

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
 Mme Berberat, juge, et Mme Rondi, assesseure
Greffière : Mme Jeanneret

* * * * *

Cause pendante entre :

N._____, à Q***, recourant, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6,7, 8, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28a, 28b LAI ; 27^{bis}, 88a al. 1 RAI

En fait :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, marié, père de trois enfants nés en [...], titulaire d'un CFC d'employé de commerce délivré en 1984, a travaillé en qualité d'informaticien à 90 % pour B._____ dès 2004.

L'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en juillet 2014, en raison de douleurs cervicales entraînant une incapacité de travail depuis le 4 septembre 2013. Cette demande a été rejetée par décision du 23 mars 2015, sur le constat que l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 4 août 2014.

B. L'assuré a déposé une seconde demande de prestations le 8 avril 2021, faisant état d'une incapacité de travail depuis octobre 2020 en raison de douleurs cervicales et à l'épaule. Il a rempli le 30 avril 2021 un formulaire de détermination du statut en indiquant qu'en bonne santé, son taux d'activité serait de 90 % en tant que technicien et consacrerait le pourcentage non-travaillé à l'activité sportive.

L'employeur de l'assuré a rempli le questionnaire pour l'employeur le 17 juin 2021.

Dans un questionnaire médical de l'OAI complété le 2 août 2021, le Dr D._____, spécialiste en neurochirurgie, a posé le diagnostic de cervicalgies et radiculalgies C7 gauche persistantes, en précisant que son patient avait subi une foraminotomie postérieure le 3 novembre 2020 avec une bonne évolution mais que l'incapacité de travail restait complète. Il a signalé que l'intéressé présentait un status post discectomie cervicale antérieure et fusion des vertèbres (ACDF) C6-C7 en 2013 ayant nécessité une reprise chirurgicale ultérieure, une arthrite rhumatoïde et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche.

Le 12 janvier 2022, l'OAI a reçu un questionnaire médical dans lequel la Dre E._____, médecin praticienne, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de rétrécissement foraminaux C6-C7 gauche, avec foraminotomie postérieure, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche, de polymyalgia rheumatica, de goutte et de canal cervical étroit. Les limitations fonctionnelles concernaient la mobilisation cervicale et du bras gauche et la capacité de travail était de 30 % d'un 100 % dans toute activité depuis le 25 mai 2021. La Dre E._____ a par ailleurs précisé que l'assuré avait présenté des périodes d'incapacité de travail de 100 % du 5 octobre 2020 au 15 janvier 2021 puis de 90 % jusqu'au 17 février 2021, de 80 % jusqu'au 17 mars 2021, de 100 % jusqu'au 17 avril 2021, de 80 % jusqu'au 24 mai 2021 et de 70 % depuis le 25 mai 2021. Elle a par ailleurs joint les rapports de consultation du 16 août 2021 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 6 septembre 2021 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du 10 septembre 2021 du Dr D._____. Ce dernier rapport indiquait que le suivi prenait fin sur le constat que l'intervention n'avait pas permis de diminuer les douleurs et qu'il fallait procéder au traitement chirurgical de la pathologie concomitante de l'épaule gauche.

La Dre J._____, spécialiste en rhumatologie, a également rempli un questionnaire médical de l'OAI le 20 janvier 2022, exposant que l'assuré était venu à plusieurs reprises à sa consultation dès 2019 et qu'un suivi plus régulier était en cours depuis février 2020 en raison d'une polymyalgia rheumatica d'évolution favorable et d'un rhumatisme microcristallin de type goutte, qui n'avait pas entraîné d'incapacité de travail durable. Relevant que les cervicalgies avaient fait l'objet d'une intervention en novembre 2020 après l'échec d'un traitement conservateur et que, selon le neurochirurgien, les douleurs étaient restées similaires après l'opération, elle a précisé que les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient des cervicalgies chroniques avec status post cure d'hernie discale C6-C7 en 2013, reprise chirurgicale en 2015 et status post foraminotomie postérieure C6-C7 à gauche, ainsi qu'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche traitée par

infiltration début 2021. Renvoyant aux spécialistes traitants concernant l'épaule gauche, la Dre J. _____ a conclu que les cervicalgies ne justifiaient pas une incapacité de travail excédant 30 à 40 % dans une activité adaptée, à savoir une activité en position assise permettant d'alterner les positions assise et debout, et sans port de charges. Elle a joint ses rapports de consultation des 10 juin 2013, 11 octobre 2019, 8 septembre 2020 et 21 mai 2021, ainsi que les rapports d'imagerie suivants :

- IRM (imagerie par résonance magnétique) cervicale du 19 avril 2013 ;
- IRM cervicale du 16 décembre 2013 ;
- Radiographie de la colonne cervicale debout, de face et de profil du 16 décembre 2013 ;
- IRM cervicale du 16 juillet 2020, d'IRM de l'épaule gauche du 14 mai 2021 ;
- Radiographie de la colonne cervicale face et profil du 6 septembre 2021.

Sollicité par l'OAI, le Dr F. _____ a écrit le 15 avril 2022 qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis le 10 août 2021, faute de prise en charge chirurgicale, et a remis une copie de son rapport de consultation du 16 août 2021.

Réinterrogée par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), la Dre E. _____ a indiqué le 20 janvier 2023 que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas amélioré. Il avait subi une intervention au niveau de l'épaule gauche le 12 janvier 2023, de sorte que son bras gauche devait rester complètement immobilisé. Il présentait en outre une mobilité de la tête limitée en raison des cervicales, ainsi que des douleurs diffuses en relation avec la polyarthrite rhumatoïde et une asthénie réactionnelle aux différentes pathologies et aux troubles du sommeil induits par les douleurs. La capacité de travail avait été de 50 % du taux habituel de 90 %

durant l'année 2022, mais actuellement de 0 % depuis l'opération. La Dre E. _____ a joint notamment le rapport de consultation du 22 novembre 2022 et le protocole opératoire du 12 janvier 2023 du Dr G. _____, ainsi qu'un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 13 décembre 2022.

Le 23 août 2023, l'OAI a reçu les réponses du Dr G. _____ à un questionnaire médical, datées du 22 mars 2023, ainsi qu'un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 14 mai 2021 et ses rapports de consultation des 28 février, 24 avril et 22 août 2023. Il ressort de ces pièces que l'assuré a présenté une incapacité de travail de 100 % du 12 janvier au 27 février 2023, puis qu'il a repris le travail à 30 % le 28 février 2023 et à 60 % du 18 avril au 14 mai 2023. Le Dr G. _____ retenait les diagnostics de lésion de la coiffe des rotateurs (M75.1), tendinopathie du long chef du biceps (M75.2), conflit sous-acromial (M75.4), bursite sous acromio-deltoïdienne (M75.5) et arthrose acromio-claviculaire (M19.01). En mars 2023, le pronostic était bon, une récupération progressive complète étant attendue par paliers. A la consultation d'août 2023, le Dr G. _____ a constaté que l'évolution était favorable, avec une amélioration progressive de la mobilité malgré encore quelques « petites douleurs » résiduelles et des douleurs positionnelles, de sorte que le suivi postopératoire pouvait prendre fin. Le patient restait cependant encore limité dans les activités répétitives, le port de charges, le travail avec les bras au niveau et au-dessus de l'horizontale et dans les positions en porte-à-faux ; dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail médico-théorique était de 100 % depuis le 18 avril 2023.

Répondant le 5 novembre 2023 à de nouvelles questions de l'OAI, la Dre E. _____ a indiqué que l'intervention chirurgicale du 12 janvier 2023 avait été très bénéfique au niveau de la mobilité de l'épaule gauche, mais que son patient était toujours très gêné par les cervicalgies, les céphalées et les vertiges, et qu'il présentait également des gonalgies droites invalidantes. Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient un status post cure de réparation du tendon du sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps, décompression sous-acromiale, bursectomie, acromioplastie et résection acromioclaviculaire

gauche le 12 janvier 2023, une polyarthrite rhumatoïde érosive, un status post cure de microforaminotomie C6-C7 gauche, par abord transtubulaire le 3 novembre 2020, un status post cure de hernie discale C6-C7 avec compression de la racine C7 gauche avec plaque droite le 20 août 2015 et de status post cure de hémilaminectomie L4-L5 pour volumineuse hernie discale en 1998. Les limitations fonctionnelles étaient définies comme suit : « les limitations du rachis cervical, les vertiges et les troubles aux activités professionnelles ». La capacité de travail avait été de 60 % jusqu'au 27 septembre 2023, puis de 0 % jusqu'au 15 octobre 2023 et de 10 % depuis lors. La Dre E. _____ a joint des rapports de radiographie du genou droit et de la colonne cervicale des 13 et 21 septembre 2023.

A la demande de l'OAI, l'employeur a complété une nouvelle fois le questionnaire pour l'employeur le 24 novembre 2023.

Suivant l'avis du SMR du 6 février 2024, l'OAI a mandaté le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour procéder à une expertise. Celui-ci a examiné l'assuré le 26 avril 2024 et déposé son rapport le 24 mai 2024. Retenant les diagnostics de cervicalgies persistantes après spondylodèse C6/C7 en 2013 reprise par voie postérieure en 2020, de status après arthroscopie de l'épaule gauche en 2023 pour lésions dégénératives avec amélioration de la symptomatologie, de polyarthrite rhumatoïde traitée et de status après polymyalgia rheumatica, l'expert a conclu que la capacité de travail était entière dans l'activité exercée en dernier lieu, avec une performance réduite de 30 % en raison de l'augmentation des pauses, soit un taux d'activité global de 70 %. L'état de santé nécessitait une position ergonomique de l'écran sans devoir mobiliser le rachis cervical en rotation ou en flexion et il fallait éviter le port de charges dépassant 5 kg, ainsi que la rotation ou la flexion antérieure du rachis de manière répétitive. La capacité de travail était la même dans toute autre activité adaptée à ces limitations fonctionnelles. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail au fil du temps, l'expert a repris les taux annoncés par les médecins traitants.

A la demande du SMR, le Dr M._____ a complété son rapport les 28 juin et 6 septembre 2024. Relevant que l'activité habituelle de l'assurée était une activité adaptée, il a constaté que le Dr G._____ avait conclu que la capacité de travail dans une activité adaptée était entière depuis le 18 avril 2023 et qu'il n'y avait actuellement aucune justification orthopédique aux incapacités de travail attestées postérieurement à cette date par la Dre E._____. En définitive, il a estimé que la capacité de travail aurait pu être de 70 % au plus tard six mois après la dernière intervention au niveau du rachis, en 2020, et que, s'agissant de l'épaule gauche, il fallait admettre une incapacité de travail de 100 % pendant trois mois depuis le 12 janvier 2023, « en excluant les problèmes rhumatologiques itératifs ».

Dans son avis du 27 septembre 2024, se fondant sur l'expertise et ses deux compléments, le SMR a conclu qu'il fallait retenir une incapacité de travail à 100 % dans toute activité d'octobre 2020 à fin mai 2021, puis la récupération d'une capacité de travail de 70 % dès début juin 2021, à nouveau une incapacité de travail de 100 % dans toute activité pendant trois mois depuis le 12 janvier 2023, et enfin la récupération de la capacité de travail de 70 % dès le 13 avril 2023.

L'OAI a établi un projet de décision le 14 novembre 2024, prévoyant d'octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 juillet 2023, tenant compte d'un statut mixte avec 90 % pour la part active et 10 % pour la part ménagère, pour laquelle aucun empêchement n'était pris en compte. Pour la part active, il a distingué les quatre périodes suivantes : une incapacité de travail et de gain entière du 1^{er} octobre 2020 au 31 mai 2021, une récupération au 1^{er} juin 2021 du taux d'empêchement de 30 % reconnu en 2015, une seconde période d'incapacité de travail et de gain totale dans toute activité du 12 janvier au 12 avril 2023, puis la récupération d'une capacité de travail et de gains de 30 % dès le 13 avril 2023. Cela étant, il a constaté qu'au terme du délai de six mois après le dépôt de la nouvelle demande, le 1^{er} octobre 2021, l'assuré présentait un taux d'empêchement de 30 % dans la part active, soit un degré global d'invalidité de 27 % qui n'ouvrait pas de droit à une rente. Puis, une incapacité de travail et de gain totale du 12 janvier au 12 avril 2023 en lien

avec une nouvelle atteinte à la santé avait entraîné l'ouverture d'un nouveau délai d'attente d'une année. Compte tenu du taux d'empêchement préexistant de 30 % dans la part active, il fallait retenir que l'assuré avait présenté une incapacité de travail moyenne de 40 % du 28 mars 2022 au 1^{er} mars 2023. A cette dernière date, le degré d'invalidité global était de 90 %, ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. L'amélioration de l'état de santé dès le 13 avril 2023, avec à nouveau un taux d'empêchement de 30 % dans la part active, soit un degré d'invalidité global de 27 %, entraînait la suppression de cette rente au 31 juillet 2023.

L'assuré a déposé des objections à l'encontre de ce projet le 24 novembre 2024, en récapitulant les diverses périodes et taux d'incapacité de travail attestées par ses médecins traitants depuis octobre 2020, dont il a joint les certificats.

La Dre E. _____ a fait part de son désaccord avec le projet de décision dans un rapport du 5 janvier 2025, dont elle a fourni ultérieurement une version corrigée. Elle a exposé que son patient avait présenté une incapacité de travail totale du 28 septembre au 15 octobre 2023, puis de 90 % de son taux habituel de 90 % jusqu'au 8 novembre 2023 et de 80 % de son taux habituel de 90 % depuis lors. Malgré des prises en charge par divers spécialistes (rhumatologie, neurologie, chirurgie et centre de la douleur), l'assuré souffrait de douleurs invalidantes au quotidien, avec des douleurs chroniques secondaires à la chirurgie, des douleurs musculosquelettiques secondaires et des cervicalgies gauches non déficitaires.

Dans une prise de position du 7 février 2025, confirmée après réception du rapport corrigé le 10 mars 2025, l'OAI a exposé que le rapport de la Dre E. _____ n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr M. _____.

Par décision du 1^{er} avril 2025, confirmant son projet, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité d'un montant de 2'430 fr. par mois du 1^{er} mars au 31 juillet 2023.

C. N._____, désormais représenté par Me Didier Elsig, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 13 mai 2025, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le versement d'une rente entière d'invalidité est maintenu au-delà du 31 juillet 2023, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a fait valoir que l'intimé s'était fondé sur une expertise portant uniquement sur l'aspect orthopédique de son atteinte à l'épaule gauche, alors qu'il fallait évaluer sa capacité de travail aussi sous les aspects rhumatologique, neurochirurgical et neurologique, en raison d'atteintes dorsales et cervicales. Il a également exposé que le fait d'avoir travaillé à domicile au moment de sa reprise du travail en avril 2023, dans des conditions proches de celles d'un atelier protégé, avait faussé l'évaluation de sa capacité de travail, alors que ce télétravail n'était pas appelé à perdurer.

Dans sa réponse du 23 juin 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse en relevant que sa décision s'appuyait sur une expertise rhumatologique jouissant d'une pleine valeur probante.

Le recourant a répliqué le 2 octobre 2025. Rappelant que, contrairement à ce qu'alléguait l'intimé, l'expertise portait uniquement sur le domaine de la chirurgie orthopédique, il a déploré l'absence de prise en compte d'autres atteintes somatiques dont il souffre, en particulier une polyarthrite rhumatoïde.

L'intimé a confirmé ses conclusions dans sa duplique du 4 novembre 2025, en soulignant que l'expertise orthopédique avait été mise en œuvre sur avis du SMR et que celui-ci l'avait jugée probante. Il a ajouté que les allégations de douleurs devaient être confirmées par des observations médicales concluantes.

En droit :

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 compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 LPGA), 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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

La partie recourante définit, par ses conclusions, l'objet du litige (« *Streitgegenstand* ») soumis à l'examen du tribunal. Si la décision contestée porte sur un seul rapport juridique ou si elle est attaquée dans son ensemble, l'objet du litige et celui de la contestation se confondent. En revanche, lorsque la décision règle plusieurs rapports juridiques et que le recours ne porte que sur une partie d'entre eux, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans celui du litige (ATF 125 V 413 consid. 2a).

Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

b) En l'espèce, l'intimé a rendu le 1^{er} avril 2025 une décision statuant sur la demande de prestations déposée par le recourant le 8 avril 2021. Il a distingué quatre périodes d'incapacité de travail et a analysé leur répercussion sur le droit à la rente. Il a ainsi nié le droit à une rente à l'issue du délai de carence de six mois après le dépôt de la demande, le 1^{er} octobre 2021, le degré d'invalidité global étant de 27 % à cette date. Puis, l'intimé a retenu qu'une nouvelle atteinte à la santé annoncée en cours d'instruction de la demande avait entraîné une incapacité de travail totale et ouvert un nouveau délai d'attente d'une année. Calculé en tenant compte du degré d'invalidité de 27 % préexistant, ce nouveau délai arrivait à échéance le 1^{er} mars 2023, date à laquelle le degré d'invalidité global s'élevait à 90 %, ouvrait le droit à une rente entière. Enfin, une amélioration durable de l'état de santé dès avril 2023 avait ramené le degré d'invalidité global à 27 %, entraînant la suppression du droit à la rente trois mois plus tard.

Par ses conclusions, le recourant a contesté uniquement l'amélioration de l'état de santé constatée dès avril 2023 et la suppression du droit à la rente entière trois mois plus tard en raison d'un degré d'invalidité global de 27 %. Il n'a ainsi pas remis en cause le degré d'invalidité de 27 % calculé au 1^{er} octobre 2021 et le refus de rente qui en a découlé. Il n'a pas non plus critiqué le calcul du délai de carence en lien avec l'incapacité de travail découlant de l'atteinte à son épaule gauche et

le degré d'invalidité de 90 % déterminé à l'échéance de ce délai, le 1^{er} mars 2023.

Ainsi, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2023, singulièrement sur la question de savoir si l'intimé était en droit de supprimer la rente entière octroyée dès le 1^{er} mars 2023 en raison d'une amélioration de l'état de santé survenu en avril 2023.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

En l'occurrence, comme relevé ci-dessus, seule est litigieuse la suppression, à compter du 31 juillet 2023, du droit à la rente né le 1^{er} mars 2023, singulièrement la question de savoir si une amélioration de l'état de santé est survenue en avril 2023 comme l'a retenu l'intimé. Le nouveau droit est en conséquence applicable.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

c) Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus. Il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % (art. 24^{septies} RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

aa) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGa. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; art. 16 LPGa et 28a al. 1 LAI).

bb) Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 28a al. 2 LAI et art. 8 al. 3 LPGa). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGa).

cc) Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Pour ce faire, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est ensuite déterminé selon l'art. 16 LPGa, en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative

correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante, puis en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité, puis en pondérant le pourcentage ainsi déterminé en fonction de la différence entre le taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} RAI).

dd) Le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

d) La méthode générale de comparaison des revenus connaît deux sous-variantes (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1), la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références).

Lorsque la personne assurée dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle et qu'aucune autre activité n'est mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C_562/2022 du 12 septembre 2023 ; voir aussi TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et les références).

e) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite

ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les

rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

6. a) En l'espèce, l'intimé a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, avec une part de 90 % pour l'activité professionnelle et une part de 10 % pour la part ménagère, et n'a pris en compte aucun empêchement pour cette dernière.

Le recourant n'a pas contesté le principe de l'application de la méthode mixte, ni le taux de répartition. Il a cependant critiqué l'absence d'empêchement retenu par l'intimé dans la part ménagère, faisant valoir à cet égard qu'il n'était plus en mesure d'effectuer aucune tâche ménagère.

b) Il est constant que le recourant exerçait son activité professionnelle au taux de 90 % avant la survenance de l'atteinte à la santé à l'origine du dépôt de sa demande de prestations d'avril 2021. Quant aux 10 % restants, le recourant a indiqué, dans le formulaire de détermination du statut rempli le 30 avril 2021, qu'en bonne santé, il consacrerait ce temps à une activité sportive.

En d'autres termes, le recourant a travaillé à 90% par choix, afin de pouvoir bénéficier de temps libre pour ses loisirs, et non pas pour effectuer des activités ménagères. Depuis le 1^{er} janvier 2022, la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (CIRAI) prévoit que la méthode mixte est appliquée pour tout assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ch. 3114 à 3116 CIRAI). Il n'y a cependant pas lieu de retenir d'empêchement dans la part ménagère lorsque l'activité professionnelle est exercée à temps partiel par choix, de sorte qu'il ne se justifie pas de procéder à une enquête ménagère.

Par conséquent, l'intimé n'était pas tenu de procéder à une enquête ménagère et a procédé au calcul du degré d'invalidité global en

tenant compte d'un taux d'empêchement nul dans la part ménagère à juste titre. Au demeurant, contrairement à ce que semble penser le recourant, il est peu vraisemblable qu'une enquête ménagère puisse conclure à un taux d'empêchement de 100 % dans la part ménagère, compte tenu de l'obligation de diminuer le dommage qui lui incombe.

7. a) Concernant le taux d'empêchement dans la part active, comme déjà dit (cf. infra, consid. 2b), l'intimé a distingué quatre périodes, avec une incapacité de travail et de gain entière du 1^{er} octobre 2020 au 31 mai 2021, une récupération au 1^{er} juin 2021 du taux d'empêchement de 30 % reconnu en 2015, une seconde période d'incapacité de travail et de gain totale dans toute activité du 12 janvier au 12 avril 2023, puis la récupération d'une capacité de travail et de gain de 30 % dès le 13 avril 2023. Il s'est fondé sur l'avis du SMR du 27 septembre 2024, lequel se ralliait aux conclusions du rapport d'expertise du Dr M. _____ du 24 mai 2024 et des compléments des 28 juin et 6 septembre 2024.

Le recourant a uniquement contesté le fait que son état de santé se serait amélioré après le 12 avril 2023, en soutenant que l'incapacité de travail et de gain constatée par l'expert dès janvier 2023 perdurait depuis lors en raison d'atteintes rhumatologiques et neurologiques dont il n'avait pas tenu compte.

b) Dans un premier moyen, le recourant a fait grief à l'expert d'avoir limité son examen à l'atteinte orthopédique touchant son épaule gauche et d'avoir repris les périodes et taux d'incapacité de travail prononcés par le Dr G. _____ en lien avec l'intervention chirurgicale effectuée sur cette épaule le 12 janvier 2023, alors qu'il souffrait d'autres atteintes invalidantes attestées par d'autres médecins.

Cette argumentation tombe à faux. En effet, il convient d'abord de constater, à lecture de la synthèse du dossier figurant dans le rapport d'expertise, que le Dr M. _____ a eu connaissance de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier de l'intimé depuis 2013. Ces rapports faisaient état de toutes les atteintes somatiques signalées par les médecins

consultés par le recourant, notamment les atteintes cervicales et les symptômes d'ordre rhumatologique qui ont été investigués au fil des ans. Les pièces que l'intimé a remises à l'expert contenaient également les imageries médicales, notamment les radiographies du genou droit du 14 septembre 2023 et de la colonne cervicale du 20 octobre 2023. En outre, le recourant a transmis lui-même à l'expert, le 5 avril 2024, un rapport de radiographie de la colonne cervicale du 27 mai 2019. Avec ces éléments, l'expert a pu reconstituer l'évolution de l'atteinte cervicale depuis 2013 (cf. ch. 3.1, 3.2 et 6.1). En outre, au cours de l'entretien, le recourant a eu l'occasion de décrire spontanément l'ensemble des problématiques médicales survenues depuis 2013, les différents diagnostics posés par ses médecins, dont les atteintes rhumatologiques, ainsi que les traitements mis en place. L'expert a pris note des plaintes actuelles, à savoir la persistance des cervicalgies avec diminution de la mobilité cervicale et irradiations au niveau du trapèze gauche, ainsi que l'évolution favorable au niveau de l'épaule gauche. Il a également relevé, dans l'anamnèse systématique, que les diagnostics de polymyalgia rheumatica et de polyarthrite rhumatoïde (« PR ») avaient été posés respectivement en 2020 et 2022, en précisant que le traitement avait fait disparaître les douleurs au niveau de la main gauche (ch. 3.2). Ensuite, l'expert a procédé à un examen de l'ensemble des articulations du corps, y compris les membres inférieurs, ce qui a donné lieu à diverses constatations au niveau des vertèbres cervicales, du rachis dorso-lombaire, ainsi que les membres supérieurs, et à l'exclusion d'un trouble neurologique (cf. ch. 4.3).

Le Dr M. _____ a établi son évaluation médicale sur cette base. Après un bref résumé des différentes problématiques rencontrées par le recourant, il a évalué la cohérence et la plausibilité des plaintes. A ce propos, il a relevé que le recourant décrivait une non-amélioration avec les traitements effectués au niveau du rachis cervical, alors que les examens radiologiques ne mettaient en évidence aucun problème au niveau de la spondylodèse, respectivement des lésions dégénératives interfacettaires qui n'expliquaient pas les limitations de la mobilité du rachis cervical, principalement en rotation. Il a également considéré que les plaintes, sans réponse aux traitements, semblaient trop importantes en regard des

examens complémentaires (ch. 6.2). L'expert a retenu les diagnostics de cervicalgies persistantes après spondylodèse C6/C7 en 2013, reprise par voie postérieure en 2020, de status après arthroscopie de l'épaule gauche en 2023 pour lésions dégénératives avec amélioration de la symptomatologie, de polyarthrite rhumatoïde traitée et de status après polymyalgia rheumatica (ch. 6.4). Il a ensuite établi son évaluation médico-assurantielle (ch. 7), incluant l'appréciation des capacités, ressources et difficultés suivante (ch. 7.2) :

« Les troubles fonctionnels constituent l'élément le plus important actuellement, associé à des douleurs qui restent identiques depuis 2020 malgré les traitements entrepris. Les anti-inflammatoires, le Tens et la physiothérapie n'ont pas eu d'effets durables.

L'assuré est bien soutenu par sa famille. Il travaille actuellement à 20 %, exclusivement en télétravail. Il déclare devoir se coucher fréquemment à la maison en raison des douleurs. La diminution de la mobilité du rachis cervical est difficile à comprendre en l'absence de contractures musculaires persistantes ou d'un problème post-chirurgie. »

Enfin, l'expert a répondu aux questions du mandat, portant sur l'évaluation de la capacité de travail et la détermination des limitations fonctionnelles. Cette évaluation tenait compte de l'ensemble des diagnostics retenus, les limitations fonctionnelles concernant du reste principalement l'épargne du rachis cervical. L'expert a tenu compte d'une diminution de rendement liée aux pauses dont le recourant a dit avoir besoin. A la demande du SMR, l'expert a apporté quelques précisions supplémentaires sur la capacité de travail, en juin et en septembre 2024. Il faut ainsi constater que l'expertise porte bien sur l'ensemble des troubles physiques dont souffre le recourant.

c) Le recourant a également fait grief à l'intimé d'avoir mis en œuvre une expertise limitée à la chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, alors que les avis d'un rhumatologue, ainsi que d'un neurologue ou d'un neurochirurgien auraient été nécessaires.

Le recourant n'a toutefois pas expliqué en quoi le Dr M. _____ aurait mal évalué son état de santé. Certes, des diagnostics d'ordre

rhumatologique ont été posés en 2020 et en 2022, tandis que des douleurs cervicales peuvent relever de la neurologie. Cependant, le Dr M. _____ dispose d'un diplôme fédéral de médecin, complété d'un titre postgrade fédéral (FMH) en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Un médecin, même sans spécialisation, est parfaitement à même de prendre connaissance de rapports médicaux spécialisés et d'en tirer des conclusions. A cela s'ajoute que la spécialisation en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur concerne la prise en charge chirurgicale non seulement des affections traumatiques, mais également des atteintes dégénératives de l'appareil locomoteur, tandis que la rhumatologie concerne le traitement non chirurgical des pathologies de l'appareil locomoteur. Il s'agit donc de spécialités connexes. Par ailleurs, tant le rhumatologue que l'orthopédiste sont amenés, dans leur pratique, à procéder à des examens neurologiques afin de déterminer si l'atteinte pour laquelle ils sont consultés nécessite l'avis d'un neurologue ou d'un neurochirurgien.

Cela étant, il faut retenir que le Dr M. _____ pouvait émettre un avis pertinent également sur les atteintes rhumatologiques, respectivement déterminer en toutes connaissances de cause si l'avis d'un confrère spécialisé en rhumatologie, neurologie ou neurochirurgie était nécessaire. Or, tel n'a pas été le cas. Le rapport d'expertise a également été analysé par un médecin du SMR, qui n'a pas remis en cause la compétence de l'expert pour se prononcer sur les atteintes rhumatologiques. Il convient par ailleurs de relever que les médecins traitants du recourant n'ont pas non plus émis de remarques quant aux qualifications de l'expert mandaté par l'intimé.

d) S'agissant des cervicalgies, le Dr D. _____, neurochirurgien qui a opéré le recourant en novembre 2020, a indiqué, le 2 août 2021, que l'évolution postopératoire était bonne, mais qu'il persistait des cervicalgies et des radiculalgies C7 à gauche depuis l'opération, ainsi qu'une incapacité de travail complète. Il émettait un pronostic réservé et décrivait comme limitations fonctionnelles la station assise prolongée et le travail sur ordinateur, tout en mentionnant une capacité de travail de 2 heures par jour

et un potentiel de réadaptation de 40 %. Le neurochirurgien a mis fin à son suivi en septembre 2021, sur le constat qu'il n'y avait pas d'amélioration et qu'il fallait prendre en charge les douleurs à l'épaule gauche. Le recourant a cependant continué à bénéficier d'un suivi rhumatologique auprès de la Dre J._____, laquelle a exposé, dans son rapport du 20 janvier 2022, que le seul diagnostic dans sa spécialité ayant une incidence sur la capacité de travail était les cervicalgies chroniques, lesquelles avaient résisté à trois interventions chirurgicales et un traitement conservateur « bien conduit depuis plusieurs années ». Les autres atteintes pour lesquelles elle suivait le recourant avaient en effet évolué favorablement (polymyalgia rheumatica), respectivement n'avaient pas induit d'incapacité de travail durable (rhumatisme microcristallin de type goutte, avec des crises « à répétition » touchant le membre inférieur droit). La Dre J._____ a conclu que les cervicalgies ne justifiaient pas une incapacité de travail excédant 30 à 40 % dans une activité adaptée, à savoir une activité en position assise permettant d'alterner les positions assises et debout, et sans port de charges.

L'intimé a également obtenu des rapports de la médecin généraliste traitante les 12 janvier 2022, 20 janvier 2023 et 5 novembre 2023. Dans son rapport du 20 janvier 2023, la Dre E._____ a signalé qu'un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde érosive avait été posé en mars 2022, mais n'a pas fourni de rapport de consultation rhumatologique en rapport avec ce diagnostic, non mentionné dans le rapport de la Dre J._____ précité. Cependant, le status décrit par la Dre E._____ en janvier 2023 était principalement relié à l'opération de l'épaule qui venait d'avoir lieu, sous réserve de la mention de « douleurs diffuses » mises en lien avec la polyarthrite rhumatoïde. Dans son rapport du 5 novembre 2023, la médecin généraliste traitante mentionnait toujours un suivi par la Dre J._____, mais n'a joint aucun rapport de consultation de cette spécialiste. La Dre E._____ mettait alors l'invalidité de son patient en lien avec les cervicalgies, la mobilité des cervicales, des céphalées et des vertiges, ainsi que des gonalgies, et a décrit les limitations fonctionnelles de manière très vague : « limitations du rachis cervical, les vertiges et les troubles aux activités professionnelles ». La Dre E._____ s'est ensuite positionnée sur

le projet de décision de l'intimé le 5 janvier 2025, sans émettre de remarques particulières sur l'expertise du Dr M._____. Son dernier rapport s'avère particulièrement succinct, avec la mention de douleurs persistantes malgré les prises en charge par des spécialistes en rhumatologie, neurochirurgie, chirurgie et centre de la douleur. La Dre E._____ a évoqué des « douleurs chroniques secondaires post chirurgicales, douleurs musculosquelettiques secondaires, cervicalgie gauche non déficitaire », sans autre précision, et n'a joint aucun rapport de consultation en lien avec les suivis spécialisés mentionnés.

Il ressort de ces éléments que les atteintes que l'on pourrait qualifier de purement rhumatologiques, à savoir le rhumatisme microcristallin, la polymyalgie rheumatica et la polyarthrite rhumatoïde, n'ont plus été documentées par la rhumatologue traitante ou par la médecin généraliste traitante depuis janvier 2023. Aucune pièce médicale n'est ainsi susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr M._____ à cet égard, étant relevé que le recourant n'a pas fait part à l'expert de plaintes particulières en lien avec ces atteintes. Au contraire, il a déclaré que la polyarthrite rhumatoïde touchait la main gauche et que le traitement de Méthorexate avait fait disparaître les douleurs (ch. 3.2).

Quant aux cervicalgies, il est constant que, depuis la fin du suivi postopératoire auprès du Dr D._____ en septembre 2021, l'intéressé n'a pas été adressé, par sa médecin généraliste ou par sa rhumatologue, à un autre neurochirurgien ou à un neurologue malgré la persistance de ses plaintes. Dans ces conditions, l'on ne discerne pas sur quel motif d'ordre médical se fonde le recourant pour critiquer l'absence d'avis d'expert en rhumatologie, neurologie ou neurochirurgie. Par ailleurs, de l'avis même du neurochirurgien et de la rhumatologue, l'intervention au niveau des cervicales en novembre 2020 n'a ni amélioré, ni péjoré les douleurs préexistantes. Dernière spécialiste traitante à s'être prononcée sur la question, la Dre J._____ a évoqué une incapacité de travail de l'ordre de 30 à 40 % dans une activité adaptée, évaluation proche de celle du Dr M._____. Bien que d'avis contraire, la Dre E._____ n'a pas étayé son point de vue et c'est précisément parce qu'en novembre 2023, cette

médecin a annoncé une péjoration des cervicalgies et l'apparition de gonalgies sans apporter d'éléments médicaux objectifs, que le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Le rapport du 5 janvier 2024 n'étant pas plus complet, il faut constater que les conclusions de l'expertise concernant l'impact des cervicalgies sur la capacité de travail du recourant ne sont pas sérieusement remises en cause par les rapports des médecins traitants.

e) Concernant enfin l'atteinte à l'épaule gauche, les pièces médicales au dossier montrent que le recourant a été opéré en janvier 2023 par le Dr G._____, que celui-ci a autorisé la reprise du travail à 30 % dès le 28 février 2023, puis à 60 % dès le 18 avril 2023. L'évolution a été qualifiée de bonne et le suivi postopératoire a pu prendre fin en août 2023, le chirurgien constatant une amélioration progressive de la mobilité, un patient « content » malgré des douleurs résiduelles qualifiées de « petites » et des douleurs positionnelles, et un pronostic favorable à la récupération d'une charge complète progressive selon les douleurs. Cela étant, le Dr G._____ a délivré un arrêt de travail de 40 % dès le 18 avril 2023, tout en constatant que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 100 % dès cette même date. Or, les limitations fonctionnelles décrites par ce médecin s'avèrent compatibles avec l'activité habituelle du recourant. La Dre E._____ a ensuite confirmé, dans son rapport du 5 novembre 2023, la bonne évolution de l'épaule. Il ressort de ce dernier rapport que le recourant a continué à travailler au taux de 60 % jusqu'au 27 septembre 2023, puis qu'un arrêt de travail complet dès le 28 septembre 2023 a été délivré par la médecin généraliste en raison d'une péjoration des cervicalgies et de l'apparition de gonalgies, suivi d'une reprise à 10 % dès le 16 octobre 2023. Ni ce rapport, ni celui que la Dre E._____ a établi le 5 janvier 2025, ne permettent de retenir que l'épaule gauche serait restée invalidante au-delà du 18 avril 2023.

f) Le recourant a encore critiqué le fait que l'expertise tenait compte d'une reprise du travail à 60 % en 2023 en télétravail, soit dans des conditions qui ne reflétaient pas sa capacité de travail réelle et qui n'avaient pas vocation à être maintenues.

Cette dernière argumentation ne convainc pas. Le recourant a pu reprendre son activité en télétravail parce que son cahier des charges le permet et que son employeur lui a accordé cette possibilité. Il n'est toutefois indiqué nulle part, dans les rapports de ses médecins traitants, que l'instauration d'un télétravail était un élément indispensable pour permettre la reprise du travail en raison de son état de santé. Pour sa part, l'expert a eu accès au descriptif du poste fourni par l'employeur, ainsi qu'aux explications du recourant sur les contraintes liées à son métier. Il a d'abord décrit des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis en précisant, compte tenu de l'activité habituelle du recourant, la nécessité d'une position ergonomique de l'écran pour éviter de mobiliser le rachis cervical. Il a en outre précisé, pour les autres limitations fonctionnelles, que sa description ne concernait pas seulement le télétravail par la mention « (en dehors du télétravail) ». Il n'apparaît ainsi pas que l'expert ait été influencé par la reprise d'activité en télétravail dans son évaluation de la capacité de travail ou la détermination des limitations fonctionnelles. Corollairement, il ne ressort pas des conclusions de l'expertise que seule une activité entièrement en télétravail serait adaptée aux limitations fonctionnelles.

g) En définitive, il apparaît que l'expertise du Dr M. _____ répond à l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante et que ses conclusions ne sont pas sérieusement remises en doute par les médecins traitants. L'intimé était par conséquent fondé à retenir que le recourant a présenté une incapacité de travail totale pendant trois mois dès le 12 janvier 2023, puis qu'il a récupéré une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle dès le 13 avril 2023.

8. a) Compte tenu de la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle, l'intimé a appliqué à juste titre la méthode de comparaison en pour-cent pour déterminer le taux d'empêchement dans la part active à compter du 13 avril 2023.

Rapporté au pourcentage de la part active de 90 %, il en résulte un degré d'invalidité dans la part active de $(30 \% \times 90 \% =) 27 \%$, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité.

b) Il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. 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 (TF 9C_177/2023 du 26 mars 2024 et la référence). L'examen – et, cas échéant, l'exécution – des éventuelles mesures constituent alors une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 9C_707/2018 du 26 mars 2019 consid. 5.1 et les références). Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; 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_177/2023 loc. cit.). Dans de telles situations, les organes de l'assurance-invalidité doivent vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Des exceptions ont déjà été admises lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente – de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel – ou lorsqu'elle disposait d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (TF 9C_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 7.2 et les références).

Le recourant était âgé de 60 ans en avril 2023, de sorte que la suppression de la rente entière nécessitait d'examiner le besoin en mesures d'ordre professionnel. De telles mesures n'entraient cependant pas en ligne

de compte en l'occurrence, dès lors que l'activité habituelle du recourant correspond à une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'intimé était par conséquent fondé à mettre fin à la rente entière au 31 juillet 2023, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 88a al. 1 RAI).

9. Le recourant n'a pas expressément requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire à titre de mesure d'instruction, mais a argué principalement que sa capacité de travail devait être évaluée en s'appuyant sur une telle expertise.

Quoi qu'il en soit, comme démontré plus avant, les éléments médicaux au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées).

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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 1^{er} avril 2025 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 N._____.
- 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 Didier Elsig, pour le recourant,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :