du projet susdit. Elle a en substance contesté les conclusions de l'expertise du Centre W. \_\_\_\_\_ et s'est prévalu de l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_. Dans ce contexte, elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Aux termes d'une correspondance du 7 mars 2019, l'OAI a écarté les objections soulevées par l'assurée, confirmé les conclusions de l'expertise du Centre W. \_\_\_\_\_ et indiqué qu'une décision sujette à recours serait prochainement notifiée. Par décision du 29 mars 2019 (rédigée en partie en allemand), l'OAI a confirmé son projet précité du 20 juin 2018 dont il a repris la motivation. Par facture envoyée à l'assurée le 2 avril 2019, la caisse de compensation AVS compétente lui a demandé la restitution d'un montant de 10'932 fr. avant le 5 mai 2019. C. Agissant par l'entremise de son conseil, X. \_\_\_\_\_ a recouru le 15 avril 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée. A titre superprovisionnel, elle a requis la constatation du caractère manifestement illicite de la décision du 29 mars 2019, l'annulation de la demande de restitution du 2 avril 2019 et le

versement immédiat d'une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 mai 2019. Quant au fond, la prénommée a principalement conclu à la réforme de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, l'OAI étant par ailleurs condamné au paiement de 2'500 fr. pour les frais de l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_. Sur le plan des réquisitions, l'intéressée a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de rang universitaire, la tenue des débats publics et le contrôle auprès du Département de la Santé publique du canton de [...] de l'autorisation de pratiquer en Suisse du Dr P.\_\_\_\_\_. Dans ses motifs, la recourante a fait valoir que les conclusions du rapport d'expertise du Centre W.\_\_\_\_\_ étaient dépourvues de valeur probante dans la mesure où le contenu de l'expertise s'écartait des règles de l'art médical en raison de la méconnaissance de la maladie, comme l'avait exposé le Dr L.\_\_\_\_\_. A cela s'ajoutait que le complément d'expertise n'avait pas été rédigé par le « rhumatologue français de [...] » ayant procédé à l'expertise, mais par la Dre C.\_\_\_\_\_ du Centre W.\_\_\_\_\_ ; or celle-ci ne l'avait pas examinée, avait été durant de très nombreuses années médecin-chef au SMR – ce qui permettait de douter de son indépendance et de son impartialité – et avait finalement écarté l'avis du Dr L.\_\_\_\_\_ sans explication ; se prévalant par ailleurs d'une procédure pendante céans (CASSO AI 44/19), la recourante s'est plus généralement interrogée sur l'indépendance des experts du Centre W.\_\_\_\_\_. En parallèle, toujours le 15 avril 2019, X.\_\_\_\_\_, par son mandataire, a déposé une requête en annulation de décision et une demande en responsabilité devant le directeur de l'OAI. Dans un écrit du 25 avril 2019, cet office a pour l'essentiel renvoyé l'intéressée à la procédure introduite céans. Se déterminant le 30 avril 2019 sur la requête de mesures superprovisionnelles, l'intimée a conclu à son rejet. Toujours le 30 avril 2019, la recourante a maintenu sa position et produit une note d'honoraires du Dr L.\_\_\_\_\_ d'un montant de 2'500 fr. émise sous la dénomination suivante : « expertise du 31.10.2017 ». Par écriture complémentaire du 21 mai 2019, l'intéressée s'est prévaluée d'une aggravation de son état de santé, dûment annoncée à l'OAI. En annexe, elle a joint un certificat médical établi le 8 mai 2019 par le Dr S.\_\_\_\_\_, aux termes duquel ce dernier exposait que la patiente était suivie pour différents problèmes médicaux dont une spondylarthropathie entérocolique traitée par voie médicamenteuse (Humira tous les quinze jours et Léflunomide 10 mg/j), que l'intéressée se trouvait de ce fait en incapacité de travail et qu'elle avait en outre développé un état anxio-dépressif majeur en lien avec la décision de l'OAI lui refusant désormais une rente ; le praticien notait encore une hypertension artérielle nécessitant un traitement. Par ordonnance du 1<sup>er</sup> juillet 2019, la juge instructrice a rejeté la requête de mesures superprovisionnelles dans la mesure de sa recevabilité, soulignant en particulier que nonobstant les griefs soulevés, la question de l'illicéité de la décision du 29 mars 2019 touchait au fond de l'affaire et revenait ainsi à anticiper sur le jugement définitif. Dans sa réponse du 9 septembre 2019 au recours, l'intimée en a proposé le rejet. Par écriture du 11 mai 2021, la recourante a déclaré renoncer à la tenue de débats publics. D. Dans l'intervalle, par décision du 17 novembre 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur une demande de révision du droit à la rente déposée le 21 mai 2019 par X.\_\_\_\_\_. Par arrêt rendu ce jour (CASSO AI 344/19 – 181/2021), la Cour des assurances sociales a admis pour des raisons formelles le recours déposé par la prénommée à l'encontre de cette décision. 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. Dans le cas particulier, est litigieux le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de la demande de prestations déposée le 26 janvier 2010 et à l'arrêt cantonal de renvoi rendu le 4 juillet 2016. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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). Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 4. a) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 2). L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Dans ce contexte, lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité RS 831.201) (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3068 et les références citées ; TF 9C\_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées). En revanche, l'art. 88bis RAI n'est pas applicable à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif (TF 9C\_333/2015 du 17 juillet 2015 consid. 2.3), du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (TF 9C\_900/2013 du 8 avril

2014 consid. 6.2 et les références citées). b) Dans le cas particulier, la recourante a préalablement argué, à l'appui de sa demande de mesures superprovisionnelles, que la décision du 29 mars 2019 était illicite dans la mesure où l'intimé aurait dû faire application de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI pour supprimer le droit à la rente et que, corrélativement, dite prestation aurait en tous les cas dû lui être versée jusqu'au 31 mai 2019 (cf. mémoire de recours du 15 avril 2019 p. 11 et déterminations du 30 avril 2019). Or il découle de ce qui précède que la disposition invoquée par l'intéressée n'est pas applicable in casu et que sur le principe, dans le contexte d'une rente échelonnée dans le temps, l'OAI était fondé à faire application de l'art. 88a RAI à l'égard d'une réduction de rente. Sur ce plan, la décision attaquée n'est donc pas contraire au droit.

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 exigible 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

b) Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

6. a) D'après un principe général applicable dans la procédure administrative, lorsqu'une autorité de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. L'autorité inférieure voit alors sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens

qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (TF 9C\_457/2013 précité consid. 6.2 et les références citées ; voir également 9C\_207/2017 du 8 septembre 2018 consid. 4.2). b) Lorsque l'administration rend une nouvelle décision après que la cause lui a été renvoyée pour instruction complémentaire, la limite temporelle de son examen ne s'étend pas seulement à la période courant jusqu'à la date de la décision initiale, mais également à la période postérieure à celle-ci jusqu'à la date de la nouvelle décision (TF 9C\_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.2 et les références citées). Un renvoi pour instruction complémentaire ne signifie en outre pas nécessairement que les constatations originelles étaient fausses mais seulement que celles-ci ne pouvaient être confirmées sur la base des documents disponibles. Il se peut que les nouvelles observations viennent intégralement confirmer celles réalisées initialement, y compris du point de vue temporel (par exemple la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit), auquel cas la première décision supprimant ou diminuant les prestations est correcte et peut être entérinée avec effet rétroactif. Si les résultats de l'instruction complémentaire infirment au moins partiellement le contenu de la décision originelle (par exemple quant à la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit survenue postérieurement à ce qui avait été retenu dans la première décision, toutes les autres conditions demeurant identiques), il ne saurait en revanche être question de faire remonter la suppression ou la réduction des prestations à une époque où les conditions pour le faire n'étaient pas remplies. Il apparaît donc que l'élément distinctif déterminant consiste dans le moment auquel survient le changement notable de circonstances influençant le droit aux prestations au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C\_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 7.1 et les références citées ; TF 9C\_457/2013 précité consid. 5.3 et les références citées). 7. a) Dans son arrêt du 4 juillet 2016, la juridiction cantonale a annulé la décision de l'OAI du 26 mai 2015 visant le droit à un quart de rente pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 31 août 2013, ordonnant à cet égard un complément d'instruction afin d'appréhender l'aspect psychosomatique à l'aune de la jurisprudence topique et d'analyser plus particulièrement l'interaction entre l'aspect somatique – singulièrement la spondylarthropathie présente depuis 2010 – et l'aspect psychosomatique, puis de déterminer la capacité de travail de l'assurée avant le mois de juin 2013. En revanche, l'arrêt cantonal du 4 juillet 2016 n'a pas remis en question l'aggravation de l'état de santé survenue dès le mois de juin 2013 en lien avec la spondylarthrite. Ainsi, la juridiction cantonale a confirmé les décisions de l'OAI portant sur l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013. b) C'est dans ce contexte que le cas a été soumis aux experts du Centre W.\_\_\_\_\_. aa) Sur la plan formel, la recourante a mis en doute la légitimité de l'expert P.\_\_\_\_\_ au motif que celui-ci aurait son cabinet à [...], en France, et a requis le contrôle de son autorisation de pratiquer (cf. mémoire de recours du 15 avril 2019 pp. 10 et 12). A cet égard, on notera que la qualité d'expert dans un domaine médical spécifique n'est pas subordonnée à une formation suisse, respectivement au titre de spécialiste FMH ; une formation spécialisée peut également être acquise à l'étranger (TF 8C\_460/2017 du 1<sup>er</sup> février 2018 consid. 5.5 et les références citées). Toutefois, force est de constater que le Dr P.\_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 16 mars 2017 – soit après la reconnaissance de son diplôme de médecine le 8 mars 2017 mais avant la reconnaissance de sa spécialisation en rhumatologie le 31 mai 2017 et la délivrance d'une autorisation de pratiquer dans le canton de Fribourg en 2019 (selon les données disponibles dans le Registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique [www.medregom.admin.ch/fr], l'interpellation du Département

de la santé publique du canton de [...] apparaissant ainsi superflue). La séquence chronologique des événements incite par conséquent à s'interroger sur l'aptitude formelle du Dr P.\_\_\_\_\_ à intervenir en tant qu'expert au sein du Centre W.\_\_\_\_\_ au moment des faits litigieux, singulièrement dans le rapport d'expertise du 13 juin 2017. Cette question peut néanmoins demeurer indécise dans la mesure où l'instruction médicale ne s'avère quoi qu'il en soit pas satisfaisante (cf. consid. 7c infra). En revanche, on ne peut qu'écarter les griefs formels soulevés par la recourante à l'encontre de l'avis complémentaire émis le 13 mars 2018 par la Dre C.\_\_\_\_\_ en qualité de directrice médicale du Centre W.\_\_\_\_\_ (cf. mémoire de recours du 15 avril 2019 p. 12 s.). D'une part, on ne voit pas en quoi le Centre W.\_\_\_\_\_ aurait par ce biais agi de manière contraire au droit. Sur le principe, on peut en effet admettre que, saisie d'une demande de précisions de la part de l'OAI, la direction médicale d'un centre d'expertise ait la faculté de déterminer si les précisions requises peuvent être fournies par un confrère médecin sur la base de l'expertise existante ou si elles requièrent au contraire une nouvelle sollicitation des experts, voire un nouvel examen de la personne concernée ; il revient ensuite à l'administration, respectivement à la juridiction cantonale, de déterminer si les précisions ainsi obtenues sont matériellement suffisantes ou non. D'autre part, le seul fait que la Dre C.\_\_\_\_\_ ait par le passé œuvré au sein du SMR ne suffit pas à démontrer que cette dernière aurait développé une quelconque prévention dans la présente affaire (dans ce sens, voir TF 8C\_784/2019 du 25 février 2020 consid. 2.5) ; un élément aussi abstrait ne saurait en effet être considéré comme un indice objectif de partialité dans un cas particulier (sur les motifs formels de récusation, voir TF 9C\_343/2020 du 22 avril 2021 consid. 4.2 et les références citées). Finalement, la recourante n'apporte aucun élément sérieux susceptible de mettre en doute l'impartialité des experts du Centre W.\_\_\_\_\_ de manière générale ; rien ne vient en particulier étayer les allégations faites en lien avec une autre affaire sans relation avec le présent litige et dans laquelle le recours – sous la plume du même conseil – a du reste été rejeté sans qu'aucun grief n'ait été soulevé à l'encontre des pratiques du Centre W.\_\_\_\_\_ (CASSO AI 44/19 – 355/2019 du 11 novembre 2019). bb) Nonobstant les questions formelles soulevées par le choix de l'expert rhumatologue (cf. consid. 7b/aa supra), les observations suivantes s'imposent sur le plan somatique. Dans leur rapport du 13 juin 2017, les experts du Centre W.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de spondylarthropathie entérocolique avec atteinte sacro-iliaque et des articulations métacarpo-phalangiennes 3 et 4 à gauche, ainsi que de status post opération de hernie discale L5-S1 en 2009. Les experts ont par ailleurs retenu que la capacité de travail entre 2010 et 2013 était similaire à celle retenue en 2012 par les experts du Centre T.\_\_\_\_\_, puis validée par le SMR et l'OAI. Ils ont ajouté qu'à ce jour, la capacité de travail était nulle dans l'activité de concierge mais totale dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20 %. Pour ce qui est plus particulièrement de la spondylarthropathie (les autres diagnostics physiques ne faisant l'objet d'aucun débat), les experts du Centre W.\_\_\_\_\_ ont en particulier retenu qu'aucune activité inflammatoire n'avait été observée lors de l'expertise du Centre T.\_\_\_\_\_ et qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur cette appréciation. Si, sur la base d'altérations radiologiques au niveau des mains, le Dr L.\_\_\_\_\_ s'était certes prononcé en 2014 dans le sens d'une atteinte rhumatismale depuis 2010, les experts du Centre W.\_\_\_\_\_ ont estimé que cette évaluation était « discutable malgré les observations en 2012 (Centre T.\_\_\_\_\_ ) » mais qu'elle n'avait pas de conséquences sur la capacité de travail et son évolution. Les experts ont ajouté qu'ils n'observaient actuellement aucun signe inflammatoire et retrouvaient un

tableau clinique semblable à celui de 2012. Ils ont considéré que les critères étaient insuffisants pour poser un diagnostic précis de rhumatisme inflammatoire mais que, même à admettre une spondylarthropathie entérocolique, il s'agissait d'une forme bénigne, actuellement sans signes objectifs cliniques ou biologiques. Ils ont dès lors conclu à l'absence de pathologie rhumatismale évolutive limitant la capacité de travail (cf. rapport d'expertise du 13 juin 2017 pp. 22 à 24). Cette appréciation a été contestée par le Dr L. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 31 octobre 2017. Les éléments mis en exergue par ce médecin ne sont toutefois pas convaincants. Tout d'abord, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est employé à défendre l'existence même d'une atteinte rhumatismale inflammatoire alors même que ce point n'est guère litigieux. En effet, les experts du Centre W. \_\_\_\_\_ ont admis – certes, de manière nuancée – le diagnostic de spondylarthropathie. La seule reconnaissance d'une atteinte à la santé ne permet toutefois de tirer aucune conclusion en termes de droit aux prestations de l'assurance-invalidité : seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (art. 7 al. 2 LPGA). En d'autres termes, le fait de poser le diagnostic de spondylarthropathie ne saurait être automatiquement synonyme d'atteinte à la santé invalidante ; encore faut-il voir comment, concrètement, cette atteinte se répercute sur la capacité de travail de la personne assurée. Dans le cas particulier, les experts du Centre W. \_\_\_\_\_ ont conclu à une situation stabilisée sous médication forte (Humira), avec un tableau clinique analogue à celui décrit en 2012 par les spécialistes du Centre T. \_\_\_\_\_ dont ils ont validé l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. Or le Dr L. \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément sérieux permettant d'aboutir à une autre conclusion. S'il reproche aux experts du Centre W. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir évalué la capacité de travail sur la base des « outils adéquats », se référant à cet égard à différents tests (cf. rapport du 31 octobre 2017 p. 2), force est de constater qu'il n'a pas davantage fourni d'évaluation circonstanciée réalisée sur la base des tests en question. La lecture du rapport du 31 octobre 2017 ne révèle pas non plus l'objectivation de limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à celles précédemment retenues. Par ailleurs, on peine à suivre le raisonnement du Dr L. \_\_\_\_\_ lorsqu'il affirme que le traitement a permis une diminution des plaintes en quantité et en sévérité mais que, nonobstant cette amélioration patente, il conclut malgré tout à une capacité de travail nulle alors qu'il l'estimait à 50 % avec une diminution de rendement en 2014 (cf. rapport du 14 avril 2014 p. 2). Quant à l'assertion selon laquelle « de nombreuses études » auraient montré que la médication permettrait de stabiliser les patients mais pas de retrouver la capacité de travail antérieure (cf. rapport du 31 octobre 2017 p. 2), elle reste de portée tout à fait générale et ne permet de tirer aucune conclusion dans le cas concret. Au final, l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_ repose essentiellement sur des postulats médicaux abstraits et ne contient pas le moindre élément objectif susceptible dont les experts du Centre W. \_\_\_\_\_ n'auraient pas tenu compte. Aussi ne peut-elle être retenue. Dans ces conditions, on comprend que le Centre W. \_\_\_\_\_, par sa directrice médicale la Dre C. \_\_\_\_\_, ait écarté les éléments mis en exergue par le Dr L. \_\_\_\_\_ (cf. compte-rendu du 13 mars 2018). S'agissant par ailleurs du certificat médical du Dr S. \_\_\_\_\_ du 8 mai 2019 évoquant une incapacité de travail totale chez sa patiente atteinte d'une spondylarthropathie entérocolique, il n'est guère motivé et ne saurait en conséquence être considéré comme convaincant. Sur le plan physique, il apparaît ainsi que les conclusions des experts du Centre W. \_\_\_\_\_ – dont la valeur probante est certes douteuse pour des motifs formels (cf. consid. 7b/aa supra) – ne sont pas remises en question par les avis médicaux produits par la recourante. cc) Les experts du Centre W. \_\_\_\_\_ ont en outre

retenu que la question de l'invalidité ne se posait pas du point de vue psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 13 juin 2017 p. 23). Leurs constatations à ce sujet s'avèrent toutefois particulièrement pauvres dans la mesure où l'absence de tout trouble psychiatrique est simplement affirmée catégoriquement, sans autre analyse. On ne saurait voir là une évaluation circonstanciée susceptible de se voir reconnaître valeur probante. Dans le présent contexte, peu importe de surcroît que la recourante ait développé un état anxio-dépressif majeur consécutivement à la décision de l'OAI (cf. certificat médical du Dr S. \_\_\_\_\_ du 8 mai 2019). Il s'agit en effet d'un élément postérieur à la date – déterminante (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) – de la décision attaquée, échappant ainsi au pouvoir d'examen de la Cour de céans. dd) Le rapport d'expertise du Centre W. \_\_\_\_\_ ne contient par ailleurs aucun développement s'agissant de l'aspect psychosomatique, respectivement des diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de fibromyalgie. Tout au plus les experts ont-ils relevé que les douleurs musculaires dues à la fibromyalgie pouvaient rendre pénibles les travaux nécessitant des efforts importants et répétés des membres supérieurs (cf. rapport d'expertise du 13 juin 2017 p. 22), respectivement que le tableau actuel était dominé par une fatigabilité, une certaine apathie et des douleurs diffuses non systématisées qui évoquaient plutôt une fibromyalgie (cf. ibid. p. 23) – mais ils n'ont toutefois pas approfondi leur examen. Quant aux précisions fournies le 13 mars 2018 par la Dre C. \_\_\_\_\_, elles ne permettent pas davantage d'éclaircir la situation. D'une part, on ne saurait suivre la directrice médicale du Centre W. \_\_\_\_\_ lorsqu'elle affirme que les experts n'ont pas trouvé d'éléments en faveur d'un syndrome somatoforme douloureux : de fait, cette problématique n'est pas même discutée dans le rapport d'expertise du 13 juin 2017 et une telle carence ne saurait être comblée par les quelques points lapidaires mis en avant par la Dre C. \_\_\_\_\_ (pas de sentiment de détresse ou de douleurs envahissantes). D'autre part, lorsque la Dre C. \_\_\_\_\_ indique que le diagnostic de fibromyalgie n'a pas été retenu par les spécialistes du Centre T. \_\_\_\_\_, elle oublie toutefois que ces derniers avaient quant à eux conclu à une autre atteinte psychosomatique, soit un trouble somatoforme douloureux persistant (cf. rapport d'expertise du 14 août 2012 p. 14 ss). C'est ici le lieu de rappeler qu'un syndrome fibromyalgique a été signalé par le Dr R. \_\_\_\_\_ (rapport du 24 septembre 2010), par le Dr S. \_\_\_\_\_ (rapport du 31 janvier 2011) et par le Dr H. \_\_\_\_\_ (rapports des 8 décembre 2010, 22 décembre 2010 et 16 octobre 2012), syndrome considéré comme incapacitant par le Dr S. \_\_\_\_\_, et que, si les experts du Centre T. \_\_\_\_\_ n'ont certes pas retenu ce diagnostic, ils ont en revanche posé celui de trouble somatoforme douloureux dont ils ont certes nié la nature incapacitante mais à l'aune de principes jurisprudentiels aujourd'hui délaissés au profit d'une procédure probatoire structurée à l'aide d'indicateurs (cf. consid. 5b supra). Or le renvoi ordonné le 4 juillet 2016 par la Cour de céans avait précisément pour objet d'obtenir l'avis d'experts médicaux sur la présence d'un trouble psychosomatique, son éventuelle nature incapacitante, ainsi que l'interaction d'une telle atteinte avec les troubles rhumatologiques affectant l'assurée, à la lumière des principes développés à l'ATF 141 V 281. Force est de constater que le rapport d'expertise du 13 juin 2017 ne répond guère à ces questions, pas plus que l'appréciation complémentaire de la Dre C. \_\_\_\_\_. Partant, la Cour n'est pas en mesure de statuer à satisfaction de droit – que ce soit pour la période antérieure à l'aggravation de juin 2013, comme c'était déjà le cas dans l'arrêt du 4 juillet 2016, mais également pour la période subséquente s'agissant de l'amélioration de l'état de santé sur laquelle l'OAI s'est fondé pour réduire le droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2018. c) En définitive, il appert que les faits

pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction en vue de déterminer l'existence d'une atteinte psychosomatique, son étendue et l'interaction d'une telle atteinte avec les troubles somatiques (singulièrement, la spondylarthropathie) de la recourante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA comportant à tout le moins un volet psychiatrique et un volet rhumatologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments et réquisitions d'instruction de la recourante. 8. Finalement, il ne saurait être donné suite à la requête de la recourante visant à la prise en charge par l'OAI des honoraires du Dr L.\_\_\_\_\_ relatifs à l'élaboration du rapport du 31 octobre 2017 (cf. mémoire de recours du 15 avril 2019 p. 15), ce compte-rendu ne s'étant pas avéré indispensable à la résolution du litige (cf. art. 45 LPGA ; voir également TF 8C\_511/2020 du 15 avril 2021 consid. 6.2 avec la jurisprudence citée) – ainsi que cela résulte des considérants qui précèdent (cf. consid. 7b/bb supra). 9. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (applicable dans sa teneur au 31 décembre 2020 en vertu de l'art 83 LPGA), la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe. c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 29 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X.\_\_\_\_\_ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Michel Duc (pour X.\_\_\_\_\_), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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