

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Thalmann et Pasche, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 et 29 LAI; 6, 7, 8 et 16 LPGA

E n f a i t :

A. I._____, née en 1954 (ci-après : l'assurée ou la recourante), a exercé la profession d'architecte d'intérieur à 100 % pour le compte de G._____ dès le 1^{er} janvier 2007. Le 29 avril 2013, elle a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant valoir qu'elle souffrait d'une polyarthrite rhumatoïde. Le certificat médical établi le 22 mars 2013 par la Dresse W._____, spécialiste en médecine interne, attestait une incapacité totale de travail de l'assurée dès le 30 mai 2012, d'une durée probable de 12 à 14 mois, une reprise à 100 % étant indiquée pour le 1^{er} juin 2013.

Le 12 mai 2013, l'assurée a indiqué à l'OAI que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait en qualité d'architecte d'intérieur à 100 % par nécessité financière et intérêt personnel.

Sur le questionnaire pour l'employeur du 13 mai 2013, G._____ a indiqué qu'il avait mis fin aux rapports de travail avec effet au 30 septembre 2012 en raison de visions et d'exigences professionnelles divergentes. Il a précisé que l'assurée avait notamment été en incapacité de travail pour cause de maladie, à 100 % du 25 janvier au 12 février 2012, à 60 % du 13 février au 31 mai 2012 puis à nouveau à 100 % du 1^{er} juin 2012 au 30 septembre 2012.

Dans son rapport du 15 mai 2013, la Dresse W._____ a indiqué comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail une polyarthrite rhumatoïde dès 2011, ainsi qu'un syndrome fibromyalgieforme secondaire et un état dépressif existant depuis 2012. Elle exposait que sa patiente présentait de multiples douleurs articulaires aux mains, poignets, épaules, genoux et hanches ainsi qu'à la cheville gauche, associées à des douleurs des ceintures scapulo-humérales et à des tuméfactions des mains avec raideur matinale. Elle précisait que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde avait été posé en mars 2013 par le

Service de rhumatologie du Centre hospitalier E._____ (ci-après : E._____). La Dresse W._____ indiquait encore que, parallèlement à cette problématique, sa patiente présentait des troubles thymiques avec tristesse, lassitude, irritabilité, agitation, anxiété, troubles du sommeil, aggravés par la situation professionnelle. Elle estimait une reprise possible de l'activité professionnelle à 50 % dès octobre 2013. Elle a joint le rapport de consultation que le Dr P._____, chef de clinique auprès du Service de rhumatologie du E._____, lui avait adressé le 17 avril précédent. Il en ressort notamment ce qui suit :

"Nous avons vu la patiente susnommée à notre consultation ambulatoire de Rhumatologie le 14 mars 2013 et le 15 avril 2013 suite à un accident de voiture avec phénomène de "whiplash". La demande est d'évaluer une symptomatologie articulaire multiple chez une patiente présentant un haut titre d'anticorps anti-CCP.

Diagnostics :

Polyarthrite rhumatoïde

- 1ers symptômes en 2011 et 1er diagnostic en 3/13
- Critères de classifications ACR/EULAR : 8 points (carpité D [réd. : droite] à ce moment-là)
- FR à 27, anti-CCP 160 et ANA 1/160
- Symptômes secs associés
- Syndrome fibromyalgieforme secondaire
- Gluco-corticoïdes dès 3/13
- DMARD: Plaquenil dès 5/13
- Assessment : **DAS28** (1 Sj et 8 Tj; VS 20 mm/h) **4,44**

[...]

Anamnèse :

En 2011, Madame I._____ a noté l'apparition de multiples symptômes articulaires avec des douleurs de la base des pouces, des deux poignets, des MCP [réd. : métacarpo-phalangiennes], des IPP [réd. : interphalangiennes proximales] et des IPD [réd. : interphalangiennes distales] ainsi que des épaules des deux côtés. De plus, elle présente des douleurs des deux genoux ainsi que des douleurs de la cheville gauche accompagnées de douleurs sous formes de brûlures au-dessous des MTP [réd. : métatarsophalangiennes] 3 à 5 des deux côtés. Episode de douleurs des péri-hanches et sensation de dérochement sous son poids à la marche. Difficulté à prendre appui sur ses pointes de pieds. Ne peut plus mettre ses bagues. Nouvellement, douleurs dans les branches montantes de la mandibule matin et nuit. Il y a la présence de douleurs dans les trapèzes des deux côtés. Il y a un phénomène de tuméfaction décrit en regard des carpes sur les faces antérieure et postérieure ainsi que sur la face médiale en regard de l'articulation ulno-carpienne. Tous ces phénomènes sont migrants et les douleurs sont d'intensité variable. Un phénomène de raideur est perçu durant la nuit, touchant le corps entier et des difficultés à fermer le poing le matin. Il y a un réveil nocturne juste avant le matin. Madame I._____ ne décrit pas vraiment d'amélioration de symptômes lors des mouvements.

Les crises douloureuses aiguës sont surtout relevées durant la *nuit* . Durant la journée, la patiente décrit de plus des phénomènes de blocage articulaires multiples.

[...]

Discussion, évolution et traitement

Si nous nous basons sur les critères de classification ACR/EULAR 2010 de la polyarthrite rhumatoïde, nous retenons un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Un syndrome de Sjogren secondaire associé est en tout cas plausible sur la base de l'anamnèse. Nous n'avons pas d'évidence actuellement pour un autre diagnostic de type spondylarthrite, de quelque nature que ce soit, ou pour une autre connectivite qui nous permettrait d'évoquer un syndrome d'overlap.

[...]

Il nous faut également ici élargir notre prise en charge à la dimension bio-psycho-sociale complète de la patiente. **Une co-morbidité psychiatrique doit à tout prix être évaluée du point de vue diagnostic** - les symptômes montrés à notre consultation sont multiples dans ce domaine - **et du point de vue thérapeutique**. Dans le cadre de cette prise en charge **multi-disciplinaire, nous pourrons au mieux évaluer la** ré-intégration professionnelle de la patiente après avoir pu ensemble au préalable évaluer l'incapacité de travail qui est totale actuellement."

Dans un rapport du 30 décembre 2013, le Dr K._____, médecin traitant de la recourante, a mentionné le diagnostic de trouble dépressif récurrent et une capacité de travail maximale de 50 %.

Par communication du 18 février 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'était possible dans la mesure où sa situation médicale n'était pas encore stabilisée et où il était en attente de renseignements médicaux de ses médecins. Il a précisé qu'il examinait le droit de l'assurée à d'autres prestations et que celle-ci recevrait ultérieurement une décision à ce sujet.

Dans un rapport du 20 février 2014, le Pr D._____, médecin chef du Service de rhumatologie du E._____, a exposé en bref à l'OAI qu'il suivait l'assurée depuis le 1^{er} mai 2012, que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde avait été posé en mars 2013 et que les restrictions physiques se manifestaient par des douleurs et une fatigue chroniques. Selon lui, l'exercice de l'activité habituelle de l'assurée était encore exigible, mais pas plus de 4 heures par jour. Ainsi, il estimait l'assurée en mesure de reprendre une activité professionnelle à 50 % dès le 1^{er} mars 2014.

Dans un avis du 25 avril 2014, le Dr Z._____ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a notamment relevé que l'assurée présentait une polyarthrite rhumatoïde non érosive symptomatique depuis 2011, des rachialgies chroniques à prédominance cervicale et un status "coup du lapin" le 5 juin 2011, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Exposant que le psychiatre traitant de l'assurée semblait retenir une capacité de travail de 50 % dans son rapport de décembre 2013, alors que la Dresse W._____ indiquait dans son rapport du 23 janvier 2014 que la capacité de travail serait de 50 % à l'été 2014 par anticipation, que le Pr D._____ écrivait quant à lui s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à compter du 1^{er} mars 2014 et que les limitations fonctionnelles somatiques et psychiques n'étaient pas suffisamment précisées, le Dr Z._____ préconisait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, soit rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne.

Dans leur rapport d'expertise du 6 juillet 2015, les Drs V._____, interniste, M._____, rhumatologue, et T._____, psychiatre, de la Clinique H._____ ont posé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde, troubles dégénératifs des disques intervertébraux C4 à C5 et C5 à C6, hernie médiane du disque intervertébral D2 à D3, trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée en 2012 et trouble de la personnalité narcissique. Ils ont retenu que l'assurée présentait, tant dans son activité d'architecte d'intérieur que dans celle précédemment exercée de cheffe de projet, une incapacité totale de travail du 30 mai 2012 "à fin 2012 au plus" en raison d'un trouble de l'adaptation et d'une réaction dépressive prolongée. Dès décembre 2012 jusqu'au mois de mars 2013, ils ont estimé que l'assurée était en incapacité totale de travail en raison des poussées algiques aiguës de la polyarthrite rhumatoïde. A partir d'avril 2013 et jusqu'au 30 juin 2015 - sous réserve d'une période d'hospitalisation du 11 au 20 novembre 2014 -, les experts ont considéré que la capacité de travail de l'assurée était totale, avec une diminution de rendement de 20 % liée à fatigue générée par la polyarthrite rhumatoïde.

Enfin, les experts ont pronostiqué le recouvrement d'une capacité totale de travail sans diminution de rendement dès le 1^{er} juillet 2015, subordonnée au succès du traitement de la polyarthrite rhumatoïde (cf. tableau récapitulatif des capacités de travail retenues figurant en p. 135 du rapport).

Dans un avis SMR du 14 juillet 2015, le Dr Z._____ a considéré que l'expertise tridisciplinaire du 6 juillet 2015 était convaincante et qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'avis des experts selon lequel l'assurée disposait dès le mois d'avril 2013 d'une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle d'architecte d'intérieur adaptée, avec une baisse de rendement de 20 %, les limitations fonctionnelles étant la préhension manuelle fine et le port de charge limité à 5-12 kg.

Le 18 août 2015, l'assurée a produit, par l'intermédiaire de Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat, la copie du rapport établi le jour précédent par le Pr D._____, dans lequel ce dernier se déterminait comme il suit sur l'expertise de la Clinique H._____ :

"[...]

Etant donné le volume de ce rapport d'expertise je me suis limité à la lecture d'une partie du dossier, notamment le préambule, le motif de l'expertise et l'analyse sur le plan locomoteur ainsi que la discussion et la synthèse pluridisciplinaire.

Dans le préambule, il ressort d'une manière claire la chronologie des événements qui ont motivé une incapacité de travail de votre cliente, ainsi que les divers avis médicaux la concernant. Le texte fait mention (motif de l'expertise page 9) qu'au 18 février 2014 l'Office AI du canton de Vaud a notifié l'impossibilité de mettre en œuvre des mesures de réadaptation d'ordre professionnel en raison de l'absence de stabilité de la situation médicale de l'assurée. A ce point, j'ajouterai que depuis cette date, Mme I._____ a vécu une évolution de sa polyarthrite en dents de scie, avec des fluctuations de son état inflammatoire qui se manifeste par un état de fatigue persistant, des douleurs articulaires variables et fluctuantes, ainsi qu'une réponse au traitement modérément efficace pour l'instant.

Dans le rapport, l'analyse sur le plan locomoteur effectuée par la Clinique H._____ n'a pas mis en évidence une limitation de la mobilité des grosses articulations, néanmoins, il persiste au plan clinique un état inflammatoire des petites articulations des mains qui n'est pas évalué d'une manière spécifique dans le rapport. J'ajouterai qu'en plus du constat de l'examen clinique, les examens

échographiques (effectués au moins à 2 reprises au E. _____) témoignent d'une persistance de l'activité inflammatoire des petites articulations typique d'une polyarthrite rhumatoïde. Sur ce plan-là, nous pouvons conclure que la polyarthrite était active une grande partie de 2014 et même en 2015, alors que l'évaluation par les experts de la Clinique H. _____ l'a jugée comme normale. Finalement je passe aux conclusions de l'expertise et je note (page 132) qu'en février 2015 le DAS 28 est chiffré à 5,39, ce qui témoigne d'une activité de la polyarthrite qualifiée comme très active. Cette évaluation renforce mon avis médical qu'elle n'est pas encore dans un état de rémission de sa polyarthrite rhumatoïde. En tenant compte de ces constats, je suis surpris que l'expert évalue que son incapacité de travail à partir du 21 novembre 2014 est de 0% avec une baisse de rendement de 20% et qu'au 1^{er} juillet 2015 elle a toujours une incapacité de 0%. Il n'y a aucune justification dans le rapport sur quelle base ce chiffre a été établi, ni sur quelle base cette incapacité est évaluée à 0% par l'expert."

Dans un avis SMR du 31 août 2015, le Dr Z. _____ a relevé que le Pr D. _____ ne se basait que sur une partie du rapport d'expertise pour se déterminer. Au surplus, il a estimé en bref que ses déterminations n'apportaient pas de fait nouveau, qu'il n'évoquait pas d'aggravation notable depuis le rapport d'expertise et qu'il n'y avait par conséquent pas de motif pour l'OAI à modifier sa position.

Par projet de décision du 16 septembre 2015, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité en considérant ce qui suit :

"Exerçant une activité d'architecte d'intérieur, Mme I. _____ est en incapacité de travail continue depuis janvier 2012. Cependant, suite à l'instruction de son dossier, et notamment de l'expertise pluridisciplinaire effectuée par la Clinique H. _____, il ressort que son activité habituelle ou toute activité respectant les limitations fonctionnelles est exigible à 100 %, dès avril 2013, avec une baisse de rendement de 20 %. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. A l'échéance du délai de carence d'une année, son incapacité de travail et de gain était de 100 % et le droit à des prestations aurait pu être examiné. Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al 1 LAI. La demande déposée le 30 avril 2013 est donc tardive."

Par courrier du 18 septembre 2015, l'assurée a contesté le projet de décision précité en s'appuyant notamment sur l'avis du Pr

D._____, qui attestait que la polyarthrite rhumatoïde qu'elle présentait était totalement incapacitante. Elle a également contesté la valeur probante de l'expertise de la Clinique H._____, sur laquelle l'OAI s'est fondé pour rendre son projet de décision.

Le 26 octobre 2015, l'assurée a produit une copie du courrier du Pr D._____, daté du 22 octobre précédent. Ce courrier, adressé au mandataire de l'assurée, exposait notamment ce qui suit :

"Je vous ai déjà écrit au mois d'août 2015 et mon étonnement et ma grande surprise quant aux déclarations faites par la clinique H._____ dans son rapport d'expertise. Je réitère à nouveau le fait que Madame I._____ présente une polyarthrite active, mal contrôlée. A mon avis sa capacité de travail est bien de 0 % dans l'état actuel.

Je vous fournis ci-après quelques éléments de son parcours médical depuis juin 2014. En juin 2014, nous avons débuté un traitement de Methotrexate pour sa polyarthrite rhumatoïde, jugée comme active. Le traitement a commencé à raison de 10 mg/semaine, augmenté par la suite à 15mg/semaine en septembre 2014. Cette augmentation était justifiée par une augmentation des symptômes et de l'inflammation articulaire.

Malheureusement, au mois de novembre 2014, elle a développé une agranulocytose médicamenteuse à mettre sur le compte du Methotrexate. La patiente a été hospitalisée du 11 au 20 novembre 2014. Nous avons interrompu le traitement de Methotrexate et en janvier 2015, nous avons débuté un traitement par Orenzia, traitement qu'elle a poursuivi jusqu'au mois de septembre 2015. Nous avons arrêté ce traitement en septembre 2015, en raison du manque d'efficacité objectivé par l'examen clinique, des prises de sang régulières que nous avons pratiquées pour le suivi de sa maladie ainsi que d'un bilan échographique effectué le 15 septembre 2015 qui révélait un score SONAR de 17.

En raison de cet état mal contrôlé de sa polyarthrite, nous avons décidé de changer encore une fois son traitement pour de l'Actemra et ce depuis le 29 septembre 2015.

A mon point de vue, Madame I._____ a été incapable de travailler, pour les raisons médicales directement liées à sa polyarthrite rhumatoïde, depuis juillet 2014 et certainement durant toute l'année 2015. Sa capacité de travail est nulle depuis le début de cette année."

Le 28 janvier 2016, l'assurée a produit le rapport d'expertise effectuée par le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, à sa demande. Celui-ci a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur, récurrent, en rémission partielle, gravité actuelle moyenne (F33.5), de trouble panique sans agoraphobie (F41.0) et de

personnalité limite, décompensée (F61.31). En ce qui concerne la capacité de travail de l'assurée, l'expert s'est déterminé comme il suit :

"7. CAPACITÉ DE TRAVAIL

C'est à partir du mois de mai 2012 que l'expertisée se sent totalement épuisée. Elle se sent triste, en colère, manipulée, non-respectée, mais continue de travailler à temps partiel ayant pour but de finir son projet professionnel à tout prix. Lorsqu'elle est licenciée pour la fin septembre 2012 elle est mise en incapacité de travail à 100% par son médecin généraliste. La caisse chômage à laquelle elle essaye d'émarger à l'époque la refuse, la considérant inapte au placement. C'est à ce moment que l'on peut situer le début de l'incapacité de travail totale et durable de Mme I._____. L'assurée relate à l'époque une insomnie importante, la présence de malaises, des maux de tête, une baisse de la tension artérielle, des crises d'angoisse et des douleurs importantes. Elle est suivie par son psychiatre une fois par semaine déjà à partir de janvier 2012. Ceci laisse présumer qu'une atteinte partielle au moins au niveau psychique, invalidante au sens du travail, existait déjà à partir du début de l'année 2012 et que, sans le caractère battant de l'assurée, elle aurait probablement cessé de travailler bien avant.

Depuis septembre 2012 et jusqu'à actuellement sans interruption, l'expertisée n'est plus capable de travailler. Au contraire, son état de santé a connu une aggravation progressive, la récente aggravation du mois de septembre 2015 est associée à un risque suicidaire patent et, dans ce contexte, la priorité n'est pas à la réhabilitation mais aux soins."

Dans un avis SMR du 22 mars 2016, le Dr Z._____ a considéré en bref que l'expert S._____ n'avait pas démontré l'existence de faits nouveaux ou témoignant d'une aggravation durable de l'état de santé psychique de l'assurée depuis l'expertise H._____, que son appréciation sur la capacité de travail était en contradiction avec celle du psychiatre traitant de l'assurée, de sorte que l'OAI était légitimé à maintenir sa position.

Par décision du 10 août 2016, l'OAI a refusé d'allouer à l'assurée une rente d'invalidité. Il a considéré en bref que l'expertise pluridisciplinaire effectuée par les médecins de la Clinique H._____ avait pleine valeur probante et que les appréciations médicales versées au dossier par l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en question les conclusions motivées et convaincantes des experts quant à la capacité de travail de l'intéressée.

B. Par acte du 12 septembre 2016, I._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à la réforme de la décision rendue par l'OAI le 10 août 2016 en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière à compter d'une date fixée à dire de justice "mais en tout état de cause au plus tard à compter du 1^{er} septembre 2013". Subsidiairement, la recourante a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction "et/ou" décision dans le sens des considérants. En substance, elle nie toute valeur probante à l'expertise de la Clinique H._____ et soutient, en se fondant notamment sur les avis médicaux du Pr D._____ et du Dr S._____, qu'elle ne dispose plus d'aucune capacité de travail depuis le mois de septembre 2012 pour des raisons psychiatriques et rhumatologiques. La recourante requiert la tenue d'une audience d'instruction et l'audition des médecins experts de la Clinique H._____, du Pr D._____ et du Dr S._____ notamment et, pour autant que nécessaire, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique).

Le 15 septembre 2016, la recourante a produit le rapport d'expertise judiciaire du 29 août 2016 rédigé par le Pr Q._____, spécialiste en rhumatologie, dans le cadre de la procédure opposant l'assurée à son assurance perte de gain devant le Tribunal d'arrondissement de Lausanne. Il ressort notamment du rapport d'expertise que la polyarthrite rhumatoïde que présente la recourante a débuté au plus tôt fin 2012, avec un diagnostic en mars 2013, qu'elle est sévère et invalidante, active et résistante aux différents traitements de fond conventionnels et biologiques essayés jusqu'à présent avec peu d'alternatives résiduelles.

Dans sa réponse du 24 novembre 2016, l'intimé rappelle avoir tenu compte dans la décision niant à la recourante le droit à une rente d'invalidité d'une demande de prestations déposée le 30 avril 2013, d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis janvier 2012, ainsi que d'une capacité de travail entière dans cette même activité dès avril 2013, avec une diminution de rendement de 20 %. Il expose

qu'interpellé sur les conclusions du Pr Q._____ dans son rapport d'expertise du 29 août 2016, le SMR a conclu, par avis du 17 novembre 2016, à une incapacité totale de travail, dans toute activité, dès le 15 septembre 2015. L'intimé indique envisager d'admettre cette incapacité de travail continue et expose qu'au vu du degré d'invalidité de 20 % admis depuis quelques années, cela conduit, par calcul de l'invalidité moyenne sur une année, à la reconnaissance du droit à un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2015, suivi d'une rente entière trois mois après.

Dans sa réplique du 30 novembre 2016, la recourante confirme ses conclusions. Elle dit peiner à comprendre pourquoi l'intimé ne fait courir l'incapacité de travail continue qu'à compter du 15 septembre 2015, d'autant que le Pr Q._____ a établi que la polyarthrite est active et totalement invalidante depuis début 2013.

Dans sa duplique du 5 janvier 2017, l'intimé confirme sa position telle qu'elle ressort de sa réponse du 24 novembre 2016.

Par courrier du 18 avril 2017, la juge instructrice de la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait interpellier le Pr D._____ afin d'obtenir des informations complémentaires concernant l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde dans le temps, en rappelant notamment que, selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie évoluant par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Un questionnaire a été soumis aux parties et un délai leur a été fixé pour poser des questions complémentaires.

A la suite des écritures des parties des 21 avril et 9 mai 2017, la juge instructrice a adressé le 19 mai 2017 au Pr D._____ le questionnaire suivant :

- "1. A quelles dates avez-vous reçu la prénommée à votre consultation?

2. Quelles ont été vos constatations cliniques lors de ces examens (synovites, douleurs à la pression, etc.) ?
3. Quels ont été les résultats des différents tests et analyses pratiqués dans votre service et utiles à l'évaluation de l'activité de la maladie (DAS28-CRP, etc) ?
4. Veuillez-vous prononcer, en étayant votre appréciation sur la base de vos constatations cliniques, des résultats précités ainsi que des temps de réponse aux traitements, sur l'évolution de la capacité de travail de Mme I._____ d'avril 2013 à ce jour, que ce soit dans l'activité précédente d'architecte d'intérieur ou dans une activité adaptée.
5. Avez-vous d'autres observations ?"

Par courrier du 1^{er} juin 2017, le Pr D._____ a notamment répondu ce qui suit :

"Pour les trois premières questions, je vous fournis une réponse à l'aide du tableau ci-dessous qui résume le parcours clinique d'une manière très synthétique. Les informations proviennent du dossier médical de Mme I._____, où des informations plus détaillées sont à disposition si besoin. Mme I._____ a eu de très nombreux événements médicaux au E._____ en raison de sa polyarthrite rhumatoïde (PR), ainsi que des problèmes associés (hématologiques, dentaires, neurologiques) qui ont motivé des consultations ambulatoires multiples ainsi que 3 hospitalisations dans le service de Rhumatologie du E._____. Sa maladie se caractérise par des poussées inflammatoires récidivantes dès le départ, parfois maîtrisées par son traitement. Mais vu les nombreux échecs (en raison d'intolérance et de toxicités engendrées), l'inflammation articulaire montre une cinétique en dents de scie, comme en témoignent les valeurs de la vitesse de sédimentation. Nous ne pratiquons pas le DAS (disease activity score), une échelle numérique qui sert comme indicateur de l'activité de la polyarthrite, à chaque consultation ambulatoire, mais les valeurs de DAS corroborent l'impression d'une maladie très fréquemment active. Nous recherchons à traiter la maladie afin que les symptômes et signes de la polyarthrite soient supportables par la patiente, et il est accepté qu'un DAS à <2.6 signifie que la maladie est sous bon contrôle, et entre 2.6 à 3.2, moyennement contrôlée. La réponse que je fournis à la question 4 est nuancée par la vue rétrospective que je possède maintenant de son cas, après l'avoir suivie depuis septembre 2014 (sic). Vu que sa maladie présente un cours fluctuant, mais jamais totalement quiescent, il me semble qu'une incapacité de travail à 100% soit exigible dans son activité d'architecte d'intérieur. Dans toute autre activité adaptée, le taux d'incapacité n'est pas modifié, car l'effet de la maladie sur la patiente se traduit, d'une part, par des douleurs articulaires importantes, touchant surtout les mains et les jambes, et d'autre part, par un état de fatigue chronique qui diminue significativement le rendement au travail. Lorsque j'avais établi le rapport à l'AI pour Mme I._____ en date du 20.2.2014, j'avais indiqué qu'une reprise de travail à 50% pourrait être envisageable à partir du 1.3.14. (Annexe 1, point 1.9). Ce chiffre me semble maintenant trop optimiste, surtout que la réponse aux différents traitements tentés (Plaquenil, Méthotrexate, anti-TNF, Actemra, Orencia) est moyenne

ou absente. A ce jour, Mme I. _____ a développé en plus des nodules rhumatoïdes et des problèmes articulaires aux pieds, qui ont motivé récemment une consultation orthopédique spécialisée."

Le 9 juin 2017, la recourante s'est déterminée sur l'appréciation médicale du Pr D. _____ en relevant qu'elle était extrêmement fouillée et que le tableau clinique dressé alarmait. Elle s'est ralliée à ses conclusions en ce sens qu'elle est en totale incapacité de travail.

Dans ses déterminations du 7 août 2017, l'OAI a indiqué, en se référant à l'avis SMR du 18 juillet précédent, qu'une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative pouvait être retenue depuis février 2014. L'avis SMR précité, sous la plume du Dr Z. _____, relève notamment ce qui suit :

"Nous lisons dans ce courrier que l'activité d'architecte d'intérieur n'est plus exigible à ses yeux [réf. : le Pr D. _____] depuis février 2014 et qu'il en va de même pour toute autre activité de l'économie. Du point de vue médical, ce spécialiste laisse entendre que la maladie est allée s'aggravant depuis 2014, de même que les empêchements qui en découlent : la polyarthrite rhumatoïde érosive est mal contrôlée par le traitement prescrit, traitement ajusté à plusieurs reprises. Nous nous rangeons à l'avis du Pr D. _____. L'expertise rhumatologique Q. _____ du 29 août 2016 fixe le début de l'expression clinique de PR observée par un médecin à mars 2013 (page 6, point 44 et page 7 point 54). Cela n'est pas en contradiction avec l'appréciation du Pr D. _____."

Dans son écriture du 5 septembre 2017, la recourante indique ne pas partager le point de vue de l'OAI, plus précisément celui du SMR, qui fait remonter son incapacité de travail à février 2014. Elle renvoie aux constatations du Pr Q. _____, qui affirme n'avoir aucun doute quant au fait que la polyarthrite rhumatoïde était active et invalidante depuis fin 2012 voire début 2013 et qu'elle explique à elle seule une incapacité totale de travail depuis début 2013. Rappelant qu'elle a déposé sa demande de prestations en avril 2013, elle conclut à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée au plus tard dès le 1^{er} novembre 2013.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. I LAI). 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 (cf. 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. 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

4. a) En l'espèce, la recourante a déposé sa demande de prestations AI le 29 avril 2013. Elle prétend avoir droit à une pleine rente d'invalidité dès septembre 2013, en se référant aux appréciations médicales des Pr D._____ et Q._____ ainsi qu'à l'expertise du Dr S._____ quant à son incapacité de travail en toute activité, que ce soit en raison de la polyarthrite rhumatoïde ou des troubles psychiatriques qu'elle présente depuis 2012. Pour sa part, dans la décision dont est recours, l'intimé a considéré, en suivant les conclusions de l'expertise H._____, que la recourante avait présenté une entière incapacité de travail du 30 mai à fin 2012 au plus tard en raison d'un trouble de l'adaptation et d'une réaction dépressive prolongée, d'une entière incapacité de travail de décembre 2012 jusqu'au mois de mars 2013 en raison des poussées algiques aiguës de la polyarthrite rhumatoïde, mais que la recourante disposait depuis le mois d'avril 2013 d'une totale capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % due aux douleurs et à la fatigue engendrées par la polyarthrite rhumatoïde. L'intimé s'est distancé des conclusions des experts de la Clinique H._____, qui estimaient que dès le 1^{er} juillet 2015 la recourante avait une pleine capacité de travail sans diminution de rendement, pour autant que le traitement de la polyarthrite rhumatoïde soit pleinement efficace. Considérant que la recourante avait présenté sa demande tardivement et ne pouvait dès lors prétendre à une rente d'invalidité avant la fin du délai

de carence de six mois, l'intimé a nié tout droit à une rente, la recourante disposant à ce moment-là d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % entraînant un degré d'invalidité inférieur au minimum légal requis. Dans ses dernières déterminations du 7 août 2017 en lien avec les réponses du Pr D._____ au questionnaire du juge instructeur du 19 mai 2017, l'intimé a admis une incapacité totale de travail dès février 2014 en se référant à l'avis SMR du 18 juillet 2017.

La Cour de céans n'a pas la même lecture de la réponse du Pr D._____ à la question 4. En effet, une incapacité totale de travail était déjà attestée par les rhumatologues du E._____ d'avril 2013 à février 2014, et dans son rapport du 1^{er} juin 2017, le Pr D._____ admet a posteriori avoir été trop optimiste dans son précédent rapport du 20 février 2014 en envisageant la possibilité d'une reprise de travail à 50 % dès le 1^{er} mars 2014. Il doit en être déduit que le Pr D._____ considère rétroactivement que l'incapacité de travail a toujours été totale. En présence d'une maladie évoluant par poussées, avec des réponses variables aux traitements médicaux instaurés, une appréciation rétroactive différente du pronostic précédemment établi n'est pas constitutive d'ambiguïté et ne porte pas atteinte à la valeur probante du dernier rapport.

Cela étant, il y a consensus médical quant à une incapacité totale de travail du 30 mai 2012 à mars 2013. Il est également constant que la polyarthrite rhumatoïde s'est aggravée à partir de juin 2015, ce que ne pouvait prévoir les experts de H._____ à la date de l'examen de la recourante. Les experts réservaient au demeurant le succès du traitement. L'intimé a ainsi retenu, dans sa réponse du 24 novembre 2016, une incapacité totale de travail dès le 15 septembre 2015, soit à l'issue du délai de 3 mois de l'article 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201). Le litige se résout donc à la question de savoir quelle est l'incapacité de travail entre avril 2013 et le 14 septembre 2015, consécutivement à la polyarthrite rhumatoïde, le cas échéant aux troubles psychiques.

Cela étant, la question de la mise en œuvre d'une expertise, en vue de trancher les évaluations, contradictions ou la capacité de travail de la recourante pendant cette période, ne se pose pas, au vu de la jurisprudence ci-dessous.

b) Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010, consid. 3.2; 8C_22/2009 du 22 décembre 2009, consid. 3.2; 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2 et les références citées; 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au

juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2; 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2; TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références citées). Selon le Tribunal fédéral, le moment déterminant pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi correspond à celui où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettaient d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4), dès lors qu'on ne pouvait, avant cette date, exiger de l'assuré la reprise d'une activité en fonction d'une éventuelle capacité résiduelle de travail dont il ne connaissait pas l'étendue

c) En l'espèce, la recourante, née en 1954, était âgée de 59 ans et 4 mois lorsqu'elle a déposé sa demande de prestations le 29 avril 2013, de 60 ans et demi à la date du rapport d'expertise de la Clinique H._____ et de 62 ans et 7 mois lorsque l'intimé a rendu sa décision.

Le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si la Haute Cour n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1; cf. aussi TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.1).

Dans l'hypothèse où l'expertise H._____, telle que nuancée par l'avis SMR du 17 novembre 2016, devait être suivie, il devrait être retenu une pleine capacité de travail avec diminution de rendement de 20 % entre avril 2013 et septembre 2015.

Si l'avis du Pr D. _____ devait être suivi, il devrait être admis que la recourante présente une incapacité de travail totale depuis mars-avril 2013.

Seule une expertise permettrait de trancher la divergence relative à l'appréciation de la capacité de travail de la recourante entre avril 2013 et septembre 2015. Or, il est fort probable que l'avis du nouvel expert ne serait pas connu avant l'âge légal de la retraite de la recourante. Ainsi, quel que soit le résultat de ce complément d'instruction, notamment même s'il confirmait l'appréciation des experts de H. _____ telle que pondérée par le SMR, il ne pourrait plus être demandé à l'assurée de rechercher une activité professionnelle compatible avec ses limitations fonctionnelles et la diminution de rendement. En effet, le moment décisif permettant de constater l'exigibilité ne pourrait se présenter au plus tôt que lors de la reddition du rapport du nouvel expert (cf. ATF 138 V 457 cité).

Au demeurant, s'il était renoncé à une telle expertise, le moment décisif permettant de constater l'exigibilité coïnciderait avec le dépôt du rapport d'expertise de H. _____, soit le 5 juillet 2015. Or, à cette date-là, la recourante se trouvait déjà dans la tranche d'âge qualifiée d'avancée par le Tribunal fédéral. Par ailleurs, la polyarthrite rhumatoïde a ceci de spécifique qu'elle évolue par poussées, avec pour corollaire la survenance d'incapacités de travail répétées en cours d'emploi. Une telle atteinte pourrait être rédhibitoire aux yeux d'un employeur potentiel, étant donné la probabilité de devoir couvrir un risque accru de maladie, avec des répercussions économiques négatives. Un employeur potentiel entrerait d'autant moins en matière sur la candidature d'une personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde lorsque, comme en l'occurrence, elle émanerait d'une personne proche de l'âge légal de la retraite et par conséquent soumise au taux de cotisation maximum en matière de prévoyance professionnelle.

En conséquence, il doit être admis que pour la période encore litigieuse, soit celle courant d'avril 2013 au 14 septembre 2015, la recourante présente une incapacité de travail totale et continue.

En retenant une incapacité de travail entière ayant débuté à tout le moins le 30 mai 2012, les conditions du droit à la rente étaient réalisées dès le 31 mai 2013 au plus tard (article 28 al. 1 LAI).

La recourante a déposé sa demande de prestations le 29 avril 2013. Compte tenu du délai de carence de 6 mois imposé par l'article 29 al.1 LAI, le droit à la rente a pris naissance le 30 octobre 2013, de telle sorte que la recourante a droit à une rente entière dès le 1^{er} octobre 2013 (article 29 al. 3 LAI).

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision de l'OAI du 10 août 2016 réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2013.

b) Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction s'avère inutile et la requête de tenue de débats formulée par la recourante peut être rejetée au vu de la jurisprudence (TF 8C_723/2016 consid. 2.3).

6. a) 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 4'000 fr., compte tenu de la difficulté et de l'ampleur de la procédure. Ce montant est mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2013.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'intimé.
- IV. L'intimé versera à la recourante une indemnité de dépens de 4'000 francs (quatre mille francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :