COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mars 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente

Mme Dessaux, juge, et M. Bonard, juge assesseur

Greffière : Mme Berseth

*****

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourant, représentée par Me Jean-Pierre Bloch, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA

E n f a i t :

A. M._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en 19[...], mariée et mère de deux enfants nés en 199[...] et 199[...], est arrivée en Suisse en 1994, avant d'y être naturalisée en 2014. Elle a notamment travaillé depuis 2001 en qualité d'employée polyvalente auprès de Z._____, à temps partiel, occupant en parallèle un poste de nettoyeuse pour le compte d'E._____ entre 2001 et 2008, puis occasionnellement au-delà.

Le 5 décembre 2014, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) est notamment entré en possession d'un rapport du 20 mars 2015 du Dr L._____, médecin traitant, retenant les diagnostics de lombalgies sur canal lombaire étroit L4-L5, de discopathie L3-L4, L4-L5 et L5-S1 avec prolapsus discaux, de discrète arthrose postérieure L4-L5 depuis 2008, de périarthrite scapulo-humérale droite depuis 2009 et de gonalgies gauches sur syndrome rotulien. Le Dr L._____ a attesté une incapacité de travail de 100% du 16 au 27 janvier 2013, du 28 mars au 6 avril 2014, du 11 au 14 mai 2014, du 20 au 31 juillet 2014, du 19 août au 21 septembre 2014, du 30 janvier au 12 février 2015, puis de 50% dès le 13 février 2015. Au titre des limitations fonctionnelles, il a indiqué que sa patiente devait éviter le port de lourdes charges, les travaux répétitifs en particulier avec le bras droit et le travail au-dessus de la hauteur des épaules.

Interpelé par l'OAI, le Dr L._____ a indiqué le 7 septembre 2015 que sa patiente avait connu une amélioration de ses lombalgies, qu'elle avait récupéré la mobilité de son épaule droite et que seules prévalaient encore quelques gonalgies sur syndrome rotulien. Le médecin traitant a attesté une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée épargnant le rachis, dès le 3 septembre 2015, sans baisse de rendement. Il a précisé que l'assurée travaillait 15 heures par semaine

chez Z._____ et qu'elle se disait prête à travailler à 100% si l'employeur le lui proposait.

Dans un avis du 5 octobre 2015, la Dr D._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu le diagnostic principal de lombalgies chroniques sur discopathies de L3 à S1 (M51.1), ainsi que les pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité de périarthrite scapulo-humérale droite et de gonalgies gauches sur syndrome rotulien. Elle a considéré que l'assurée présentait depuis le 3 septembre 2015 une capacité de travail entière dans son activité habituelle ainsi que dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir les activités permettant d'éviter le port de charges lourdes et les travaux répétitifs avec le bras droit en particulier ainsi que les travaux avec les bras en dessus de l'horizontale.

A l'issue d'une enquête ménagère du 27 juin 2016, l'OAI a reconnu à l'assurée le statut de personne active à 100%.

Par décision du 9 décembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, estimant qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle ainsi que dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que définies par le SMR.

B. Le 20 février 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI au motif qu'elle présentait une incapacité totale de travail depuis le 19 juin 2016, prise en charge par P._____, assureur perte de gain maladie de Z._____.

Invitée par l'OAI à produire des pièces médicales rendant plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 9 décembre 2016, l'assurée a remis un rapport d'IRM cervicale et de l'épaule droite du 22 décembre 2016, dont il ressort les conclusions suivantes :

> « Colonne cervicale : Discopathie et altérations dégénératives osseuses étagées, prédominant en C5-C6 et C6-C7, associés à ces deux niveaux à la présence de hernie discale exerçant une

> empreinte sur la face antérieure du cordon médullaire (avec une prédominance C6-C7) et à une uncarthrose C5-C6 et C6-C7, sténosant les deux trous de conjugaison gauche, susceptible d'entraîner une irritation des racines C et C7 gauches dans leur trajet intraforaminal.
>
> Epaule droite : tendinopathie et foyers de déchirure interstitielle intratendineux du tendon du muscle sus-épineux, tendinopathie des tendons des muscles sous-scapulaire, du long chef du biceps et du tendon du muscle sous-épineux. Bursite sous-acromiale. »

L'assurée a été licenciée par Z._____ pour le 31 mars 2017 et s'est inscrite au chômage.

Dans un rapport du 2 mars 2017, les Drs T._____ et S._____, médecins au Service de neurologie du C._____ (ci-après : C._____) ont indiqué que l'assurée souffrait de cervicalgies pouvant être en rapport avec une cervicarthrose ainsi qu'une volumineuse hernie discale au niveau C6-C7. Leur examen clinique avait permis de conclure à un status dans les normes, l'assurée ne présentant notamment pas de signe de radiculopathie ni de myélopathie. Toutefois, compte tenu de la taille de la hernie, les médecins ont préconisé une chirurgie par discectomie antérieure accompagnée de la pose d'une cage, afin de prévenir les complications neurologiques liées au canal cervical étroit.

Interpelée par l'OAI, l'assurée a indiqué le 20 avril 2017 que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100%, par nécessité financière.

Le 27 juin 2017, l'assurée a bénéficié d'une cervicotomie antérieure avec discectomie C6-C7 et pose d'une cage au niveau C6 et C7. Dans un rapport du 12 juillet 2017, les Drs T._____ et Y._____, ont rendu compte de l'évolution post-opératoire en ces termes :

> « Synthèse – évolution et discussion
>
> La patiente a été prise en charge chirurgicalement le 27.06.2017 pour une cervicotomie antérieure avec discectomie C6-C7 et pose d'une cage au niveau C6 et C7 compliquée d'une brèche durale. Les suites opératoires sont favorables, marquées par une amélioration des paresthésies bilatérales C7 ainsi que de l'hypoesthésie C7 bilatérale et subjectivement du déficit moteur C7 bilatéral qui se maintient objectivement à gauche à M4 et à droite à M4+ sur M5. La dextérité fine est par contre nettement améliorée. La marche est

> également améliorée ainsi que les troubles urinaires de type urgence. Deux ponctions lombaires sont effectuées à 24 et 48 heures avec retrait de 35 ml à chaque ponction en prévention de fistule du liquide céphalorachidien. Une radiographie en charge cervicale démontre le bon positionnement du matériel au niveau de la cage intersomatique C6-C7. Au vu de la bonne évolution de la patiente après une évaluation physiothérapeutique favorable, la patiente est rentrée à domicile le 02.07.2017 ».

Dans un rapport du 18 juillet 2017 à l'OAI, le Dr O._____, nouveau médecin traitant depuis septembre 2016, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de hernie discale cervicale C6-C7 depuis juin 2016 et attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 19 juin 2016. Il a estimé que l'activité habituelle de l'assurée n'était plus adaptée à son état de santé, le port de charges lourdes étant désormais interdit et les stations debout et assise prolongées pénibles.

Dans un rapport du 14 décembre 2017, les Drs T._____ et Y._____ ont constaté une amélioration clinique ensuite de l'opération du 27 juin 2017, malgré la persistance de quelques douleurs distales des membres supérieurs.

Le 27 mars 2018, le Dr O._____ a relevé que l'état de sa patiente ne connaissait pas d'amélioration et qu'il persistait des cervicalgies invalidantes irradiant le bras gauche et des douleurs à l'épaule droite, accompagnées de limitations des mouvements d'élévation et de rétropulsion. L'assurée présentait des limitations de mouvements des deux épaules et de rotation/inclinaison de la tête, des contractures cervico-dorsale musculaires, des pertes de mémoire, des troubles de la concentration et des gonalgies gauches. L'incapacité de travail persistait, à 100%.

Le 24 août 2018, P._____ a transmis à l'OAI le rapport du 13 mars 2018 du Dr R._____, spécialiste en neurologie, auquel elle avait confié le mandat d'expertiser l'assurée. Le Dr R._____ retenait les diagnostics de status post-cure de hernie discale C6/C7 et de probable lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il relevait que l'assurée se plaignait de douleurs de la ceinture scapulaire, mais que l'examen

clinique n'avait pas révélé de déficit neurologique. Il n'existait pas non plus d'argument en faveur d'une myélopathie. L'expert préconisait une physiothérapie de tonification en vue de la reprise du travail, tout en renvoyant l'assurée à l'avis d'un orthopédiste s'agissant de la pathologie de l'épaule. De même, il suggérait une nouvelle évaluation en neurochirurgie, afin de déterminer s'il existait une fuite de liquide céphalorachidien (LCR) ou une récidive de hernie discale. Le Dr R._____ estimait qu'il convenait de prolonger l'incapacité de travail jusqu'au résultat des investigations proposées, tout en précisant qu'en l'absence de nouvelles atteintes au plan neurochirurgical, il conviendrait de fixer l'exigibilité à 50% durant six mois, suivie, selon l'évolution, d'une reprise à 100%.

Dans un rapport du 6 septembre 2018, les Drs Q._____ et V._____, médecins assistants au Service de rhumatologie au C._____, ont constaté une absence de perte de hauteur des corps vertébraux, un bon alignement de la ligne vertébrale et postérieure, une perte de hauteur de l'espace intersomatique S5-S1 avec ostéocondensation sous-chondrale en faveur d'un remaniement dégénératif ainsi qu'un remaniement arthrosique inter-apophysaire postérieur L4-L5. Ils ont également relevé qu'un ultrason de l'épaule gauche du 28 juin 2018 avait mis en évidence des discrets signes de tendinopathie de l'infra-épineux à gauche, sans lésion transfixiante, l'assurée ne présentant au demeurant pas de bursite ni d'épanchement. Les Drs Q._____ et V._____ ont requis un examen par ultrason de score à la recherche d'une synovite infraclinique. Dit examen, effectué le 20 septembre 2018, a exclu une activité rhumatismale inflammatoire (cf. rapport d'ultrason de score Sonar du 4 octobre 2018).

Le 28 novembre 2018, les Drs T._____ et Y._____ ont constaté une bonne évolution à 18 mois de l'intervention chirurgicale et ont mis fin à leur suivi, tout en précisant qu'ils confiaient la patiente à leurs collègues rhumatologues pour la suite de l'investigation et de la prise en charge relevant de cette spécialité.

Dans un rapport du 12 mars 2019, le Dr N._____, spécialiste ORL, a retenu le diagnostic de surdité mixte moyenne droite et légère à moyenne gauche, pour laquelle il a proposé un appareillage.

Sur avis du 9 août 2019 de la Dre G._____, médecin au SMR, l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise neurologique et rhumatologique, dont la réalisation a été confiée au H._____. A la requête de l'expert neurologue, un volet psychiatrique a été ajouté au mandat.

Après avoir chacun rendu compte des conclusions de leur examen clinique dans des rapports distincts du 19 février 2020, les Drs B._____, spécialiste en neurologie, W._____, spécialiste en rhumatologie, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à une évaluation consensuelle le même jour, à l'issue de laquelle ils ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de status après discectomie et pose d'une cage C6-C7, de cervicalgies, de fibromyalgie, d'épaules douloureuses simples, de lombalgies chroniques sur discopathies dégénératives, de syndrome douloureux du compartiment antérieur des genoux et de déconditionnement musculaire global. Les experts ont émis l'appréciation suivante :

> **« 4.1 <u>Evaluation médicale interdisciplinaire</u>**
>
> (…)
>
> La présente expertise, réalisée dans des conditions difficiles (contact via une interprète, difficultés de communication probablement dues aux différences culturelles) ne peut retenir que la présence d'une symptomatologie douloureuse chronique consécutive à des modifications dégénératives modérées qui n'en expliquent ni l'intensité ni la persistance. L'examen clinique et l'imagerie retiennent :
>
> > Une cervicalgie résiduelle après discectomie antérieure et pose de cage ACDF en C6-C7 le 27.06.2017, non incapacitante. Des épaules douloureuses simples sur tendinopathies sans déchirure transfixiante de la coiffe justifiant un travail avec les bras au-dessous du plan des acromions.
> >
> > Des lombalgies chroniques sur discopathies dégénératives modérées et arthrose postérieure discrète comme on peut les rencontrer chez de nombreux sujets asymptomatiques

pouvant admettre qu'un travail exclusivement en position debout, sans possibilité de repos compensateurs intermédiaires, n'est plus exigible.

Un syndrome douloureux du compartiment antérieur des genoux sur arthrose fémoro-patellaire et tibio-fémorale interne débutante très modeste, accentué par un déconditionnement musculaire consécutif à l'arrêt de travail prolongé, l'absence de mobilité et l'obésité. Ce syndrome n'est pas incapacitant, il est susceptible d'amélioration.

Un déconditionnement musculaire global avec atonie abdominale et rétraction de la chaine musculaire postérieure des ischio-jambiers avec bascule antérieure du bassin. La dysbalance musculaire est la conséquence d'une sédentarité et d'absence de mouvements. Si ce déconditionnement musculaire entraîne aujourd'hui des limitations dans les gestes et postures de la vie quotidienne, il est réversible par un traitement physique approprié.

Le diagnostic de fibromyalgie se doit d'être considéré, d'autant plus avec le comportement majorant de l'expertisée. L'examen clinique du jour constate la présence de 16 points de Yunus et Smythe à l'examen clinique et un score ACR 2010 à 15/31 (Zones douloureuses : 7 ; Echelle de sévérité des symptômes pour 8 [fatigue 1, troubles du sommeil 2, troubles cognitifs 2, symptômes somatiques 3]). La plupart des sites douloureux trouvent une tentative d'explication, mais insuffisante et non concluante, quant à l'origine des douleurs.

Compte tenu des éléments susmentionnés, sur le plan somatique, si l'on peut admettre que Madame M._____ ne puisse reprendre son activité professionnelle préalable en raison de la situation cervicale préexistante, rien ne s'oppose à ce qu'elle reprenne une activité professionnelle adaptée, légère, progressivement jusqu'à un taux de 100%, sans perte de rendement.

Elle n'a aucun antécédent psychiatrique familial ni personnel. Elle n'a jamais été suivie par un professionnel de la santé mentale, on ne lui a jamais prescrit de psychotrope ni d'incapacité de travail pour raisons psychiatriques. Elle ne ressent pas le besoin d'être soutenue psychologiquement.

Comme facteurs de stress, nous relevons le décès d'un de ses frères en 1978, le décès d'un autre frère en 2009, le décès de sa mère en 2012 ; son père a été porté disparu dès 1987, l'expertisée ne sait pas s'il est vivant ou décédé ; elle décrit son travail au Z._____ comme stressant ; dettes à hauteur de 450 000 francs.

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

La plainte principale chez cette expertisée est un syndrome douloureux chronique. L'expert rhumatologue retient un diagnostic de fibromyalgie. Les facteurs psycho-sociaux sont évidents : l'expertisée décrit son travail d'ouvrière polyvalente au Z._____ comme extrêmement stressant et pense que ce sont les pressions qu'elle a vécues durant cette période qui ont déclenché le syndrome douloureux chronique ; elle a des dettes hypothécaires et autres pour un montant de CHF 450'000.- environ ; son mari est en arrêt maladie à 50% depuis août 2019 ; elle ne parle pas le

français. Ce trouble assure une sollicitude et une aide accrue de la part de son entourage.

Nous ne retenons pas d'autres diagnostics psychiatriques qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

(...)

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

0 % tant dans l'activité de nettoyeuse que dans celle d'employée polyvalente au Z._____.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

Dans une activité adaptée respectant quelques limitations fonctionnelles (pas d'engagement physique lourd ; pas de port régulier de charges de plus de 10 kg ; pas de travaux répétitifs avec le bras droit en particulier, travaux limités à hauteur des bras à l'horizontale, pas de déplacements importants à pied surtout en terrain inégal ; pas de montée/descente régulière d'escaliers), la capacité de travail est complète (plein-temps avec un rendement de 100%). »

Dans un avis du 12 juin 2020, la Dre G._____ s'est ralliée aux conclusions des experts. Se fondant singulièrement sur les précisions apportées par l'expert rhumatologue dans son rapport du 19 février 2020, elle a retenu que l'assurée n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle depuis le 19 juin 2016, mais qu'elle avait recouvré une capacité de travail à 50% dès juin 2018, puis à 100% dès novembre 2018 dans une activité adaptée, permettant l'alternance des positions assise et debout et ne nécessitant pas de travaux physiques lourds, pas de port régulier de charges de plus de 3 à 5 kg, pas de travaux répétitifs avec le bras droit en particulier, pas de travaux avec les bras plus haut que l'horizontale, pas de déplacements importants à pieds surtout en terrain inégal et pas de montées et de descentes régulières d'escaliers. La Dre G._____ a également retenu qu'il n'existait pas de limitations psychologiques/psychiatriques.

Par décision du 29 janvier 2021, confirmant un projet de décision du 27 juillet 2020, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er août 2017 au 31 août 2018, suivie d'un quart de rente du 1er septembre 2018 au 31 janvier 2019, le droit de l'assurée prenant fin à cette date. L'OAI a retenu que dès le mois de juin 2018, l'intéressée

avait recouvré une capacité de travail dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, en qualité d'ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ou encore comme ouvrière dans le conditionnement, d'abord à 50%, puis à 100% dès le mois de novembre 2018. L'OAI a fixé le revenu que l'assurée aurait perçu en 2018 sans atteinte à la santé à 45'223 francs. Quant au revenu d'invalide qu'elle était en mesure de gagner dès juin 2018 à la faveur de la reprise d'une activité adaptée à 50%, l'OAI l'a arrêté à 25'873 fr. 57, compte tenu d'un taux d'abattement de 5%. Procédant à la comparaison de ces revenus, l'OAI est parvenu à la conclusion que l'assurée subissait un préjudice économique de 42,57%, qui lui ouvrait le droit à un quart de rente. Une fois une pleine capacité de travail retrouvée, en novembre 2018, l'assurée serait en mesure de percevoir un salaire 49'213 fr. 09, après abattement de 10% ; elle ne subirait dès lors plus aucun préjudice économique attribuable à son état de santé, de sorte que son droit à la rente devait être supprimé.

C. Par acte du 1er mars 2021, M._____, représentée par Me Jean-Pierre Bloch, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 29 janvier 2021, dont elle a principalement conclu à la réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er août 2017 pour une durée indéterminée, et subsidiairement, à l'annulation, suivie du renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants. A l'appui de sa contestation, la recourante a fait grief à l'OAI d'avoir violé le droit en procédant à une révision de ses droits en l'absence d'éléments probants permettant de retenir une évolution positive de son état de santé. Elle a également reproché à l'intimé d'avoir outrepassé son pouvoir d'appréciation, en ne prenant pas en compte son incapacité de travail et de gain dans toute activité et en allant à l'encontre d'un avis médical émanant de personnes compétentes et qualifiées.

Dans une réponse du 28 avril 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, la recourante n'ayant

produit aucun élément qui aurait été ignoré au moment où il a statué sur sa demande de prestations.

Par duplique du 16 juin 2021, confirmée le 17 juin 2021, la recourante a maintenu ses conclusions et requis la mise en œuvre d'une expertise médicale.

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. Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à une rente d'invalidité pour la période courant au-delà du 31 août 2018. Se pose singulièrement la question de savoir si son état de santé a connu une amélioration – dès le mois de juin 2018 puis à nouveau dès novembre 2018 (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], cf. consid. 3b infra) – conduisant à une modification notable de son taux d'invalidité permettant de réviser la rente entière qui lui était accordée jusqu'au 31 août 2018, dans le sens de sa diminution à un quart de rente, puis de sa suppression dès le 1er février 2019.

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d’une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu’elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l’incapacité de travail, elle est définie par l’art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l’aptitude de l’assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d’activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d’une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d’incapacité de travail de longue durée, l’activité qui peut être exigée de l’assuré peut aussi relever d’une autre profession ou d’un autre domaine d’activité.

b) L’assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d’accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s’il a présenté une incapacité de travail d’au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d’invalidité, le revenu que l’assuré aurait pu obtenir s’il n’était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu’il pourrait obtenir en exerçant l’activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Aux termes de l’art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d’invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d’office ou sur demande, révisée pour l’avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d’invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l’art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de

modification sensible de l’état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d’un état de fait, qui, pour l’essentiel, est demeuré inchangé n’appelle en revanche pas à une révision au sens de l’art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s’est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu’ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l’époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

Les dispositions régissant la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA s’appliquent par analogie dans l’octroi rétroactif d’une pension progressive ou temporaire (ATF 133 V 263 consid. 6.1 et les références citées). Dans ce cas, le constat d'une modification déterminante doit intervenir entre les faits existant à la date d'ouverture du droit à la rente et la date de la modification du droit, en application de l'art. 88a RAI (TF 8C_132/2020 du 18 juin 2020 consid. 4.2.2 et les références citées).

Les mêmes principes trouvent également application lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande alors qu'une rente lui avait été précédemment refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant. Dans un tel cas, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l’assuré rend plausible que son invalidité s’est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si tel est le cas, l'office entrera alors en matière sur la demande et vérifiera que la péjoration rendue plausible est avérée, en procédant selon l'art. 17 LPGA, appliqué par analogie.

Aux termes de l’art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d’accomplir les travaux habituels de l’assuré s’améliore, ce changement n’est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu’à partir du moment où on peut s’attendre à ce que l’amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu’un tel changement déterminant a duré

trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

4. **a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien

motivées. Au demeurant, l’élément déterminant pour la valeur probante, n’est ni l’origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

5. **a)** Dans le cas d'espèce, l’OAI est entré en matière sur la nouvelle demande formulée par la recourante le 20 février 2017, estimant que l'intéressée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 9 décembre 2016. Retenant qu'à l'issue du précédent examen du droit à une rente, l'assurée présentait des lombalgies chroniques sur discopathies de L3 à S1 (M51.1), une périarthrite scapulo-humérale droite et des gonalgies gauches sur syndrome rotulien, restant sans effet sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, l'OAI a admis que, dès juin 2016, l'état de santé de la recourante avait connu une aggravation constitutive d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA conduisant à l'ouverture du droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2017 (soit six mois après le dépôt de la demande du 20 février 2017, selon l'art. 29 LAI). L'office a ensuite considéré que la situation de l'assurée avait présenté une amélioration permettant une reprise de travail à 50% dès le mois de juin 2018, puis à 100% dès le mois de novembre 2018, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dites améliorations induisant une nouvelle révision de rente, dans le sens d'une réduction à un quart de

rente dès le 1er septembre 2018, suivie de sa suppression dès le 1er janvier 2019.

Pour sa part, la recourante adhère aux conclusions de l'OAI s'agissant de la période lui donnant droit à une rente entière d'invalidité, mais conteste toute amélioration de son état de santé, estimant qu'elle souffre toujours d'une totale incapacité de travail dans quelque activité que ce soit.

Pour trancher la question litigieuse, il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé a retenu que l'état de santé de la recourante avait connu une amélioration entre la date d'ouverture de son droit à une rente entière et, respectivement, juin 2018 puis novembre 2018.

b) Lorsque la recourante a déposé la demande litigieuse, il s'est avéré qu'elle présentait de nouvelles atteintes, notamment au niveau des cervicales et de l'épaule droite. Un premier contrôle neurologique au C._____ a conclu à un status dans les normes, sans signe de radiculopathie ni de myélopathie. Il a néanmoins mis en évidence une cervicarthrose ainsi qu'une volumineuse hernie discale pour laquelle une indication opératoire a été posée, afin de prévenir les complications neurologiques liées au canal cervical étroit (cf. rapport des Drs T._____ et S._____ du 2 mars 2017). La recourante a ainsi bénéficié le 27 juin 2017 d'une cervicotomie antérieure avec discectomie C6-C7 et pose d'une cage au niveau C6-C7. Bien que compliquée d'une brèche durale, l'intervention a été suivie d'une évolution favorable, de sorte que les neurologues du C._____ ont mis fin à leur suivi en novembre 2018, renvoyant la recourante à leurs collègues rhumatologues pour la suite de la prise en charge des troubles de cet ordre (cf. rapport des Drs T._____ et Y._____ du 28 novembre 2018). Entretemps, la recourante s'est soumise à une expertise neurologique ordonnée par l'assurance perte de gain de son ex-employeur, qui a conclu à un status post-cure de hernie discale C6-C7 et à une probable lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, en lien avec laquelle une prochaine consultation orthopédique était prévue. L'examen clinique pratiqué par l'expert

R._____ n'a en revanche pas révélé de déficit neurologique ni d'argument en faveur d'une myélopathie. L'expert a toutefois préconisé la poursuite des investigations au plan neurochirurgical, à la recherche d'une fuite de liquide céphalorachidien ou d'une récidive de hernie discale. Procédant à l'évaluation de la capacité de travail, il a précisé qu'en l'absence de nouvelles pathologies neurochirurgicales, une reprise du travail pourrait intervenir à 50% durant six mois, puis à 100% selon l'évolution (cf. rapport d'expertise du Dr R._____ du 24 août 2018). Ensuite de cela, la recourante s'est encore soumise à un examen rhumatologique, qui ne s'est pas révélé contributif, hormis quelques signes de remaniement dégénératif au niveau S5-S1, L4-L5 et L5-S1 (cf. rapport des Drs Q._____ et V._____ du 6 septembre 2018). C'est dans ce contexte que le SMR, constatant qu'il n'existait aucun consilium détaillé au plan neurologique et orthopédique/rhumatologique depuis l'expertise du Dr R._____, a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, confiée au H._____.

c) aa) Au plan neurologique, le Dr B._____ a retenu les diagnostics de rachialgies cervico-dorso-lombaires avec douleurs des 4 extrémités, actuellement sans substrat neurologique objectivable, et de status après discectomie antérieure C6-C7 et mise en place d'une cage le 27 juin 2017. Il a notamment relevé que, contrastant avec l'importance des plaintes, l'assurée s'était déplacée aisément de la salle d'attente à la salle d'examen, n'avait éprouvé aucune difficulté à rester plus d'une heure assise durant l'anamnèse sans exprimer le besoin de se lever ni montrer d'autres manifestations douloureuses, s'était déshabillée sans difficulté majeure et n'avait pas donné l'impression d'une fatigue/fatigabilité ni d'une somnolence significative (cf. rapport d'expertise neurologique p. 18 et 22). Lors de l'examen clinique, l'expert a notamment constaté que la station sur la pointe des pieds et sur les talons était apparemment impossible, sans qu'on ne trouve d'explication à cette impossibilité. La marche un pied devant l'autre avait tout d'abord été normalement possible, avant que n'intervienne une brusque instabilité, elle aussi inexpliquée. L'examen des paires crâniennes s'était révélé sans anomalie, hormis une hypoacousie bilatérale connue. A l'examen des membres

supérieurs, le Dr B._____ a noté une épreuve des bras tendus sans chute, des mouvements rapides relativement bien effectués, une trophicité musculaire et des réflexes tendineux préservés alors que le test de la force musculaire était caractérisé par des phénomènes de lâchages étagés et que la patiente signalait une hypoesthésie tactile et douloureuse globale des deux membres supérieurs à prédominance gauche, sans topographie radiculaire ou tronculaire et sans éléments évocateurs d'une atteinte centrale. L'expert n'avait au demeurant pas trouvé de signes d'irritation sur les gros troncs nerveux des deux membres inférieurs ni d'éléments allant dans le sens d'une atteinte médullaire. Au niveau des membres inférieurs, la manœuvre de Lasègue était ininterprétable des deux côtés, la recourante bloquant la manœuvre dès l'initiation du mouvement. L'épreuve des jambes fléchies était impossible jambes conjointes en raison de la provocation de douleurs lombaires apparemment intolérables, mais elle avait été possible une jambe après l'autre, sans déficit ; les mouvements rapides étaient bien effectués, la trophicité musculaire intacte, les réflexes tendineux présents, normovifs et symétriques, les sensibilités superficielles et profondes préservées pour l'âge et un cutané plantaire clair en flexion. Le Dr B._____ a déduit de ses constatations une discordance entre l'importance des plaintes et les possibilités effectives de la recourante, estimant que l'intéressée avait fait preuve de démonstrativité et de forte majoration de ses symptômes. Il existait selon l'expert une claire discordance entre une évolution objectivement favorable ensuite de l'intervention chirurgicale pratiquée en 2017 et les plaintes subjectivement invalidantes de l'assurée. S'agissant de l'échec de l'ensemble des traitements, l'expert a noté que malgré l'importance des douleurs signalées par la recourante, celle-ci ne recourait que très irrégulièrement à la prise d'antalgiques. A l'issue de son appréciation, le Dr B._____ est parvenu aux mêmes conclusions que le Dr R._____ dans son rapport d'expertise du 13 mars 2018 : l'examen neurologique n'avait apporté aucune preuve d'atteinte neurologique tant centrale (médullaire) que périphérique, pas plus que des indications en faveur d'une atteinte périphérique à caractère radiculaire au niveau des membres inférieurs (cf. rapport d'expertise neurologique p. 19 et 22). Le Dr B._____ a dès lors attesté une pleine capacité de travail dans une

activité adaptée, sans port régulier de charges de plus de 5 à 10 kg ni déplacements importants à pied, notamment en terrain inégal ou en escaliers, et permettant les changements relativement fréquents de positions assise/debout, l'expert préconisant une reprise progressive (cf. rapport d'expertise neurologique p. 24).

bb) Au plan rhumatologique, le Dr W._____ a retenu les diagnostics de cervicalgies, d'épaules douloureuses simples, de lombalgies chroniques sur discopathies dégénératives, de syndrome douloureux du compartiment antérieur des genoux, de déconditionnement musculaire global et de fibromyalgie. L'expert rhumatologue a relevé que la recourante avait fait l'objet de nombreuses investigations ayant toutes conduit à des diagnostics sans gravité, hormis celui de hernie discale cervicale. Il a estimé que les traitements conservateurs mis en place avaient été adéquats et suivis d'améliorations objectives, et, si l'assurée les estimait inefficaces, il convenait de relever que la compliance au traitement n'avait pas toujours été exemplaire, la médication antalgique n'étant prise que parcimonieusement ou pas du tout. A l'instar de son confrère neurologue, le Dr W._____ a relevé une évidente discordance entre l'importance des plaintes et les observations objectives. L'examen de l'appareil locomoteur, en présence de 3 signes compartimentaux de Waddel et Kummin et d'une limitation fonctionnelle inférieure aux performances de l'expertisée dans les moments hors examens (déshabillage, marche dans les couloirs, déplacements sur la table d'examen), témoignait en faveur d'une participation importante de facteurs psychologiques, psycho-sociaux ou autres que somatiques (cf. rapport d'expertise rhumatologique p. 27). L'expert a en particulier observé qu'assise en salle d'attente, l'assurée s'était levée de son siège à son appel et s'était déplacée sans difficulté apparente ni boiterie. Elle était restée en position assise, sans en changer, durant tout l'entretien, qui avait duré 1h40. Durant l'examen, l'attitude et le comportement avaient changé radicalement, en ce sens que la recourante mettait un temps infini pour changer de position, exprimait son ressenti avec de nombreux soupirs et gémissements, esquivait les palpations et mouvements passifs, et résistait ou retenait les gestes et postures nécessaires à l'examen.

L'expert a encore relevé que l'assurée n'avait pas exprimé un sentiment de fatigue en fin d'examen, ni manifesté de signe dans ce sens (cf. rapport d'expertise rhumatologique p. 18 et 19). Le Dr W._____ a estimé que la recourante n'était plus en mesure de travailler dans ses activités habituelles de nettoyeuse et d'employée polyvalente chez Z._____, mais qu'elle avait recouvré une capacité de travail, dans des activités respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir les activités ne nécessitant pas le port de charges lourdes, ni les travaux répétitifs avec le bras droit en particulier ou avec les bras en-dessus de la hauteur des épaules, à 50% depuis juin 2018, puis à 100% depuis novembre 2018, sans baisse de rendement. L'expert a encore précisé que la capacité de travail pourrait être améliorée par une meilleure compliance au traitement (cf. rapport d'expertise rhumatologique p. 28).

cc) Au plan psychiatrique, le Dr F._____ a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et a écarté l'existence d'autre trouble d'ordre psychiatrique. L'expert a notamment exclu tout symptôme des lignées hypomaniaque et maniaque, anxieuse et psychotique. Il a également constaté l'absence de perturbation qualitative de la psychomotricité, malgré un léger ralentissement psychique : les fonctions cognitives étaient préservées, l'assurée s'étant montrée vigilante et n'avait en particulier pas montré de déficit attentionnel durant l'heure et demie d'entretien. Elle ne présentait pas non plus de troubles du cours de la pensée, notamment s'agissant du rythme et du déroulement. Etait également absente toute notion de troubles de la perception, de l'affectivité ou du comportement. L'assurée n'avait jamais été prise en charge par un professionnel de la santé mentale, n'avait jamais suivi de traitements psychotropes et affirmait ne pas en ressentir le besoin, l'origine de ses douleurs chroniques résidant selon elle dans le stress causé par son activité pour Z._____. Elle restait ainsi focalisée sur le stress subi chez son ancien employeur, sur ses douleurs chroniques et sur son rôle d'handicapée. Le Dr F._____ a encore relevé que malgré une capacité d'endurance annoncée comme limitée lors de l'anamnèse, l'assurée avait pu se concentrer durant une heure et demi lors de l'examen d'expertise, ses capacités de prise de

décision et de jugement ne semblant pas limitées. Evaluant les ressources de la recourante, l'expert psychiatre a notamment relevé que l'intéressée gardait de bonnes relations avec son mari et ses enfants, qui l'aidaient activement au quotidien, ainsi qu'avec ses sœurs, résidant au [...], à qui elle téléphonait quotidiennement. Elle fréquentait également une église une fois par semaine, dans laquelle elle dansait et chantait, loisirs auxquels elle s'adonnait également parfois à la maison. Elle accompagnait encore son mari et ses enfants au supermarché et parfois en promenade avec leur chien, pour se changer les idées. L'expert psychiatre a conclu de ses constatations que la recourante ne présentait aucune limitation d'ordre psychiatrique et qu'elle disposait, sur ce plan, d'une pleine capacité de travail dans toute activité, sans baisse de rendement.

dd) L'expertise du H._____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Les Drs B._____, W._____ et F._____ ont chacun procédé à un examen spécialisé de la recourante, en présence d’une interprète. Ils ont étudié l'ensemble du dossier médical, établi une anamnèse détaillée et pris en compte les plaintes de l'intéressée. Ils ont décrit de manière claire le contexte médical, ont procédé à une appréciation dûment motivée de la situation médicale, d'abord individuellement puis consensuellement, avant de poser des conclusions bien motivées. Le Dr F._____ a eu outre exposé les éléments lui ayant permis d'exclure la présence d'autres troubles d'ordre psychiatrique. Les experts ont par ailleurs procédé à une analyse des indicateurs fixé par le Tribunal fédéral en lien avec l’appréciation de la capacité résiduelle de travail d’un assuré souffrant de troubles psychiques et psychosomatiques (cf. consid. 3b supra) afin de déterminer l'éventuel effet incapacitant du trouble somatoforme douloureux et de la fibromyalgie. Ils ont ainsi pris soin d’apprécier la gravité des troubles présentés, la cohérence et la plausibilité des symptômes et des plaintes de l’assurée et de tenir compte de ses ressources.

Le dossier en mains du tribunal ne contient aucun élément qui viendrait contredire les conclusions des experts. Bien au contraire, les

neurochirurgiens du C._____ ont considéré que l'évolution post-opératoire avait été favorable, malgré la brèche durale. Ils ont constaté une amélioration clinique dès juillet 2017, mois suivant l'intervention, avec une amélioration des paresthésies et hypoesthésies, de la dextérité fine, de manière nette, de la marche et des troubles urinaires (cf. rapport du Dr T._____ du 12 juillet 2017). Cette évolution favorable s'est confirmée dans les mois qui ont suivi, malgré la persistance de quelques douleurs distales en décembre 2017 (cf. rapport du Dr T._____ des 14 décembre 2017 et 28 novembre 2018). De même, au plan rhumatologique, le rapport des Drs Q._____ et V._____ a abouti à des conclusions globalement rassurantes et n'a en tous les cas pas dénoté de troubles susceptibles de porter atteinte à la capacité de travail. Quant à l'expert R._____, comme déjà relevé, il est parvenu à des conclusions superposables à celles du Dr B._____, dans le sens de l'exclusion de toute atteinte neurologique. A l'instar du Dr W._____, il a conclu à l'exigibilité d'une capacité de travail progressive dans une activité adaptée, d'abord de 50% puis à 100%.

La recourante quant à elle n'apporte aucun élément concret qui tendrait à démontrer le caractère non probant de l'expertise, son acte de recours n'étant en particulier appuyé d'aucun rapport médical. Finalement, il semble que l'avis médical « émanant de personnes compétentes et qualifiées », qu'elle fait grief à l'intimé d'avoir ignoré, correspond en fait au seul avis du Dr O._____. Si ce dernier a poursuivi la prescription d'arrêts de travail à 100%, il n'a toutefois pas fait état d'éléments qui auraient été ignorés des experts et qui auraient été de nature à remettre sérieusement en cause leurs conclusions. Les limitations fonctionnelles évoquées dans son rapport du 18 juillet 2017 correspondent à celles retenues par l'intimé. S'il indique le 27 mars 2018 que l'état de sa patiente n'a connu aucune amélioration malgré l'opération, il ne dit rien sur les raisons qui l'amènent à prendre le contre-pied des spécialistes du C._____, qui, comme vu ci-dessus, ont constaté des améliorations dès juillet 2017, qu'ils ont décrites de manières circonstanciées. Une fois encore, les éléments que le Dr O._____ avance en mars 2018 rentrent globalement dans le cadre des limitations fonctionnelles retenues par la

décision entreprise. Il y ajoute encore des pertes de mémoire et des troubles de la concentration, qui restent cependant non-documentés, dont la recourante ne s'est au demeurant pas spécifiquement plainte au cours de l'expertise du H._____, et qui ont par ailleurs été exclues par le Dr F._____, qui a constaté l'absence de tout déficit attentionnel pendant une heure et demie et de tout trouble de la mémoire à court et long terme (cf. rapport d'expertise psychiatrique p. 19). La recourante ne saurait non plus être suivie lorsqu'elle voit une contradiction entre les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI (qui demandent d'éviter les travaux répétitifs avec le bras droit en particulier) et les activités considérées comme adaptées par l'intimé (le travail simple et répétitif). Il existe en effet à n'en pas douter suffisamment d'activités simples et répétitives, soit des activités qui ne nécessitent pas de formation ni de compétences spécifiques, qui permettent la reproduction de mêmes tâches sans exigence d'adaptation ni de réflexion, et qui n'exigent pas de mouvements répétitifs astreignant pour le bras droit.

En définitive, les appréciations des Drs B._____, W._____ et F._____ sont convaincantes et il ne se trouve au dossier aucun élément médical objectif qui justifie de s’en écarter. L’OAI était ainsi fondé à retenir que l'état de santé de la recourante a connu une amélioration lui permettant du recouvrer une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à raison de 50% dès le mois de juin 2018 puis de 100% dès le mois de novembre 2018.

Le dossier étant complet au plan médical, il permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte que l’on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d’une nouvelle expertise, telle que sollicitée par la recourante, serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d’y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 124 V 190 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

6. Compte tenu de l'âge de la recourante au moment où a été rendue la décision lui ouvrant le droit à une rente limitée dans le temps, il convient d'examiner la question de son droit à la mise en œuvre de

mesures de réadaptation préalablement à la réduction et la suppression de sa rente, en lien avec l'obligation de se réadapter par soi-même.

a) Le Tribunal fédéral a admis que l'octroi de mesures de réadaptation pouvait dans certaines circonstances particulières constituer une condition *sine qua non*, d'un point de vue professionnel, à la valorisation économique de la capacité de travail (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). Il a ainsi considéré qu'il existe des situations dans lesquelles, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité – y compris dans le cadre d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209) –, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C_707/2018 du 26 mars 2019 et les références citées ; TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références citées ; TF 9C_800/2014 du 31 janvier 2015 ; TF 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références citées). Il en découle – sous réserve de cas où l'assuré dispose d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (TF 8C_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.3 ; TF 9C_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5) – que ce n'est qu'à l'issue d'un examen concret de la situation de l'assuré et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réadaptation sur le marché du travail que l'office AI peut définitivement statuer sur la révision de la rente

d'invalidité et, le cas échéant, réduire ou supprimer le droit à la rente. Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.4 ; TF 8C_446/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.2.4 non publié in ATF 141 V 5, mais dans SVR 2015 IV N. 19 p. 56 ; TF 9C_409/2012 du 11 septembre 2012 consid. 2.3).

En d'autres termes, l'office doit vérifier si la capacité de travail résiduelle médico-théorique permet d'inférer sans autres démarches une amélioration de la capacité de gain ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle et/ou des mesures légales de réadaptation (cf. TF 9C_276/2020 du 18 décembre 2021, consid. 6 ; 9C_227/2020 du 5 octobre 2020 consid. 2.2, 9C_304/2020 du 8 juillet 2020 consid. 3 et les références citées).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, le recourante était âgée de 58 ans lorsqu'elle a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps. Elle appartient donc à la catégorie d'assurés dont il

convient de présumer qu’ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l’on peut raisonnablement attendre d’eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail, peu importe à cet égard qu’elle présente une invalidité inférieure aux 20 % habituellement exigés pour l'octroi de mesures au sens de l'art. 8 LAI (TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.1 et 5.2). Afin de déterminer si l'octroi de mesures doit être considéré comme une condition *sine qua non* à la réduction ou suppression de ses prestations, il convient encore d'examiner si de telles mesures avaient une chance d'atteindre le but poursuivi par la jurisprudence fédérale dans ce type de situation. On peut relever à cet égard qu'en 2017, dans le cadre de la procédure d'intervention précoce, l'assurée avait été mise au bénéfice d'une mesure auprès de [...]. Selon le rapport du 10 juin 2017 de l'organisateur, l'assurée s'était dite motivée à entreprendre la mesure proposée à l'issue de sa convalescence post-opératoire. Entretemps toutefois, l'assurée s'est prévalue d'une totale incapacité de travail sans discontinuité jusqu'à la décision litigieuse. Au cours de l'expertise, la recourante a confirmé qu'elle ne pouvait plus concevoir de travailler, dans quelque activité que ce soit, la plupart des tâches ménagères ne lui étant par ailleurs plus accessibles (cf. rapport d'expertise rhumatologique : « Affirme ne plus pouvoir faire quoi que ce soit » [p. 16] ; rapport d'expertise neurologique : « En raison des troubles susmentionnés, Madame M._____ s'estime totalement incapable de reprendre une activité professionnelle et se considère comme très handicapée dans les actes de la vie quotidienne et pour faire son ménage » [p. 22] ; rapport d'expertise psychiatrique « Pour ce qui est de la représentation de l'évolution future de la maladie, elle n'imagine aucune amélioration et, en conséquence, aucune possibilité d'améliorer sa capacité de travail dans son activité de femme au foyer et surtout dans une activité lucrative » [p. 14] ; « Madame M._____ s'estime totalement incapable de reprendre une activité professionnelle lucrative alors qu'elle éprouve déjà d'importantes difficultés à la gestion de son ménage [p. 18]) ». Dans le cadre de son acte de recours, elle a confirmé que son état de santé ne lui « permet[tait] par la prise d'une quelconque activité lucrative » (cf. acte de recours p. 4). Compte tenu de ces éléments, il y a lieu de retenir qu'on se trouve dans un cas de figure où les éléments concrets du

dossier permettent de retenir que l'octroi de mesures de réadaptation serait subjectivement voué à l’échec. La recourante n’a du reste pas formulé de grief spécifique s’agissant des mesures dans la présente procédure ni conclu à leur octroi en sa faveur. Il appert donc que l’octroi de mesures de réadaptation serait *in casu* vraisemblablement voué à l’échec, de sorte que c'est de manière fondée que l'intimé n'a pas estimé nécessaire de mettre en œuvre des telles mesures préalablement à la révision des droits de la recourante.

7. Procédant à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA selon l'exigibilité retenue à l'issue de l'appréciation médicale, l'intimé est arrivé à la conclusion que, pour la période de capacité de travail à 50%, dès le mois de juin 2018, la recourante présentait un taux d'invalidité de 42,57%, alors que dès le mois de novembre 2018, au bénéfice d'une pleine capacité de travail, elle ne subissait plus aucun préjudice du fait de son état de santé, le revenu qu'elle serait en mesure de gagner selon les salaires statistiques (ESS) dépassant même son salaire sans invalidité à 100%. Contrôlés d'office, ces calculs ne prêtent pas flanc à la critique : l'OAI a fait une correcte application des règles jurisprudentielles applicables en la matière, de sorte que ses conclusions au plan économique peuvent être confirmées. La recourante ne soulève au demeurant aucun grief à leur égard. Tout au plus pourrait-on s'étonner que l'intimé a appliqué deux taux d'abattement différents (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75), à savoir 5% pour la période de capacité de travail de 50% et 10% pour la période de pleine capacité. Selon les fiches de calcul du salaire exigible du 24 juillet 2020, l'abattement de 5% est fondé sur l'âge de la recourante et celui de 10% sur l'âge et les limitations fonctionnelles de l'intéressée. Les éléments au dossier ne mettent en évidence aucun élément qui pourrait expliquer cette différence d'appréciation des limitations fonctionnelles sous l'angle du taux d'abattement. Ce point peut toutefois souffrir de rester indécis puisque, même à retenir un taux d'abattement de 10% pour la période durant laquelle la recourante disposait d'une capacité de travail de 50%, le droit de la recourante ne s'en trouverait pas modifié.

Cela étant, c'est de manière fondée que l'intimé a procédé à la révision de la rente entière d'invalidité accordée depuis le 1er août 2017 dans le sens d'un quart de rente dès le 1er septembre 2018, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé lui ayant permis de recouvrer une capacité de travail de 50% dès le mois de juin 2018, puis dans le sens de sa suppression dès le 1er février 2019 soit trois mois après l'amélioration subséquente ayant permis à l'intéressée de recouvrer une pleine capacité de travail dès le mois de novembre 2018 (cf. art. 88a RAI).

8. **a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu l'issue du litige.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 29 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de M._____.

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 Jean-Pierre Bloch (pour la recourante), à Lausanne,
- 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 :