

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mai 2023

Composition : M. NEU, président
M. Peter et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

C._____, à M._____, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. ; 6 ss et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. **a)** C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, dispose d'une formation d'aide soignante. A compter du mois de mai 1996, elle a travaillé à temps partiel en qualité d'auxiliaire polyvalente et de livreuse de repas pour le compte de la Fondation B._____ (aujourd'hui : le Centre médico-social [CMS] de M._____). Entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 janvier 2003, elle a également travaillé sur une base horaire comme veilleuse de nuit pour le compte de L.L._____.

Souffrant depuis le mois de mars 2003 de cervicodorsalgies secondaires à de légers troubles statiques et un status post-opératoire (cage intersomatique C5-C6), de symptômes anxio-dépressifs et d'une symptomatologie douloureuse chronique, C._____ a déposé le 17 mars 2004 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli différents renseignements médicaux auprès du médecin traitant de l'assurée, le Dr Q._____ (rapport du 5 août 2004), et les dossiers établis par les assureurs perte de gain en cas de maladie des employeurs de l'assurée (N._____ Assurance-maladie et G._____ Assurances). Ont notamment été versés au dossier un rapport d'expertise psychiatrique réalisé par le Dr X._____ pour le compte de N._____ Assurance-maladie, duquel il ressortait que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé psychique (rapport du 18 octobre 2004), ainsi qu'un rapport d'enquête économique sur le ménage faisant état d'un empêchement de 61,9 % dans l'exercice des travaux habituels (rapport du 18 mars 2005).

Afin de compléter ces données, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a procédé à un examen clinique rhumatologique. Dans son rapport du 8 août 2006, le Dr T._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de

cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de canal rachidien rétréci et saillie disco-ostéophyttaire paramédiane gauche en C5-C6 et - sans répercussion sur la capacité de travail - de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique, de status post excision d'un mélanome in situ de la jambe droite et de lombalgies chroniques non déficitaires ; la capacité de travail était nulle dans une activité d'aide soignante, mais, moyennant le respect des limitations fonctionnelles décrites par ce médecin, complète dans l'activité de ménagère et de 70 % dans l'activité habituelle de livreuse de repas.

Se fondant sur les conclusions du SMR, l'office AI a, par décision du 22 novembre 2007, rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que son degré d'invalidité, fixé à 33 %, était insuffisant pour donner droit à une rente de l'assurance-invalidité.

B. **a)** Par courrier du 17 décembre 2007, C._____ a informé l'office AI qu'elle avait repris à compter du 15 novembre 2007 une activité d'aide-infirmière à 100 % pour le compte de l'Hôpital A._____.

C._____ s'est retrouvée en incapacité totale de travailler à compter du 29 janvier 2009 en raison d'un problème de hanches (conflit coxo-fémoral bilatéral). L'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur, à savoir R._____ Assurances SA, a, le 3 juillet 2009, signalé le cas à l'office AI dans le cadre de la détection précoce. A la suite d'un entretien qu'elle avait eu avec l'office AI, l'assurée a, le 3 août 2009, déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'office AI a fait verser le dossier établi par R._____ Assurances SA, puis mis en œuvre une mesure d'observation professionnelle auprès du centre Orif d'E._____ qui s'est déroulée du 26 octobre au 20 novembre 2009 et, enfin, recueilli les avis des Drs F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapport du 18 janvier 2010), Q._____ (rapport du 22 février 2010) et W._____, spécialiste en neurochirurgie (rapport du 6 mars 2010). Dans une expertise réalisée à la demande de l'assureur perte de gain, le Dr

D._____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié et de conflit coxo-fémoral bilatéral traité par arthroscopie en mars et avril 2009 ; la capacité de travail était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (rapport du 8 décembre 2009).

Par projet de décision du 6 avril 2010, l'office AI a informé l'assurée de son intention de lui allouer, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 70 % dans une activité adaptée et d'une incapacité de gain corrélative de 42 %, un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2010. Le même jour, l'office AI a alloué à l'intéressée une mesure d'aide au placement.

Par acte du 12 mai 2010, l'assurée a contesté ce préavis et conclu, sur la base de la capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée attestée par le Dr F._____ dans son rapport du 18 janvier 2010, à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité.

Afin de compléter les données à sa disposition, le SMR a procédé à un examen clinique rhumatologique. Dans son rapport du 17 août 2010, le Dr T._____ a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de canal rachidien rétréci avec saillie disco-ostéophytaire paramédiane gauche en C5-C6 et de conflit fémoro-acétabulaire bilatéral des hanches (traité chirurgicalement), ainsi que celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de lombalgies dans un contexte de protrusion discale L2-L3 et hypertrophie des articulations postérieures ; la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle d'aide soignante et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par le biais d'un nouveau projet de décision du 28 janvier 2011, l'office AI a réitéré son intention d'allouer à l'assurée, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 70 % dans une activité adaptée et d'une incapacité de gain corrélative de 42 %, un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2010.

Par actes des 3 et 22 mars 2011, l'assurée s'est à nouveau opposée au préavis de l'office AI, en produisant deux rapports médicaux établis par les Drs F._____ (du 25 février 2011) et Q._____ (du 13 mars 2011).

Après avoir requis l'avis du SMR, l'office AI a, par décisions des 21 novembre 2011 et 9 janvier 2012, alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2010.

b) Par mémoires des 6 janvier (cause AI 7/12) et 20 mars 2012 (cause AI 65/12), C._____ a formé recours contre les décisions des 21 novembre 2011 et 9 janvier 2012 en concluant à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2010.

Dans le cadre de l'instruction de ces recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, orthopédie, rhumatologie et psychiatrie) à la Policlinique H._____ de I._____. Dans leur rapport du 4 décembre 2012, les Drs P._____ et J._____, spécialistes en médecine interne générale, et K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics - avec influence essentielle sur la capacité de travail - de cervico-brachialgies bilatérales, prédominant actuellement à droite, avec discectomie et mise en place d'une cage intersomatique en C5-C6 en mars 2003 et - sans influence essentielle sur la capacité de travail - de syndrome somatoforme douloureux persistant et de douleurs trochantériennes bilatérales avec conflit coxo-fémoral bilatéral anamnestique traité par arthroscopie en mars et avril 2009 ; la capacité de travail était de 80 % dans l'activité d'aide soignante et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique.

Dans ses déterminations du 2 avril 2013, l'assurée a contesté la valeur probante de cette expertise judiciaire en se référant notamment

à une prise de position du 21 mars 2013 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans ses déterminations du 25 avril 2013, l'office AI a considéré que les critiques produites par l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire.

Par courrier du 26 août 2013, le magistrat instructeur a rendu l'assurée attentive à la possibilité d'une réforme à son détriment des décisions attaquées.

Par acte du 5 septembre 2013, l'assurée a informé la Cour des assurances sociales du retrait des recours déposés les 6 janvier et 20 mars 2012.

Par décisions du 5 septembre 2013, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rayé les causes du rôle par suite du retrait des recours.

C. **a)** Le 10 octobre 2013, l'office AI a engagé une procédure de révision d'office du quart de rente alloué à l'assurée en lui remettant un questionnaire qu'elle a complété le 15 janvier 2014. Elle y mentionnait une aggravation de son état dépressif depuis le mois de février 2013 accompagné d'idées noires et suicidaires, d'une aboulie et d'un retrait social. Dans le cadre de la procédure de révision, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée (rapports des 7 février 2014 du Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, et 10 avril 2014 de la Dre Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

b) Par courrier du 18 août 2014, l'assurée a informé l'office AI du fait qu'elle avait été victime, le 1^{er} mai 2014, d'un accident professionnel ayant entraîné une acutisation de ses cervicalgies chroniques. Après la reprise de son activité professionnelle en octobre

2014, elle a subi diverses périodes d'incapacité de travail (courriers du Dr V. _____ des 8 octobre 2014 et 24 mars 2015).

Ensuite de l'avis médical du 28 janvier 2016 du Dr O. _____, médecin auprès du SMR, l'office AI a, par projet de décision du 12 février 2016, refusé d'augmenter le quart de rente d'invalidité alloué à l'assurée depuis le 1^{er} février 2010 sur la base d'un degré d'invalidité de 42 %. Selon les renseignements médicaux au dossier, il n'existait pas d'éléments permettant de retenir une aggravation objective de l'état de santé, si bien que la capacité de travail demeurait fixée à 70 % dans une activité adaptée.

Le 16 mars 2016, l'assurée a présenté des objections à ce projet de décision, estimant que c'était à tort que l'office AI avait nié l'existence d'une aggravation de son état de santé, dès lors qu'elle présentait un trouble somatoforme douloureux ainsi qu'une polyarthrite aux deux mains. Tout en annonçant la production de nouveaux rapports médicaux, elle sollicitait d'ores et déjà la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans un rapport du 5 août 2016, le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que sa patiente présentait une polyarthrite séronégative érosive à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 31 mars 2016. Par la suite, ce médecin a confirmé que l'incapacité de travail était totale en toute activité à compter de cette date (cf. rapports des 20 septembre et 21 octobre 2016).

A la demande de l'assureur perte de gain, le Dr U. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a procédé à l'expertise de l'assurée. Dans son rapport du 9 novembre 2016, il a posé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séronégative en poussée, de ténosynovite de De Quervain bilatérale, de cervico-brachialgies droites chroniques, de discopathies cervicales et hernie discale C5-C6 et de status après cure de hernie discale C5-C6 avec mise en place d'une cage intersomatique en 2003. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a

estimé qu'elle était nulle dans tous les domaines d'activité en raison d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative en poussée, laquelle n'était pas stabilisée même si elle était susceptible de s'améliorer.

Par projet de décision du 9 mai 2017 annulant et remplaçant celui du 12 février 2016, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2016 compte tenu d'une incapacité totale de travail attestée depuis le 31 mars 2016.

Le 8 novembre 2017, l'assurée a contesté ce projet de décision, en faisant valoir que l'aggravation de son état de santé était antérieure à 2016. En effet, dans un rapport du 30 octobre 2017, le Dr Q._____ indiquait que sa patiente s'était plainte de douleurs articulaires aux mains en 2010 déjà. Selon l'assurée, il fallait donc retenir une aggravation de son état de santé à tout le moins depuis le 18 août 2014 - date à laquelle elle avait annoncé dite aggravation - plutôt que depuis le 31 mars 2016.

Après avoir recueilli des renseignements médicaux complémentaires (rapport du 5 décembre 2017 de la Dre A.A._____, spécialiste en rhumatologie), le Dr O._____ a demandé la réalisation d'une expertise rhumatologique et psychiatrique « [a]fin d'établir l'évolution de l'état de santé de [l'] assurée depuis 2010, les limitations fonctionnelles actuelles ainsi que la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée » (avis médical du 6 mars 2018).

Le 2 juillet 2018, l'assurée a déposé une demande de révision de la décision du 28 janvier 2011, indiquant qu'elle contestait le droit à une rente pour la période antérieure au 1^{er} juillet 2016. Elle a expliqué que l'expertise du Dr U._____ du 9 novembre 2016 avait établi qu'elle souffrait non pas d'un trouble somatoforme douloureux mais d'une polyarthrite séronégative, laquelle avait débuté, selon le Dr Q._____, au mois d'août 2010. Forte de ces éléments, l'assurée a demandé la mise en œuvre d'une expertise en vue de déterminer quand la polyarthrite rhumatoïde invalidante était apparue.

Le 7 septembre 2018, l'office AI a confié au Cercle B.B. _____ la réalisation d'une expertise bidisciplinaire comportant un volet rhumatologique (Dre C.C. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie) et un volet psychiatrique (Dr D.D. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie). Dans leur rapport du 17 décembre 2018, ces médecins ont posé les diagnostics - ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles - de :

- cervicobrachialgies chroniques à prédominance gauche dans le cadre de :
 - bloc intersomatique C5-C6 post disectomie et mise en place d'une cage en 2003,
 - discopathies sus et sous-jacentes de l'arthrodèse,
 - formation ostéophytaire médio-latérale gauche ;
- polyarthrite rhumatoïde séronégative ;
- arthrose débutante des mains ;
- status après synovectomie, plastie de réduction du toit acétabulaire et ostéoplastie de sphérisation à la jonction tête-col en 2009 ;
- périarthropathie de la hanche droite modérée et secondaire ;
- lombalgies chroniques aspécifiques - discopathies dégénératives L2-L3 non compressive.

S'agissant de la capacité de travail, les experts se sont exprimés en ces termes :

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

En tant qu'aide infirmière dans le secteur somatique, la capacité de travail médico-théorique est de moins de 20 %, en raison des limitations fonctionnelles physiques, ceci depuis au moins février 2010. Cependant, l'assurée a repris cette activité d'elle-même en mars 2014.

En tant qu'aide infirmière en psychiatrie, activité occupée par l'expertisée depuis octobre 2014, la capacité de travail est totale. En effet, cette activité dans ce secteur spécifique respecte les limitations fonctionnelles physiques de l'expertisée, et ceci depuis toujours.

L'incapacité de travail relative à la polyarthrite rhumatoïde est temporaire à 100 % depuis le 31 mars 2016. En effet, en l'absence d'activité de la maladie sous traitement de fond, la capacité de

travail en tant qu'aide infirmière en psychiatrie est à nouveau totale, ceci depuis maintenant. La capacité de travail entre 2010 et 2016 n'est pas influencée par l'éventualité d'une polyarthrite rhumatoïde pré-existante à 2016 qui, si présente, était infra-clinique et peu active, et sans atteinte anatomique durable.

Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

Dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est totale. L'incapacité de travail relative à la polyarthrite rhumatoïde est temporaire, à 100 % depuis le 31 mars 2016. En effet, en l'absence d'activité de la maladie sous traitement de fond, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations physiques est à nouveau totale, ceci depuis maintenant, cette problématique étant actuellement stabilisée.

Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. »

Sollicité pour détermination, le Dr O._____ a déclaré faire sienne l'appréciation expertale (avis médical du 13 février 2019).

Le 15 février 2019, l'assurée a fait part à l'office AI d'une aggravation de son état de santé à la suite d'un accident vasculaire cérébral survenu la veille et ayant nécessité son hospitalisation. Au cours des examens effectués à cette occasion, les médecins avaient par ailleurs découvert un méningiome.

Dans un courrier du 8 août 2019, le Prof. F.F._____, médecin-chef au Service de neurochirurgie de l'Hôpital E.E._____, a rendu compte au Dr S._____ de la consultation ambulatoire pratiquée l'avant-veille. Après avoir indiqué que l'assurée avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale pour un méningiome clinoidal au côté droit au mois d'avril précédent, il a relevé qu'elle ne présentait aucun symptôme neurologique ni aucun déficit par rapport à cette tumeur ou à la chirurgie. Même si l'état visuel était normal lors des tests réalisés, une surveillance demeurait toutefois nécessaire.

Dans un avis du 11 décembre 2019 (date d'indexation), la Dre G.G._____, médecin auprès du SMR, a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale du 14 février au 9 juin 2019 (cf. rapport non daté indexé le 28 novembre 2019 du Dr H.H._____, médecin

assistant au Service de neurochirurgie de l'Hôpital E.E._____). Dès cette date, l'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan neurologique susceptible de limiter sa capacité de travail (cf. rapport du Prof. F.F._____ du 8 août 2019).

Dans un rapport final dressé le 7 janvier 2020, l'office AI a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle, alors qu'elle était entière depuis le 10 juin 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de stations statiques prolongées, pas de port de charges lourdes, pas de port répété de charges de plus de 7 kg, pas de porte-à-faux, pas de position soutenue tête fléchie ou en extension, pas de travaux de manutention en force, pas de travaux accroupi.

Par projet de décision du 21 février 2020 annulant et remplaçant celui du 9 mai 2017, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui octroyer une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2016, dite prestation étant supprimée le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à compter du 10 juin 2019, l'office AI a procédé au calcul du préjudice économique. A cette fin, il a retenu un revenu sans invalidité de 66'108 fr. 80, tandis qu'il s'est fondé sur les statistiques salariales pour fixer le revenu d'invalidité à 49'813 fr. 94 après un abattement de 10 % au titre des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assurée. La comparaison de ces revenus a conduit à une perte de gain de 16'294 fr. 86, soit un degré d'invalidité de 24,65 %.

Par courrier du 27 mars 2020, l'assurée a critiqué le projet de décision du 21 février 2020. Au regard de la sévérité des atteintes à la santé et de leur aggravation depuis 2014, elle estimait que c'était de manière non motivée et choquante que l'expertise du Cercle B.B._____ avait retenu que sa capacité de travail était entière en tant qu'infirmière en psychiatrie. Or, comme l'avait exposé le Dr U._____, l'incapacité de travail était durablement nulle sur le plan rhumatologique. A cela

s'ajoutait que l'office AI n'avait pas tenu compte de la péjoration de l'état de santé annoncée en février 2019.

Le 2 avril 2020, l'assurée a transmis un rapport établi à sa demande le 5 novembre 2019 par le Prof. I.I._____, médecin-chef auprès de la Clinique de rhumatologie de l'Hôpital J.J._____. Tout en confirmant le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative active, ce médecin estimait, contrairement à la Dre C.C._____, qu'elle n'était pas stabilisée mais qu'elle était au contraire fortement active avec des synovites définitives aux articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes proximales des poignets et des pouces. En outre, cette problématique était aggravée par les atteintes neurologiques actuelles (accident vasculaire cérébral en février 2019 et troubles neuropsychologiques en lien avec un méningiome clinôïdien droit opéré en avril 2019). En conséquence, le Prof. I.I._____ était d'avis que l'incapacité de travail était totale en toute activité et ce, de manière durable.

En réponse aux questions de l'office AI, la Dre A.A._____ a indiqué, le 7 avril 2020, que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis 2019 (accident vasculaire cérébral et méningiome) et que sa capacité de travail était nulle en toute activité.

Le 5 mai 2020, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent, en indiquant avoir besoin de l'aide d'un tiers pour l'acte « se laver, se coiffer, se raser, se baigner/se doucher ». Elle nécessitait également une surveillance personnelle et un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ménage, tâches administratives).

Après avoir brièvement résumé la situation médicale de l'assurée, la Dre G.G._____ a conclu en ces termes son avis médical du 18 août 2020 :

« Sur le plan neurologique et neuropsychologique, la situation est claire, l'intervention du 24 avril 2019 n'a eu aucune répercussion durablement incapacitante (rapport du Prof. F.F._____,

neurochirurgien à l'Hôpital E.E._____, du 8 août 2019). Les plaintes, rapportées par l'assurée lors du consilium du Prof. I.I._____, (et non objectivées dans son examen clinique) sont les mêmes que celles de l'expertise du Cercle B.B._____ du 17 décembre 2018 qui ne retenait aucune atteinte psychiatrique incapacitante.

Sur le plan rhumatologique, nous avons donc un nouvel avis différent de celui de l'expertise du 17 décembre 2018, sans description d'une aggravation depuis cette dernière mais concluant que celle-ci serait erronée, en particulier que l'expert aurait confondu une arthrose débutante des doigts (pouvant engendrer des inflammations) avec des synovites sur polyarthrite, ce que nous ne pouvons suivre. Le consilium du Prof. I.I._____ n'est pas convaincant, s'éloignant des conclusions de la Dre C.C._____ quasi exclusivement sur la présence de synovite clinique des doigts avec un status finalement quasi superposable, se basant sur des signes aux RX standards qui ne sont pourtant pas compétents pour objectiver une inflammation, et qui n'a pas confirmé ses constatations par les examens radiologiques d'usage, et validant d'importantes limitations sur des faits anamnestiques.

En conclusion, à la lecture des nouveaux éléments, nous n'avons pas suffisamment d'arguments pour invalider les conclusions de l'expertise du 17 décembre 2018 ou nos conclusions du 11 décembre 2019 concernant l'atteinte neurologique. »

Par décision du 6 novembre 2020, l'office AI a confirmé le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2020, dite prestation étant, suivant le projet de décision du 21 février 2020, supprimée avec effet au 1^{er} janvier 2021.

Par décision du 4 décembre 2020, l'office AI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période comprise entre le 1^{er} juillet 2016 et le 30 novembre 2020. Le montant total dû à l'assurée s'élevait à 100'460 fr., sous déduction des montants de 28'023 fr. au titre des prestations déjà versées, de 22'615 fr. 05 versé par l'assurance perte de gain en cas de maladie et de 17'767 fr. 20 au titre de créances à compenser. Il en résultait un solde de 32'054 fr. 75 en faveur de l'assurée.

Dans l'intervalle, l'office AI a fait réaliser une enquête à domicile en vue d'évaluer l'impotence de l'assurée. Il ressort du rapport établi le 16 novembre 2020 qu'elle n'a besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour aucun des actes ordinaires de la vie. En outre, elle ne remplissait pas les critères d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Par décision du 26 janvier 2021, l'office AI a nié le droit de l'assurée à une allocation pour impotent, au motif qu'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie n'était pas nécessaire. Par ailleurs, un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie pendant deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas prouvé.

D. **a)** Par acte du 10 décembre 2020, C._____, agissant par l'intermédiaire de Me Jean-Michel Duc, avocat, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 6 novembre 2020 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement au maintien d'une rente entière d'invalidité après le 31 décembre 2020 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction.

Dans un premier moyen, l'assurée a reproché à l'office AI une violation du principe inquisitoire. En substance, elle estimait qu'il aurait dû mettre en doute la valeur probante de l'expertise du Cercle B.B._____, du 17 décembre 2018, puisque les conclusions de la Dre C.C._____, experte rhumatologue, étaient contredites par plusieurs avis médicaux convaincants émanant de spécialistes en rhumatologie l'ayant suivi ou examinée. De plus, un complément d'instruction sur le plan neuropsychologique aurait dû être mis en œuvre afin de vérifier l'évolution de l'état de santé. En effet, dans son rapport du 5 novembre 2019, le Prof. I.I._____ avait affirmé que l'assurée souffrait de séquelles neuropsychologiques avec des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention. Il conseillait dès lors une évaluation auprès de l'Hôpital E.E._____ afin d'examiner l'évolution de cette atteinte (rapport du 30 novembre 2020). Aussi l'assurée a-t-elle sollicité, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, neurologique et neuropsychologique en vue de déterminer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité postérieurement au 31 décembre 2020.

Dans un second moyen, l'assurée s'est plainte d'une mauvaise application de la jurisprudence en matière de révision. Dans la mesure où elle était âgée de 57 ans au moment où l'office AI avait décidé de mettre un terme au versement de la rente d'invalidité, il aurait dû procéder à un examen concret de sa situation et mettre en œuvre d'éventuelles mesures de réadaptation sur le marché du travail avant de pouvoir supprimer définitivement le droit à la rente dès le 1^{er} janvier 2021. Or l'administration s'était contentée d'affirmer qu'il n'y aurait aucune mesure susceptible de réduire le préjudice économique dès lors que l'assurée n'était ni objectivement ni subjectivement en état de suivre avec succès des mesures de formation professionnelle. Ce faisant, l'office AI n'avait pas apporté de preuves concrètes, selon lesquelles l'assurée pourrait réintégrer le marché du travail sans mesures professionnelles. Il convenait par conséquent de rétablir le droit à la rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2021 et de diligenter d'éventuelles mesures d'instruction complémentaires.

La cause a été enregistrée sous le numéro de référence AI 404/20.

b) Dans sa réponse du 5 février 2021, l'office AI a tout d'abord exposé en quoi le rapport d'expertise bidisciplinaire du Cercle B.B. _____ du 17 décembre 2018 devait se voir conférer une pleine valeur probante. Il s'est ensuite référé à l'avis établi le 25 janvier 2021 par la Dre G.G. _____, dans lequel elle indiquait que, selon le Prof. F.F. _____, la clinique était rassurante sur le plan neurologique. Concernant les troubles neuropsychologiques, anamnétiques, les plaintes rapportées par le Prof. I.I. _____ étaient similaires à celles de l'expertise du 17 décembre 2018. Quant au grief selon lequel il aurait dû procéder à un examen concret de la situation avant de supprimer le droit de l'assurée à la rente dès le 1^{er} janvier 2021, l'office AI a renvoyé à une communication interne du 2 février 2021, selon laquelle l'intéressée était en mesure de réintégrer le marché du travail sans mesures professionnelles. En conséquence, l'office AI a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique du 2 mars 2021, l'assurée a fait valoir que les avis de la Dre G.G._____ ne pouvaient être suivis, dès lors qu'elle ne disposait pas d'une spécialisation en rhumatologie et qu'elle avait dû se référer à un confrère rhumatologue (Dr K.K._____) pour rédiger l'avis du 18 août 2020. Sur le plan neurologique, c'était de manière incompréhensible qu'elle refusait tout examen supplémentaire malgré les plaintes rapportées par le Prof. I.I._____. S'agissant de l'examen concret de la situation de l'assurée sur le marché du travail en lien avec la suppression de la rente d'invalidité versée, elle relevait que l'office AI se référait à des rapports très anciens pour admettre qu'elle ne serait pas en mesure d'entreprendre une formation lui permettant de réintégrer le marché du travail. A cela s'ajoutait que les exceptions jurisprudentielles permettant de renoncer à de telles mesures n'étaient pas réalisées (longue absence du marché du travail due à d'autres raisons que l'invalidité, ou assuré particulièrement performant et intégré dans la vie sociale, ou encore assuré possédant une formation ou une expérience professionnelle particulièrement étendue). Selon l'assurée, l'office AI aurait dès lors préalablement dû mettre en œuvre des mesures de réadaptation sur le marché du travail avant de supprimer le droit à la rente au 1^{er} janvier 2021. Forte de ces éléments, elle a déclaré maintenir ses conclusions.

d) Dupliquant en date du 25 mars 2021, l'office AI a tout d'abord relevé que les médecins œuvrant au sein du SMR disposaient de tous les diplômes et autorisations nécessités par leur fonction. Sur le plan médical, il a rappelé que la Dre G.G._____ avait rédigé l'avis du 18 août 2020 après discussion avec un confrère rhumatologue, cet avis et celui du 25 janvier 2021 se fondant au surplus sur les différentes pièces au dossier, en particulier le rapport d'expertise du Cercle B.B._____ du 17 décembre 2018. Quant à l'aspect neurologique, il ressortait du rapport du Prof. F.F._____ du 8 août 2019 que l'intervention du 24 avril précédent n'avait eu aucune répercussion durablement incapacitante. En ce qui concernait les mesures de réadaptation, l'office AI a souligné que, selon le rapport final du 7 janvier 2020, il n'y avait aucune mesure susceptible de réduire le préjudice économique car l'assurée n'était pas en état

objectivement et subjectivement de suivre avec succès des mesures de réadaptation professionnelle. Il lui était toutefois loisible de déposer une demande d'aide au placement. Partant, l'office AI a conclu au rejet du recours.

e) Dans ses déterminations du 15 avril 2021, l'assurée a fait valoir une violation de son droit d'être entendue, dans la mesure où elle n'avait pas eu accès à l'échange entre la Dre G.G._____ et son confrère rhumatologue K.K._____ du SMR. Sur le fond, s'agissant du volet rhumatologique, elle continuait de remettre en cause la valeur probante des avis du SMR des 18 août 2020 et 25 janvier 2021, dès lors qu'ils se fondaient sur une expertise dont les conclusions étaient contestées par le Prof. I.I._____. S'agissant de l'aspect neurologique, c'était à tort que l'office AI n'avait pas requis d'informations complémentaires, dès lors que le Prof. I.I._____ avait fait état, dans son rapport du 5 novembre 2019, d'un problème de fatigue majeur lié aux séquelles neurologiques. Il convenait enfin de relever que l'office AI ne s'était nullement déterminé sur la nouvelle jurisprudence fédérale citée en réplique. L'assurée a maintenu les conclusions prises au pied de son mémoire de recours.

f) S'exprimant spontanément par pli du 23 septembre 2021, l'assurée s'est référée à un arrêt rendu le 31 août 2021 par le Tribunal fédéral (cause 8C_33/2021), selon lequel les médecins du SMR devaient disposer des qualifications requises dans le domaine de spécialisation concerné. Or tel n'était pas le cas de la Dre G.G._____ en rhumatologie. L'office AI aurait dès lors dû mandater un médecin spécialiste en rhumatologie pour juger de la pertinence d'avis médicaux émanant de médecins spécialistes en rhumatologie. Il en allait de même sous l'angle neurologique et neuropsychologique. Il en résultait que les avis de la Dre G.G._____ étaient dépourvus de valeur probante. L'assurée a confirmé ses conclusions.

g) Le 11 octobre 2021, l'office AI a souligné que les médecins de dossier étaient aptes à porter un jugement sur la qualité d'un rapport médical ainsi que sur la pertinence des renseignements médicaux versés

au dossier, même s'ils sortaient du cadre de leur spécialité, car il s'agissait de leur rôle au sein du SMR. Le cas échéant, ils pouvaient également faire appel à l'avis de leurs confrères spécialistes. Partant, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

E. a) Par acte du 21 janvier 2021, C._____, toujours représentée par Me Duc, a déféré la décision du 4 décembre 2020 devant la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la jonction de la présente cause à la cause AI 404/20, principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 18 août 2014 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction. Dans un premier moyen, l'assurée estimait qu'il convenait, sur la base des éléments médicaux au dossier, de retenir une invalidité totale depuis l'annonce de l'aggravation de son état de santé en octobre 2013 en lien avec des troubles psychiatriques dans un contexte de douleurs invalidantes (causées entre autres par une polyarthrite rhumatoïde séronégative active depuis 2010). Dans un second moyen, elle reprochait à l'office AI d'avoir violé son devoir d'instruire d'office. D'après l'assurée, il aurait dû mettre en doute la valeur probante de l'expertise du Cercle B.B._____ du 17 décembre 2018 puisque les conclusions expertales avaient été contredites par l'ensemble des spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie l'ayant suivie ou examinée depuis l'annonce de l'aggravation de son état de santé, dont le Prof. I.I._____. Ainsi, dans son rapport du 30 novembre 2020, celui-ci exposait non seulement sur quelle base le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative active avait été retenu mais expliquait également en quoi l'avis de l'experte rhumatologue C.C._____ et celui de la Dre G.G._____ du 18 août 2020 ne pouvait être suivi. A titre de mesure d'instruction, l'assurée a sollicité la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique.

La cause a été enregistrée sous le numéro de référence AI 21/21.

b) Dans sa réponse du 22 mars 2021, l'office AI s'est référé à son écriture du 5 février 2021 dans la cause AI 404/20, dans laquelle il exposait en quoi le rapport d'expertise bidisciplinaire du Cercle B.B._____ du 17 décembre 2018 revêtait pleine valeur probante. Les experts avaient tenu compte des pièces figurant au dossier de l'assurée et indiqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il convenait de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Pour le surplus, l'office AI a renvoyé aux avis médicaux des 28 janvier et 30 mars 2016, dans lesquels le SMR avait expliqué les raisons pour lesquelles les documents médicaux établis par les différents médecins de l'assurée ne fournissaient aucun indice d'une aggravation de l'état de santé sur le plan psychique depuis les dernières décisions entrées en force datées des 21 novembre 2011 et 9 janvier 2012. Par conséquent, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale ne se justifiait pas. L'office AI a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique du 15 avril 2021, l'assurée a souligné que les avis médicaux du SMR des 28 janvier et 30 mars 2016 n'étaient pas probants car leur auteur (Dr O._____) ignorait si elle avait repris une activité lucrative, le cas échéant depuis quelle date, à quel pourcentage et dans quelle activité. En tout état de cause, une aggravation de l'état de santé n'était pas contredite par le fait que l'assurée avait tenté de reprendre une activité professionnelle durant quelques mois à un taux inférieur à 50 %. Par ailleurs, il ressortait de plusieurs pièces médicales, dont le rapport de la Dre Z._____ du 10 avril 2014, que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif moyen à sévère au décours, d'une personnalité à traits obsessionnels compulsifs ainsi que d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. C'était dès lors à tort que le Dr O._____ prétendait que la situation était inchangée depuis la dernière décision. Partant, l'assurée a déclaré maintenir les conclusions prises au pied de son mémoire de recours du 21 janvier 2021.

d) Dupliquant le 11 mai 2021, l'office AI a indiqué que les arguments développés en réplique n'étaient pas de nature à remettre en

question le bien-fondé de la décision du 4 décembre 2020. Il a conclu au rejet du recours.

f) S'exprimant spontanément par pli du 23 septembre 2021, l'assurée s'est référée à un arrêt rendu le 31 août 2021 par le Tribunal fédéral (cause 8C_33/2021), selon lequel les médecins du SMR devaient disposer des qualifications requises dans le domaine de spécialisation concerné. A défaut de disposer d'une spécialisation en psychiatrie, le Dr O._____ n'était pas qualifié pour juger de la pertinence de l'avis médical de la Dre Z._____. Il en allait de même sous l'angle rhumatologique, puisque la Dre G.G._____ ne possédait aucune spécialisation dans ce domaine. L'office AI aurait dès lors dû mandater un médecin spécialiste en psychiatrie et en rhumatologie pour juger de la pertinence des avis médicaux émanant de médecins spécialisés en ces domaines. Il en résultait que les avis du Dr O._____ et de la Dre G.G._____ étaient dépourvus de valeur probante. L'assurée a confirmé ses conclusions.

g) Dans ses déterminations du 11 octobre 2021, l'office AI a relevé que l'arrêt cité ne faisait que rappeler la distinction légale entre les rapports du SMR établis sur la base des pièces au dossier et ceux rédigés à la suite d'un examen clinique. Cela étant, les médecins de dossier étaient aptes à porter un jugement sur la qualité d'un rapport médical ainsi que sur la pertinence des renseignements médicaux versés au dossier, même s'ils sortaient du cadre de leur spécialité, car il s'agissait de leur rôle au sein du SMR. Le cas échéant, ils pouvaient également faire appel à l'avis de leurs confrères spécialistes. Partant, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

F. Par arrêt rendu ce jour dans la cause AI 67/21, la Cour de céans a admis le recours formé par C._____ contre la décision du 26 janvier 2021 et renvoyé la cause à l'office AI pour complément d'instruction.

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, déposés 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), les deux recours sont recevables.

c) L'art. 24 LPA-VD prévoit que l'autorité peut, d'office ou sur demande, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation de faits identique ou à une cause juridique commune. Dans la mesure où les recours des 10 décembre 2020 et 21 janvier 2021 ont tous deux pour objet le principe et la durée de l'octroi de la rente d'invalidité telle que limitée dans le temps, en particulier une instruction sur le plan médical prétendument lacunaire, et portent ainsi sur le même complexe de faits, le droit aux mêmes prestations, à l'appui d'une argumentation concordante, il convient de joindre les causes AI 404/20 et AI 21/21 et de se prononcer sur les deux recours dans un seul et unique arrêt.

2. a) Le litige porte, d'une part, sur le *dies a quo* de la rente d'invalidité allouée à la recourante et, d'autre part, sur le droit de cette dernière à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2020. A cet égard, se pose la question de savoir si son état de santé a connu une amélioration à compter du mois de juin 2019 permettant de réviser la rente entière qui lui était accordée depuis le 1^{er} juillet 2016 dans le sens de sa suppression au 31 décembre 2020.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date des décisions litigieuses rendues les 6 novembre et 4 décembre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

c) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, 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 convient 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert,

on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

d) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

e) 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 citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. Par un premier moyen de nature formelle, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue. Elle se plaint de ne pas avoir eu accès au contenu de la conversation entre les Drs G.G. _____ et K.K. _____ et de ne pas avoir ainsi été en mesure de se déterminer sur celle-ci.

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références).

L'art. 29 al. 2 Cst. ne confère toutefois pas le droit de prendre connaissance de documents purement internes qui sont destinés à la formation de l'opinion et qui n'ont pas le caractère de preuves (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; 125 II 473 consid. 4a ; 115 V 297 consid. 2g/aa). C'est pourquoi, il n'existe pas non plus un droit de consulter les notes internes destinées à la formation de l'opinion d'un médecin ni, en général, les documents de travail préparatoires, comme les instruments destinés à établir une expertise, à savoir notamment les annotations concernant des résultats de tests ou d'autres observations (voir TF 8C_659/2013 du 4 juin 2014 consid. 3.2 et les références citées).

b) En l'espèce, on peut se demander si le grief soulevé – qui ne comporte pas un exposé substantiel à propos du droit constitutionnel invoqué – est suffisamment motivé. Quoi qu'il en soit, la conversation

entre les Drs G.G._____ et K.K._____ - à supposer qu'elle ait été consignée par écrit - constitue incontestablement un document de travail interne destiné uniquement à la formation de l'opinion de la Dre G.G._____. A ce titre, on ne voit pas en quoi la consultation de ce document s'avérerait nécessaire dans le cas concret pour examiner les fondements et les conclusions des avis médicaux de la Dre G.G._____.

c) Le grief de violation du droit d'être entendu doit en conséquence être rejeté.

6. a) Pour rappel, la recourante s'est annoncée une première fois auprès de l'office AI en mars 2004 en invoquant des atteintes rachidiennes ainsi qu'une symptomatologie anxio-dépressive. L'instruction médicale menée par l'intimé a conduit au constat que l'intéressée disposait d'une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle. Par décision du 22 novembre 2007, l'office AI a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Cette décision n'a pas été contestée.

b) Dans le cadre de sa seconde demande de prestations déposée le 3 août 2009, la recourante a fait état de douleurs persistantes aux vertèbres cervicales ainsi qu'aux hanches et au bassin. Par décisions des 21 novembre 2011 et 9 janvier 2012, l'office AI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2010. Saisie d'un recours contre chacune de ces deux décisions, la Cour de céans a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de la Policlinique H._____, ayant conclu à une capacité de travail de 80 % dans l'activité d'aide-soignante et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique. Par décisions du 5 septembre 2013, elle a rayé les causes du rôle par suite du retrait des recours.

7. Au mois d'octobre 2013, l'office AI a entrepris la révision d'office de la rente allouée à la recourante. Dans le cadre de cette procédure, il a diligenté une expertise bidisciplinaire auprès du Cercle B.B._____ dont il a suivi les conclusions pour rendre les deux décisions litigieuses.

a) Le rapport d'expertise du 17 décembre 2018 paraît répondre aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. En effet, dans toutes les spécialités médicales, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale et socio-professionnelle), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical mis à disposition. En outre, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont décrit la vie quotidienne de l'intéressée, discuté les mesures thérapeutiques prescrites, évalué la cohérence de même qu'ils ont examiné ses capacités, ressources et difficultés. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, les experts ayant fondé leurs conclusions sur une évaluation consensuelle.

b) aa) Sur le plan rhumatologique, la Dre C.C. _____ a posé les diagnostics incapacitants de cervicobrachialgies chroniques à prédominance gauche et de polyarthrite rhumatoïde séronégative non érosive, cette dernière étant également retenue par le Prof. I.I. _____. Celui-ci s'écarte toutefois de l'appréciation de sa consœur quant aux limitations fonctionnelles et à la répercussion sur la capacité de travail de cette pathologie. Dans son rapport du 5 novembre 2019, il estime qu'il s'agit d'une affection non contrôlée par le traitement actuel, et donc active, ce que la Dre C.C. _____ n'a pas admis, en l'état de la documentation médicale dont elle a disposé et sur la base de ses propres observations cliniques. Elle explique qu'il s'agit certes d'une thérapie incurable mais pour laquelle il existe à l'heure actuelle de nombreuses thérapies de fond, avec un bon pronostic y compris dans le cas de l'assurée. Dès le diagnostic de la maladie en 2016, un tel traitement de fond a été introduit ainsi qu'un suivi spécialisé dont l'efficacité est subjectivement peu évidente, alors que l'évolution est objectivement très satisfaisante sous simple traitement de DMARD (méthotrexate, puis léflunomide et enfin hydroxychloroquine). Le pronostic est dès lors très bon, non seulement de par cette évolution clinique (très peu d'épisodes de synovite clinique) mais aussi de par la négativité des facteurs de pronostic

négatif (CRP [protéine C réactive] élevée, anti-corps positifs, absence de réponse au traitement, apparition d'érosion). Sur la base de son analyse, la Dre C.C._____ considère que la capacité de travail est nulle en toute activité en raison de la polyarthrite rhumatoïde depuis le 31 mars 2016. Toutefois, en l'absence d'activité de la maladie sous traitement de fond, la capacité de travail tant dans l'activité habituelle d'infirmière en psychiatrie que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ostéo-articulaires décrites (pas de stations statiques prolongées, pas de port de charges lourdes, pas de port répété de charges de plus de 7 kg, pas de porte-à-faux, pas de position soutenue tête fléchie ou en extension, pas de travaux de manutention en force, pas de travaux accroupi) est totale dès le jour de l'expertise.

Cela étant, si l'on se rapporte à la doctrine médicale, il est notoire que la polyarthrite rhumatoïde est une maladie évolutive et que l'activité inflammatoire inhérente à celle-ci peut varier sur quelques mois, voire quelques semaines. Or l'évaluation du Prof. I.I._____ livrée en novembre 2019, et qu'il confirmera dans son rapport du 30 novembre 2020, a été effectuée une année après celle de la Dre C.C._____, ce qui l'autorisait à se distancier des constatations cliniques de sa consœur pour mettre en avant une approche actualisée, en fonction de l'activité d'une maladie sur laquelle il pouvait se prononcer en qualité de spécialiste, dont les compétences en la matière sont au demeurant largement reconnues. Bien que cette évaluation, sur mandat privé, n'ait pas à proprement parler procédé d'une expertise neutre, et bien qu'elle n'ait pas présenté une justification argumentée de l'incapacité totale de travail retenue au final, les éléments cliniques et radiologiques avancés et décrits par le Prof. I.I._____ s'avéraient suffisamment pertinents pour que la situation soit à nouveau étudiée.

En effet, l'impact de la polyarthrite rhumatoïde sur la capacité de travail pouvant considérablement varier en fonction de l'activité de la maladie, il est ainsi possible qu'elle ait été moins active lorsque la Dre C.C._____ a examiné l'assurée, mais plus active lors de la consultation du Prof. I.I._____. Ceci témoignerait de l'insuffisance ou de la perte

d'efficacité du traitement par hydroxychloroquine, raison pour laquelle la Dre A.A._____, rhumatologue traitante, a proposé de débiter un traitement biologique, qui n'a pas été introduit en raison de la pandémie. A cela s'ajoute que, contrairement à ce que retient l'intimé, l'approche du Prof. I.I._____ ne s'avère pas seulement théorique dans la mesure où il rend compte d'une anamnèse contenant des examens cliniques relevant pour apprécier l'activité de la maladie - tels que l'intensité de la douleur, la raideur matinale, les tuméfactions articulaires et la fatigue - avant de poser un status précis fondé sur ses propres observations, avec entre autres la présence de synovites cliniques avec épanchements et une manœuvre de Gaenslen positive. Enfin, si le Prof. I.I._____ s'exprime au conditionnel, ce n'est pas quant à la présence d'un rhumatisme inflammatoire, qui est établie, mais en lien avec un doute initial portant sur l'hypothèse d'un rhumatisme d'un autre ordre que la polyarthrite rhumatoïde, soit en l'occurrence un rhumatisme psoriasique sine psoriasis/spondyloarthrite.

Ainsi, si le Prof. I.I._____ ne motive guère les raisons pour lesquelles il retient une incapacité de travail totale, ce qui fait obstacle à la validation de ses conclusions sur ce point, il restitue les plaintes subjectives de sa patiente en les corrélant avec des constatations radiologiques et cliniques objectives qui justifiaient que l'on en éprouve le bien-fondé en procédant à un nouvel examen du cas sur le plan rhumatologique.

bb) Le Prof. I.I._____ fait également état, dans son rapport du 5 novembre 2019 (p. 2), « d'importantes séquelles et plaintes de l'ordre neuropsychologique avec des troubles de la mémoire, de la concentration et même de l'attention ». Il est vrai que les atteintes ainsi pressenties et décrites par ce médecin sortent du champ de sa spécialité, alors même que l'avis particulièrement clair et motivé du Prof. F.F._____ du 8 août 2019 exclut la présence d'atteintes neurologiques. Néanmoins, il a été objectivé, par IRM cérébrale, outre le méningiome, des accidents vasculaires cérébraux. Ceux-ci sont semble-t-il en lien avec un foramen ovale perméable dont on ne sait pas s'il a été fermé depuis. Il est

mentionné qu'une évaluation neuropsychologique aurait dû être effectuée en avril 2020 à l'Hôpital E.E._____, et que celle-ci n'a pas été faite en raison de la pandémie. Des troubles neurocognitifs ont donc été évoqués, pour lesquels un bilan a été envisagé mais non effectué. Dans le contexte des accidents vasculaires cérébraux et possiblement d'une fatigue en lien avec une polyarthrite rhumatoïde active, des troubles de l'attention et de la mémoire sont possibles. S'il est certes documenté par le Prof. F.F._____ dans sa consultation post-opératoire qu'il n'y avait pas de déficit neurologique en lien avec l'intervention, cela n'exclut pas la possibilité de troubles neuropsychologiques débutants, ce spécialiste ayant au demeurant recommandé que l'on procède à un contrôle périodique. Enfin, il y a lieu de relever que si l'expertise psychiatrique du Dr D.D._____ fait état de l'absence de troubles neuropsychologiques, cette expertise de 2018 est antérieure à l'accident vasculaire cérébral et à l'intervention neurochirurgicale de 2019, et que la polyarthrite rhumatoïde semblait plutôt calme durant cette période. Au regard de l'ensemble de ces éléments objectifs, une évaluation neuropsychologique se justifiait afin de rendre compte des capacités résiduelles de l'assurée, respectivement de mieux les préciser.

cc) Sur le plan psychique, le Dr D.D._____ n'a retenu aucune pathologie psychiatrique chez une assurée dont les ressources sont par ailleurs préservées. Son expertise ainsi que ses conclusions sont convaincantes, la recourante convenant du reste qu'elle ne souffre pas de troubles psychiques, ni n'a rapporté la preuve d'aucun suivi sur ce plan. Ainsi, en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques, une nouvelle expertise n'a pas lieu d'être.

c) Des considérants qui précèdent, il résulte que l'instruction sur le plan médical s'avère insuffisante compte tenu de l'évaluation de l'état de santé de l'assurée postérieurement au rapport d'expertise du 17 décembre 2018, tant sur le plan rhumatologique que neuropsychologique, voire neurologique. Il convient dès lors d'annuler les décisions des 6 novembre 2020 et 4 décembre 2020 et de renvoyer les causes AI 404/20 et AI 21/21 telles que jointes à l'intimé, auquel il revient en première ligne

de faire constater les faits pertinents, afin qu'il fasse procéder à une expertise neutre propre à réévaluer la situation et de préciser les capacités résiduelles de l'assurée.

8. L'admission des recours et le renvoi à compléter l'instruction dispense, en l'état, de se prononcer sur la critique de la recourante s'agissant de l'absence de spécialisation de la Dre G.G._____, dans la mesure où le SMR sera appelé à effectuer un nouveau bilan. Il en va de même s'agissant du calcul du degré d'invalidité et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réadaptation, dès lors que le résultat du complément d'instruction à intervenir peut être de nature à reconsidérer ces deux questions et conduire de toute manière à une nouvelle décision, sujette à recours.

9. a) 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

c) Les avances de frais effectuées par le recourante, tant dans la cause AI 404/20 que dans la cause AI 21/21, lui sont restituées.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Les causes AI 404/20 et AI 21/21 sont jointes.
- II. Les recours déposés les 10 décembre 2020 et 21 janvier 2021 sont admis.
- III. Les décisions rendues les 6 novembre 2020 et 4 décembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées et les causes AI 404/20 et AI 21/21 telles que jointes renvoyées à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour en compléter l'instruction dans le sens des considérants, et rendre de nouvelles décisions.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. Les avances de frais de 400 fr. (quatre cents francs) effectuées par C. _____ dans les causes AI 404/20 et AI 21/21 lui sont restituées.
- VI. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour C. _____),
- 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).

Le greffier :