

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 avril 2020

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Piguet, juge, et Mme Gabellon, assesseur  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], était employée en qualité d'hygiéniste dentaire auprès des Drs Z.\_\_\_\_\_ à 40 % et Q.\_\_\_\_\_ à 35 %. Le 3 septembre 2010, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une polyarthrite rhumatoïde. Elle a indiqué qu'elle avait travaillé à 100 % jusqu'à la fin du mois de mai 2009, mais qu'elle avait dû réduire son taux à 75 % à cause de cette atteinte.

Dans un rapport du 30 septembre 2010 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale au J.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de polyarthrite rhumatoïde séronégative. Il a estimé que l'activité exercée était encore exigible à 40 %. Idéalement, cette patiente devrait bénéficier de mesures de réadaptation pour effectuer une activité moins dépendante de sa fonction manuelle. Il a attesté une incapacité totale de travail du 12 au 26 août 2009, du 12 novembre au 4 décembre 2009, ainsi que du 11 au 15 février 2010.

Dans un rapport du 31 mai 2011, le Dr W.\_\_\_\_\_, rhumatologue, a relevé que l'assurée avait des douleurs des petites articulations des doigts entraînant une maladresse dans son travail d'hygiéniste dentaire. Le rendement était réduit de 25 %. Il n'avait délivré aucun arrêt de travail. Dans une activité adaptée, la capacité de travail serait de 100 % à condition de ne pas utiliser les mains et d'éviter de trop marcher. Il a joint un rapport du 3 décembre 2009 du Prof. F.\_\_\_\_\_, annonçant un début de traitement en novembre 2009.

Le 30 août 2011, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état était stabilisé et qu'il n'avait pas établi d'arrêt de travail.

Par projet du 6 mars 2012, l'OAI a refusé le droit à des prestations, en expliquant que l'atteinte dont souffrait l'assurée n'avait pas occasionné d'incapacité de travail de longue durée médicalement attestée, et qu'il considérait qu'elle avait baissé son taux d'activité par choix personnel.

L'assurée a contesté ce projet le 18 mars 2012, en soutenant qu'elle avait réduit son taux - encore diminué à 70 % depuis janvier 2011 - afin d'économiser ses articulations et se reposer. Par la suite, elle a transmis un rapport du 18 avril 2012 du Dr W.\_\_\_\_\_, relevant qu'il n'avait jamais déterminé un quelconque taux de capacité de travail. Elle a également joint un certificat établi le 20 avril 2012 par le Prof. F.\_\_\_\_\_, désormais médecin-chef au Service de rhumatologie de l'A.\_\_\_\_\_, attestant qu'elle avait réduit son taux de travail uniquement pour faire face à la maladie.

Le 4 mars 2013, le Prof. F.\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que le cas pouvait être considéré comme stabilisé, chez une patiente qui avait eu tous les traitements disponibles sur le marché, avec une réponse plus que partielle. L'atteinte touchait plusieurs articulations et était associée à une fatigue et une fatigabilité accrue. La capacité de travail dans l'activité habituelle s'élevait à 30 %.

Le 7 juillet 2014, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique effectué par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Le Dr L.\_\_\_\_\_ a fait réaliser une radiographie des mains et des pieds, mettant en évidence une atteinte érosive débutante sur le versant cubital à la base de P1 [phalange proximale] du quatrième et du cinquième doigt des deux mains, et l'absence d'atteinte radiologique au pied ; il a également fait effectuer une échographie des poignets et des mains, ne démontrant pas de synovite (cf. rapport du 21 juillet 2014). Le Dr L.\_\_\_\_\_ a encore requis des informations complémentaires des employeurs de l'assurée. Le 18 juillet 2014, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a répondu qu'elle avait travaillé à un horaire réduit

de 10 heures par semaine dès le 1<sup>er</sup> octobre 2012, et qu'elle avait été en arrêt de travail à 100 % à partir du 12 décembre 2012. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a quant à lui indiqué qu'elle avait été en incapacité totale de travail dès le 2 mai 2013 en raison d'une grossesse, et que cette incapacité s'était prolongée après le congé maternité à cause de la polyarthrite, jusqu'à son licenciement au 31 mars 2014 (cf. courrier du 22 juillet 2014).

Le Dr L. \_\_\_\_\_ a établi son rapport le 10 septembre 2014. Il a posé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative, laquelle présentait un degré de gravité léger. Elle avait entraîné, dans l'activité habituelle, présentant des contraintes physiques importantes, une capacité de travail résiduelle de 75 % depuis le 30 septembre 2010, puis de 40 % dès le mois de décembre 2012. Dans une activité adaptée, la capacité de travail s'élevait à 75 %. Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il convenait d'éviter une activité en ambiance froide ou humide, un travail de force avec les membres supérieurs, nécessitant des efforts importants de vissage et de la pince pouce-index, de la dactylographie prolongée au-delà de 30 minutes d'affilée, de la marche sans s'arrêter au-delà d'un kilomètre, ainsi qu'un port de charges répétées au-delà de 5 kg. L'activité devait en outre permettre d'alterner les positions assise et debout deux fois par heure. Les diagnostics de syndrome du tunnel carpien bilatéral, irritatif à droite, et de status post-contusion dorso-lombaire et des poignets n'avaient quant à eux aucun effet sur la capacité de travail.

Dans un rapport SMR du 19 septembre 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est rallié à l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_.

Le 27 janvier 2015, l'assurée, désormais représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, a transmis un courrier du 6 janvier 2015 du Prof. F. \_\_\_\_\_, lequel critiquait l'évaluation effectuée par le Dr L. \_\_\_\_\_, qu'il considérait comme « déficiente et lacunaire ». Selon le Prof. F. \_\_\_\_\_, son confrère constatait à tort que la maladie était inactive ou faiblement active. Il estimait pour sa part que la capacité de travail de sa patiente

dans une activité répétitive nécessitant l'utilisation de ses mains et poignets, comme celle d'hygiéniste dentaire, était au maximum de 20 %.

Par avis médical du 6 mars 2015, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur le courrier précité du Prof. F. \_\_\_\_\_, avant de confirmer les conclusions de son rapport du 10 septembre 2014.

Par sommation du 17 juin 2015, l'OAI a annoncé à l'assurée que son activité habituelle n'était plus qu'exigible à un taux de 40 %, mais que dans une activité adaptée, une capacité de travail de 75 % était reconnue. Ainsi, son préjudice économique serait moindre si elle effectuait un reclassement professionnel, avec une formation d'assistante médicale ou d'employée de commerce. L'OAI a invité l'assurée à lui communiquer son souhait de bénéficier de telles mesures de réadaptation.

Le 30 juin 2015, l'assurée a transmis à l'OAI un courrier du 23 juin 2015 du Prof. F. \_\_\_\_\_, estimant que dans une activité d'assistante médicale ou d'employée de commerce, la capacité de travail serait de 20 % à 30 % seulement. Il s'interrogeait sur le bénéfice réel de reprendre une formation pour une telle capacité de travail.

Par projet de décision du 7 avril 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de refuser le droit à un reclassement professionnel et à une rente. Il a expliqué qu'elle subissait une incapacité de travail de 25 % dans son activité d'hygiéniste dentaire depuis le 30 septembre 2010. A l'échéance du délai de carence d'une année, au 30 septembre 2011, son incapacité de gain et par conséquent son invalidité était de 25 %, ce qui était insuffisant pour percevoir une rente. Son état de santé s'était péjoré par la suite, avec une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 60 % dès le mois de décembre 2012. Une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était toutefois encore exigible à un taux de 75 %. Le Service de réadaptation avait proposé la mise en place d'une formation d'assistante médicale, que l'assurée ne souhaitait pas entreprendre. Au terme de cette formation, elle aurait pu réaliser un revenu de 54'574 fr. à 75 %. En comparant ce chiffre avec le salaire qu'elle aurait pu obtenir sans

invalidité (86'695 fr. à 100 %), l'OAI a abouti à un degré d'invalidité de 37 %, toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par courrier du 12 mai 2016, complété le 29 juillet 2016, l'assurée s'est opposée à ce projet, en reprochant à l'OAI de ne pas avoir pris en considération les critiques formulées par le Prof. F. \_\_\_\_\_ à l'égard de l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_.

Par décision du 26 janvier 2017, l'OAI a confirmé le refus de prestations. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, l'OAI s'est référé à l'avis du 6 mars 2015 du Dr L. \_\_\_\_\_, joint en annexe, motivant les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis de son confrère.

**B.** Par acte du 3 mars 2017, S. \_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Joël Crettaz, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens de l'octroi d'une rente entière dès le 3 septembre 2010. Elle a fait valoir que l'OAI n'avait pas tenu compte de l'appréciation du Prof. F. \_\_\_\_\_, lequel avait formulé des arguments détaillés. Ce médecin était en outre l'un des spécialistes les plus reconnus en la matière. Par ailleurs, l'OAI avait violé son droit d'être entendue, dans la mesure où il n'avait pas discuté des considérations du Prof. F. \_\_\_\_\_ dans la décision litigieuse. A titre subsidiaire, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 29 mai 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a renvoyé à un avis médical établi le 22 mai 2017 par la Dre X. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, confirmant les conclusions du Dr L. \_\_\_\_\_.

Par réplique du 19 septembre 2017, la recourante a relevé les importantes divergences entre le Dr L. \_\_\_\_\_ et le Prof. F. \_\_\_\_\_ quant à la manière d'évaluer son état de santé et sa capacité résiduelle de travail. Une telle situation requérait la mise en œuvre d'une expertise. Elle a encore souligné le caractère évolutif de son atteinte, en se référant à un rapport du 21 août 2017 du Prof. F. \_\_\_\_\_, joint en annexe.

Par duplique du 30 octobre 2017, l'intimé a maintenu sa position. Il a précisé qu'une nouvelle demande pouvait être déposée en cas d'aggravation de la maladie. Il a transmis un avis médical établi le 19 octobre 2017 par les Drs X.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, médecins au SMR, relevant que le courrier précité du Prof. F.\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément clinique nouveau.

Le 16 novembre 2017, la juge instructrice a annoncé aux parties qu'une expertise rhumatologique s'avérait indispensable à l'instruction de la cause. Elle envisageait de mandater le Prof. D.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, actuellement chef du Service de rhumatologie du J.\_\_\_\_\_. Elle a impartie aux parties un délai afin de déposer, le cas échéant, une demande de récusation, respectivement des questions destinées à l'expert.

L'intimé s'est exprimé le 4 décembre 2017. La recourante ne s'est pas déterminée.

Le Prof. D.\_\_\_\_\_ a examiné la recourante le 21 février 2018 et a fait réaliser des analyses complémentaires, ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) des mains. Il a posé les diagnostics, avec une répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux chronique (diagnostic différentiel arthralgies post-inflammatoires) et de polyarthrite rhumatoïde séronégative réfractaire aux traitements. Le diagnostic de status après syndrome du tunnel carpien n'avait quant à lieu pas d'effet sur la capacité de travail. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 50 %, à raison de quatre heures par jour, en qualité d'hygiéniste dentaire, en raison des arthralgies post-inflammatoires et de la fatigue chronique. Une activité adaptée, sans utiliser spécifiquement les mains, était possible à 75 % depuis 2014. L'activité devait permettre un changement de position et des pauses régulières, et éviter les mouvements avec les mains à répétition ou statiques, ainsi que le port de charges lourdes.

L'intimé s'est déterminé sur cette expertise le 21 juin 2018, en maintenant sa position. Il a annexé un avis du 5 juin 2018 du Dr B.\_\_\_\_\_.

La recourante a transmis ses observations le 13 septembre 2018, en joignant un rapport du 30 juillet 2018 du Prof. F.\_\_\_\_\_, lequel estimait que l'expertise était « déficiente et lacunaire ». La recourante a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

L'intimé a confirmé sa position par déterminations du 8 octobre 2018, auxquelles était joint un avis du 2 octobre 2018 du Dr B.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 6 décembre 2018, la juge instructrice a demandé à la recourante de produire les rapports d'examens sanguins et d'imageries réalisés à la demande du Prof. F.\_\_\_\_\_, ceci depuis le début du traitement auprès de ce médecin. La recourante a transmis les documents requis le 10 janvier 2019.

Le 4 février 2019, l'OAI s'est référé à un avis du 29 janvier 2019 du Dr B.\_\_\_\_\_, annexé, relevant que les derniers documents transmis ne montraient pas d'éléments médicaux significatifs nouveaux permettant de s'écarter des conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_, par la suite confirmées par le Prof. D.\_\_\_\_\_.

### **E n d r o i t :**

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

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité depuis le 3 septembre 2010.

**3.** Dans un premier moyen de nature formelle, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, en faisant valoir que l'OAI n'a pas discuté de l'appréciation du Prof. F. \_\_\_\_\_ dans la décision litigieuse.

**a)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2).

**b)** En l'espèce, l'OAI n'a effectivement pas mentionné la position du Prof. F. \_\_\_\_\_ dans la décision litigieuse. Toutefois, il l'a accompagnée d'un courrier, lequel précisait qu'il faisait partie intégrante de cette décision. Dans ledit courrier, l'OAI a expliqué que le SMR avait motivé, par avis du 6 mars 2015, les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'appréciation du Prof. F. \_\_\_\_\_. Il a joint ce document en annexe. La recourante a été en mesure de comprendre la décision et la contester utilement. Le grief de violation de son droit d'être entendue doit dès lors être écarté.

**4.** Sur le fond, la recourante conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

**5. 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). 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).

**6. 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 LPGA), 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**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 asséculoologique. 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).

**7.** En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport du 10 septembre 2014 du Dr L.\_\_\_\_\_ pour retenir que la recourante présentait, en particulier, une capacité de travail résiduelle de 40 % dans l'activité

habituelle et de 75 % dans une activité adaptée, depuis le mois de décembre 2012.

L'intéressée a contesté cette appréciation, en se basant sur les rapports transmis par son rhumatologue traitant, le Prof. F.\_\_\_\_\_. Celui-ci a estimé que même dans une activité adaptée, la capacité de travail serait très faible, de l'ordre de 20 % à 30 % seulement.

Au vu des avis de ces spécialistes, une expertise judiciaire a été confiée au Prof. D.\_\_\_\_\_.

Le Prof. D.\_\_\_\_\_ a procédé à un examen complet, comprenant notamment un examen de l'assurée, la réalisation d'analyses complémentaires et d'une IRM des mains. Il a tenu compte des avis des autres médecins s'étant prononcés sur l'état de santé de la recourante, soit en particulier les Drs W.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, ainsi que le Prof. F.\_\_\_\_\_. L'expert a fait le choix de ne pas citer toutes les pièces médicales figurant au dossier, en indiquant pour cette rubrique le titre « extrait du dossier ». On ne saurait conclure qu'il n'en a pas eu connaissance. Par ailleurs, il a pris en considération les plaintes de la recourante. Celle-ci lui reproche de ne pas avoir procédé à une évaluation chiffrée et justifiée des douleurs, de la fatigue et de la raideur matinale. Or, une évaluation chiffrée et validée des douleurs et de la fatigue n'est pas déterminante, s'agissant d'une appréciation reposant sur une auto-évaluation de l'assurée, par définition subjective. Au demeurant, l'expertise précise que la raideur matinale durait plus d'une heure. Pour le surplus, le Prof. D.\_\_\_\_\_ prend en compte ces éléments, puisqu'il relève qu'il existe une arthralgie chronique, et possiblement des douleurs post-inflammatoires avec une fatigue importante et chronique.

La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale effectuées par le Prof. D.\_\_\_\_\_ sont claires. Il a décrit les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'appréciation du Prof. F.\_\_\_\_\_. En particulier, il a expliqué que le diagnostic retenu par le Prof. F.\_\_\_\_\_ en 2009 était compréhensible, puisqu'il existait à l'époque une

polyarthrite clinique de plus de dix articulations avec une durée de plus de six semaines. Le Prof. D. \_\_\_\_\_ a cependant relevé que ce diagnostic était purement clinique, puisqu'à l'époque, la documentation ne mettait pas en évidence une CRP (protéine C-réactive) élevée et les examens radiologiques étaient normaux. Par la suite, les examens réalisés en 2014 ne montraient pas d'inflammation. En 2018, le Prof. D. \_\_\_\_\_ a pour sa part constaté une mobilité complètement normale de toutes les articulations, sans signe d'une atrophie musculaire ou d'une inflammation. L'IRM des mains qu'il avait fait réaliser avait confirmé l'absence d'érosion et d'inflammation. La CRP était normale. L'expertise ne comporte pas de contradiction quand elle relève l'absence de symptômes objectifs lors de l'examen clinique et la description d'un signe de Gaenslen positif. En effet, ce signe est subjectif, puisqu'il s'agit pour le patient d'indiquer si le mouvement déclenche ou non une douleur. Au final, le Prof. D. \_\_\_\_\_ a constaté que la polyarthrite rhumatoïde était en rémission. Il a ajouté que la patiente souffrait d'arthralgies post-inflammatoires et de fatigue chronique, et a retenu un syndrome douloureux chronique.

En 2014, le Dr L. \_\_\_\_\_ avait retenu une polyarthrite d'un degré de gravité léger et avait écarté l'atteinte sévère annoncée par le Prof. F. \_\_\_\_\_. Celui-ci reproche au Dr L. \_\_\_\_\_ d'avoir conclu à une maladie inactive tout en ayant constaté une tuméfaction du dos du poignet droit, des voussures des interphalangiennes proximales, des douleurs à la palpation et une manœuvre de Gaenslen positive. Le Prof. F. \_\_\_\_\_ omet toutefois de préciser que le Dr L. \_\_\_\_\_ a qualifié la tuméfaction du dos du poignet droit, de même que la voussure interphalangienne, de légères. En outre, s'agissant de la voussure, le Dr L. \_\_\_\_\_ a évoqué une éventuelle variante anatomique. Il a ajouté que l'assurée avait une fonction normale de ses mains. En particulier, lors de l'examen, elle avait écrit avec la main droite sans difficulté, s'était rhabillée normalement et avait transmis les documents sans difficulté. Il a encore relevé que les radiographies de 2009 et 2010 ne montraient pas d'atteinte osseuse en relation avec un rhumatisme inflammatoire. Il avait ainsi demandé des examens complémentaires, lesquels n'avaient ni mis en évidence de synovite, ni d'érosion significative. Le Dr L. \_\_\_\_\_ n'a pas

pour autant conclu que la maladie était inactive, ce que retient faussement le Prof. F.\_\_\_\_\_. Il y a lieu de préciser que les douleurs et la réponse positive à la manœuvre de Gaenslen, mises en avant par le Prof. F.\_\_\_\_\_, sont des symptômes subjectifs, devant être appréciés avec prudence et ne permettant pas à eux seuls de déterminer la gravité de l'atteinte.

Le Prof. F.\_\_\_\_\_ critique les méthodes d'évaluation du Prof. D.\_\_\_\_\_ et du Dr L.\_\_\_\_\_ et retient quant à lui que la polyarthrite rhumatoïde est modérée à forte. Le Prof. D.\_\_\_\_\_ et le Dr L.\_\_\_\_\_ se fondent pourtant sur des éléments objectifs. Le constat d'absence de synovite, de même que les résultats d'imagerie, sont plus probants que les douleurs à la palpation. Pour être retenue au stade de la vraisemblance prépondérante, l'atteinte, plus exactement son degré de gravité, doit être objectivée, notamment par l'examen clinique. Il ne saurait être admis de se fonder sur un avis médical, en l'occurrence celui du Prof. F.\_\_\_\_\_, au détriment des autres appréciations médicales, alors que celles-ci sont concordantes et se basent sur des éléments cliniques et l'imagerie réalisée, lesquels ne révèlent pas de synovite ou d'érosion significative.

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais bien 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 et les références citées). L'appréciation que fait le Prof. F.\_\_\_\_\_ de la capacité de travail de sa patiente est très générale, et en partie démentie par les faits, compte tenu des périodes d'activité professionnelle de celle-ci. En particulier, alors qu'il estimait que la capacité de travail dans l'activité d'hygiéniste dentaire se montait à 40 % en 2010 (cf. rapport du 30 septembre 2010), la recourante travaillait à 75 % à cette époque. Elle a poursuivi à ce pourcentage jusqu'en janvier 2011, date à partir de laquelle elle a réduit son taux à 70 %. Elle a maintenu ce pourcentage pendant presque deux ans, avant de diminuer son activité auprès du Dr Q.\_\_\_\_\_ dès le mois d'octobre 2012. Elle a ensuite été mise en arrêt de travail dans cette activité à compter du 12 décembre 2012. Elle a continué son emploi à 40 % auprès du Dr Z.\_\_\_\_\_ jusqu'à

son incapacité totale de travail dès le 2 mai 2013 liée à une grossesse, puis, après le congé maternité, à sa polyarthrite. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, le Prof. F. \_\_\_\_\_ l'a estimée entre 20 % et 30 % (cf. courrier du 23 juin 2015). Le Dr L. \_\_\_\_\_ a pour sa part retenu un taux de 75 % depuis le mois de décembre 2012, en soulignant qu'il serait incohérent de fixer une exigibilité inférieure, étant donné que l'assurée avait été capable de travailler, certes avec des difficultés, dans l'activité non adaptée d'hygiéniste durant de nombreux mois. Quant au Prof. D. \_\_\_\_\_, il a également fixé la capacité de travail dans une activité adaptée à 75 %, pour tenir compte de la fatigue et des douleurs, en précisant que la situation n'avait pas changé au moins depuis 2014. Le Dr L. \_\_\_\_\_ et le Prof. D. \_\_\_\_\_ ayant effectué des constats cliniques semblables, on peut retenir que la capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait à 75 % depuis décembre 2012. Il convient encore de relever que le Dr W. \_\_\_\_\_ estimait, en 2011, que la capacité de travail dans une activité adaptée était totale (cf. rapport du 31 mai 2011). Vu ce qui précède, la capacité de travail retenue par le Prof. F. \_\_\_\_\_ doit être écartée. Au demeurant, il sied de rappeler que d'après la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui lie les médecins traitants à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique.

Pour le surplus, contrairement à ce que soutiennent la recourante et le Prof. F. \_\_\_\_\_, le Prof. D. \_\_\_\_\_ n'a pas évalué avec légèreté les limitations fonctionnelles. Il a indiqué qu'il convenait d'éviter les mouvements avec les mains, à répétition ou statiques, comme le travail à l'ordinateur, de même que le port de charges lourdes. L'activité devait également permettre un changement de position et des pauses régulières. Par définition, ces limitations fonctionnelles ne sont pas chiffrées, sous réserve de l'indication de poids à soulever. A cet égard, le Prof. D. \_\_\_\_\_ a exclu les charges lourdes. Ce sont la capacité de travail et l'éventuelle diminution de rendement qui doivent être appréciées quantitativement, ce que l'expert a fait. Le Prof. F. \_\_\_\_\_ n'indique pas

que les limitations fonctionnelles retenues seraient erronées ou que le Prof. D. \_\_\_\_\_ en aurait omises.

Enfin, la recourante a critiqué le choix de l'expert, en relevant qu'il était à la tête du Service l'ayant prise en charge durant une longue période. Or, la juge instructrice a communiqué aux parties le nom de l'expert qu'elle comptait désigner, en précisant qu'il dirigeait actuellement le Service de rhumatologie du J. \_\_\_\_\_. Elle a fixé un délai aux parties pour faire valoir un éventuel motif de récusation (cf. courrier du 16 novembre 2017). La recourante ne s'est pas manifestée dans le délai imparti. Ce n'est qu'après avoir pris connaissance du rapport d'expertise qu'elle a désapprouvé le choix de l'expert. Cette réaction est tardive. Au demeurant, le Prof. D. \_\_\_\_\_ n'exerce au J. \_\_\_\_\_ que depuis le 1<sup>er</sup> avril 2017, date à laquelle l'assurée n'était déjà plus suivie par le Service de rhumatologie (cf. <https://www.chuv.ch/fr/rhumatologie/rhu-home/en-bref/notre-equipe/nos-medecins/pr-thomas-huegle/>). Le Prof. F. \_\_\_\_\_ déplore quant à lui qu'il se trouvait dans une position délicate, puisqu'il était subordonné au Prof. D. \_\_\_\_\_ dans ses activités au J. \_\_\_\_\_ et à l'O. \_\_\_\_\_. Cela ne l'a toutefois pas empêché de s'exprimer de manière détaillée sur l'appréciation du Prof. D. \_\_\_\_\_, et de l'écarter.

Les éléments soulevés par le Prof. F. \_\_\_\_\_ ne sont ainsi pas aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence de l'évaluation du Prof. D. \_\_\_\_\_. L'expertise judiciaire doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il convient dès lors de se rallier à ses conclusions, selon lesquelles l'assurée dispose, en particulier, d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée. La décision litigieuse, retenant notamment ce taux, doit ainsi être confirmée à cet égard.

Il n'est pas nécessaire de compléter l'instruction par une nouvelle expertise judiciaire, telle que demandée par la recourante, les moyens de preuve au dossier établissant les faits de manière suffisante.

**8.** Il convient encore d'examiner le préjudice économique subi par la recourante.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (cf. consid. 5b supra).

L'intimé a retenu que l'assurée aurait pu réaliser un revenu sans invalidité de 86'695 fr. à 100 %, en se fondant sur les données communiquées par ses anciens employeurs. Quant au revenu avec invalidité, l'OAI l'a fixé à 54'575 fr. à 75 %, en se référant au salaire d'une secrétaire médicale ayant des responsabilités particulières, ressortant de la convention collective de travail du secteur sanitaire parapublic vaudois, dont les salaires sont demeurés inchangés depuis 2012. Cet emploi constitue en effet un exemple d'activité adaptée que l'assurée aurait pu exercer après la mise en place de mesures de réadaptation, qu'elle a toutefois refusées. De la comparaison entre ces deux revenus, il ressort un taux d'invalidité de 37.05 %, arrondi à 37 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé, de même que la comparaison effectuée, ne prêtent pas flanc à la critique. Ils n'ont d'ailleurs pas été contestés.

**9. 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de S.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz (pour S.\_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :